

**Умумий
Амалиёт
Врачлари
учун маърузалар
тўплами**

Тошкент
“Мухаррир нашриёти”
2010

Қўлланма маърузалар шаклида ёзилган бўлиб, унда
врачи фаолиятида кўп учрайдиган синдромлар ва уларга о.
касалликлар тўғрисидаги маълумотлар баён этилган ҳамда тиббие
ўқув юртлари 6-7 курс талабалари ўқув режасига мос равишда тайёр

Китоб исботларга асосланган тиббиётга таянилган ҳолда тў
ва умумий амалиёт врач кундалик иш фаолияти билан чам
боғлиқ бўлган ҳолатлар, замонавий ташхислаш усуллари ҳамда
тавсиялар содда ва тушунарли тилда ёритилган. Қўлланма
сақлаш вазирлигининг фан ва ўқув юртлари бош бошқармаси ва
тиббиёт академияси илмий кенгаши томонидан нашрга тавсия

Тақризчилар:

О.Р.Тешаев, Тошкент тиббиёт академияси ўқув ишлари бўйича
проректори, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Кристофер Женкинс, Америка Қўшма Штатлари Оклахома
штати, Талси шаҳри "Оилавий тиббиёт" маркази халқаро
алоқалар дастури бўлимнинг директори, тиббиёт доктори .

М.З.Зоҳидова, Тошкент врачлар малакасини ошириш
институтининг умумий амалиёт врач тайёрлаш кафедрасининг
мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Барча ҳуқуқлар ҳимояланган. А.Гадаевнинг ёзма рухсатисиз
қўллангани тўлалигича чоп этиш ва бошқа тилга таржима этиш
қатъиян ман қилинади. Бу чеклов китоб қисмларидан ўқув ёхуд илмий
мақсадларда фойдаланиш, шунингдек, ундан тақризларда иқтибос
келтиришга тааллуқли эмас. Китобнинг алоҳида бўлимларига бўлган
ҳуқуқ эгалари мундарижада келтирилган.

Бел соҳасидаги офриқлар ва невралгиялар (проф. М.М.Асадуллаев, доцент Х.Ж.Мирхамидов)	777
Гипоталамо-гипофизар соҳа касалликлари (проф. Дилором Нажмутдинова)	801
Қалқонсимон без касалликлари (проф. Дилором Нажмутдинова)	807
Қандли диабет (профессорлар Дилором Қ.Нажмутдинова, А.Гадаев)	828
Семизлик (проф. А.Гадаев, Ш.С.Фуломова)	867
Камқонлик (профессорлар А.Гадаев, Н.М.Холматова)	876
Геморрагик диатезлар (проф. Н.М.Холматова)	912
Теридаги ўзгаришлар ва жинсий йўл билан юкадиган касалликлар (проф. А.Ш.Ваисов)	928
Ҳомиладор аёлларни туғруқгача ва ундан кейин кузатиш (проф. Дилбар Нажмутдинова)	975
Янги туғилган чақалоклар ва болаларни кузатиш (академик Т.О.Даминов, проф. Б.Т.Холматова, т.ф.н., катта ўқитувчи М.Х.Миррахимова)	1038
Туғиш ёшидаги аёлларни соғломлаштиришда умумий амалиёт врачларининг ўрни ва вазифалари (проф. А.Гадаев, Ш.С.Фуломова)	1134
Одам иммунтанқислиги вируси инфекцияси (доцент Р.Қ.Дадабаева, Л.А.Абдурахимова)	1196
Жароҳатлар ва уларда биринчи ёрдам (профессорлар И.Ю.Хўжанов, А.Гадаев)	1219
Умумий амалиёт врачлари фаолиятида шошилиш ҳолатлари (проф. А.Гадаев, доцент Н.М.Нуруллаева)	1300
Депрессия (Ш.С.Фуломова, Д.А.Абзалова)	1335
Алкоголизм, наркомания ва шизофрениа. Альцгеймер касаллиги (проф. Ш.Ш.Магзумова)	1344
Паркинсонизм (проф. Х.М.Ҳалимова, М.М.Раимова, Р.Ж.Матмуродов)	1356
Амалиётда кенг қўлланиладиган кўшимча текшириш усулларининг меъёрий кўрсаткичлари (проф. А.Гадаев, М.Салаева)	1362
Республикадаги ихтисослаштирилган тиббиёт муассасалари	1380
Хотима (профессор А.Гадаев)	1383

Қисқартирилган сўзлар рўйхати

- ААФИ – ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари
АБ – артериал босим
АВ – атриовентрикулар
АГ – артериал гипертензия
АДГ – антидиуретик гармон
АКТГ – адренкортикотроп гармон
АЛТ – аланил трансаменаза
АРА – ангиотензин II рецепторлари антагонистлари
АРВТ – антиретровирус терапия
АСГ – антистрептогиалинуридаза
АСК – антистрептокиназа
АСЛО – антистрептолизин О
АСТ – аспаратат трансаменаза
АТ – антитела
АЦЦ – ацетилцистеин
АЮҚХ – айланиб юрувчи қон ҳажми
АҚБ – артерил қон босими
БА – бронхиал астма
БАБ – β адреноблокаторлар
ББР – бачадон бўйни раки
БДҚК – бачадондан дисфункционал қон кетиши
БКТ – биокимёвий таҳлил
БМ – базал мембрана
БМЖ – бош мия жароҳати
БОС – бронхообструктив синдром
БП – биофизик профиль
БС – Бругат синдроми
БТТК – бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари
БТК – буйрак тош касаллиги
БЮҚК – бачадондан ювинал қон кетиши
ВАТСД – вегетатив асаб тизими соматотрон дисфункцияси
ВГА – вирусли гепатит А
ВГБ – вирусли гепатит Б
ВГЕ – вирусли гепатит Е
ВГС – вирусли гепатит С
ВГД – вирусли гепатит Д
ГД – геморрагик диатезлар
ГЁКХ – гестацион ёшга нисбатан кичик ҳомила
ГК – гипертония касаллиги

- ГКС – глюкокортикостероидлар
ГН – гломерулонефрит
ГТ – глутамин трансфераза
ГЭРК – гастрозофагал рефлюкс касаллиги
Г-6 –ФДГ – глюкоза – 6 – фосфат дегидрогеназа
ДКА – диабетик кетоацидоз
ДМ – дерматомиозит
ДН – диабетик нефропатия
ДНК – дезоксиребонуклеин кислотаси
ДТБ – диффуз токсик букок
ДЭФ – диффуз эозинофилли фасциит
ДҚБ – диастолик қон босими
ЖЙОЮК – жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар
ЖНХ – жадал чиқарилган нафас ҳажми
ЖНЧ₁ – I сонияда жадал чиқарилган нафас ҳажми
ЖНЧ₁ / ЎЖХС – Тиффно индекси
ЖССТ – жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ИБҚД – инсулинга боғлиқ қандли диабет
ИГҚС (ИГКС) – ингалицияда қўлланиладиган глюкокортикостероидлар
ИК – иммун комплекслар
ИТС – ичак таъсирланиш синдроми
ИФТ – иммун фермент таҳлил
ИЎО – инсулинга ўхшаш омил-1
ИЭ – инфекциян эндокардит
ЙҲҲХ – йўл ҳаракати хавфсизлиги хизмати
КА – кальций антагонистлари
КБ – Кох бацилласи
КС – климактерик синдром
КТ – компьютер томографияси
КТБ – кислотага турғун бактериялар
КТГ – кардиотокография
КФ – коптокчалар фильтрацияси
КХБ – колония ҳосил қилувчи бирлик
ЛГ – лютеинловчи гармон
МАД – моноаминоксид
МАСС – Морганье-Адамс-Стокс синдроми
м/о – мушак орасига
МИ – миокард инфаркти
Мл/ёш – беморнинг ҳар йиллик ёшига бериладиган дори дозаси
Мл/кг – бемор танасининг ҳар бир кг вазнига бериладиган дори дозаси
МНТ – марказий нерв тизими

- МРТ – магнит резонанс томографияси
МЦЕ – муко-цилиар етишмовчилик
МХТ₂₅ – ЎЖТС 25% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик
МХТ₅₀ – ЎЖТС 50% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик
МХТ₇₀ – ЎЖТС 70% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик
НЕ – нафас етишмовчилиги
НС – нафас сони
НСЕ – хлорид кислотаси
НОС – нафас олиш сони
НФС – нефротик синдром
НЦД – нейро-циркулятор дистония
НЧАТ – нафас чиқариш авжий тезлиги
НЯҚВ – носпецифик яллиғланишга қарши воситалар
НЯК – носпецифик ярали колит
ОГТС – орал глюкозага толерантлик синамаси
ОИВ – одам иммунтанқислиги вируси
ОИТ – ошқозон-ичак тизими
ОИТС – орттирилган иммун танқислиги синдроми
ОП – оилавий поликлиника
ПЗЛП – паст зичликдаги липопротеидлар
ПЗР – полимерланган занжирли реакция
ПМС – предменструал синдром
ППИ – протон помпаси ингибиторлари
ПС – плевра суюқлиги
ПТ – пароксизмал тахикардия
ПТИ – протромбин индекси
РА – ревматоид артрит
РАА – ренин ангиотензин альдостерон
РНК – рибонуклин кислота
РС – репродуктив саломатлик
РЭГ – реоэнцефалограмма
САГ – симптоматик артериал гипертензия
САСИ – серотонин абсорбциясининг селектив ингибиторлари
СБ – синоатриал блокада
СБЕ – сурункали буйрак етишмовчилиги
СГН – сурункали гломерулонефрит
СМБ – сил микобактерияси
СОЎК – сурункали обструктив ўпка касаллиги
СПН – сурункали пиелонефрит
СРО – С реактив оқсил
СТ – синус тугуни

- СТГ – соматотроп гармон
СТХС – синус тугуни ҳолсизлиги синдроми
СЮЕ – сурункали юрак етишмовчилиги
СКАЕ – сурункали қон айланиши етишмовчилиги
СКБ – систолик қон босими
СКУДИ – серотонинни қайта ушловчи дорилар ингибитори
ТБ – тиббий бирлик
ТВИ – тана вазни индекси
ТД – тўйинган доза
ТИХ – транзитор ишемик хуружлар
Т3 – трийодтиронин
Т4 – тироксин
т/и – томир ичига
ТИДС – томир ичи диссиминирланган синдроми
ТНФ – ташқи нафас фаолияти
т/о – тери остига
ТП – тугунчали периартрит
ТРГ – тириотропин рилизинг гармон
ТСД – тизимли склеродермия
ТСИ – тироксин стимулловчи иммуноглобулин
ТТГ – тиреотроп гармон
ТТК – темир танқислиги камқонлиги
ТҚВ – тизимли қизил волчанка
ТҚТ – туғруқдан кейинги тиреоидин
УАВ – умумий амалиёт врач
УСТ – умумий сийдик таҳлили
УТТ – ультратовуш текшируви
УФН – ультрафиолет нурлар
УЮЧ – ультра юқоли частотали
УҚТ – умумий қон таҳлили
ФСГ – фолликулин стимулловчи гармон
ХА – хилпилловчи аритмия
ХАГС – хавфли артериал гипертензия синдроми
цАМФ – циклик аденозин 3¹, 5¹ - монофосфат
ЦМВ – цитомегаловирус
ШБ – шартли бирлик
ЭГК – экстрагенитал касалликлар
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭКС – электрокардиостимуляция
ЭС – экстрасистолия

- ЭТ – электро травмалар
Эхо КГ – эхокардиография
ЭЧТ – эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ЭЭ – этинил эстрадиол
ЭЭГ – электроэнцефалограмма
ЮГ – юрак гликозидлари
ЮГА – юкстагломерулар аппарат
ЮЕ – юрак этишмовчилиги
ЮЗЛП – юқори зичликдаги липопротеидлар
ЮУС – юрак уриш сони
ЮИК – юрак ишемик касаллиги
ЯҚНВ – яллиғланишга қарши ностероид воситалар
ЎАТЭ – ўпка артерияси тромбоземболияси
ЎБЕ – ўткир буйрак этишмовчилиги
ЎГ – ўсиш гармониди
ЎГН – ўткир гломерулонефрит
ЎГТ – ўрин босувчи гармонал терапия
ЎЖТС – ўпкани жадаллашган тириклик сизими
ЎИИ – ўткир ичак инфекцияси
ЎРА – ўткир ревматик лихоратка
ЎРВИ – ўткир респиратор вирусли инфекция
ЎРК – ўткир респиратор касалликлар
ЎСВ – ўпканинг сунъий вентеляцияси
ЎТС – ўпканинг тириклик сизими
ҚАЕ – қон айланиши этишмовчилиги
ҚБ – қон босими
ҚВП – қишлоқ врачлик пункти
ҚД – қадли диабет
ҲРОҚ – ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиши
ҲУВ – ҳомиладорлар уй варақаси
НС1 – хлорид кислотаси
Ig – иммуноглобулинлар
IgA – иммуноглобулин А
IgE – иммуноглобулин Е
NO – азот оксиди
Pa O₂ – кислороднинг парциал босими
Sa O₂ – карбонат ангидрид
WPW – Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми
17-КС – 17-кетостероидлар

СЎЗ БОШИ

Республикамиз мустақил деб эълон қилингандан сўнг барча соҳалар каби соғлиқни сақлаш тизимида ҳам ислохотлар амалга оширила бошланди. Соғлиқни сақлаш вазирлиги ташаббуси ва Вазирлар Маҳкамасининг қўллаб-қувватлаши билан 1993 йилдан эътиборан мамлакатимиз вилоятларида бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатувчи кишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП) фаолият кўрсатмоқда. Республикамиз Президенти И.А.Каримовнинг 1998 йил 10 ноябрдаги «Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастури» тўғрисидаги фармони ушбу тизимни жорий этишни янада жадаллаштириш ва мукамаллаштириш учун муҳим кадам бўлди. Бугунги кунда Республикамиз вилоятларида 3000 дан кўпроқ ҚВП фаолият кўрсатмоқда ва шаҳарларда оилавий поликлиникалар (ОП) ташкил этилди. Ушбу ислохотлар кўп поғонали тиббий хизмат кўрсатишдан икки поғонали тизимга ўтиш ва кўрсатилаётган бепул тиббий ёрдамни аҳолига яқинлаштириш имконини яратди. Бу ўз навбатида бирламчи тиббиёт тизимида тўлақонли медицина ёрдами кўрсатувчи умумий амалиёт врач хизматини жорий этишни тақозо этди. Бундай тизим дунёдаги барча ривожланган мамлакатларда аллақачон жорий этилган, тиббий ва иқтисодий томондан ўз самарадорлигини исботлаган.

Республикамиздаги ҚВП фаолиятини ўрганиш, кўп сонли талабалар ва амалиётда ишлаётган шифокорлар билан ўтказилган суҳбатлар ва улар асосида орттирилган тажрибалар ҳозирги кун талабларига жавоб берадиган умумий амалиёт врачлари учун янги қўлланма тайёрлаш заруриятини туғдирди. Шунинг билан олиб қўлингиздаги китоб Тошкент тиббиёт академиясининг етакчи профессор-ўқитувчилари томонидан тайёрланган ва унда умумий амалиёт врач фаолиятида кўп учрайдиган синдромлар ҳамда уларга олиб келувчи касалликлар келтирилган. Китобда дунёга танилган умумий амалиёт врач Жон Мёртанинг қўлланмасидан олинган айрим расм ва чизмалардан фойдаланилган. Ушбу нашрни

тайёрлашда тиббиёт олий ўқув юртлири 6–7-курс талабалари ўқув режаси ҳам инобатга олинган. Қўлланма исботларга асосланган тиббиётга таянилган ҳолда ёзилган ва умумий амалиёт врачлари кундалик иш фаолияти билан чамбарчас боғлиқ бўлган ҳолатлар, замонавий ташхислаш усуллари, клиник тавсиялар, ташхис қўйиш намуналари содда ва тушунарли баён этилган.

Умид қиламизки ушбу қўлланма нафақат умумий амалиёт врачлари ва юқори курс талабалари, балки бошқа мутахассислар учун ҳам муҳим ахборот воситаси сифатида хизмат қилади.

Китобни тайёрлашда фаол қатнашган барча профессор-ўқитувчиларга, шу жумладан, тиббий педагогика факультети умумий амалиёт врачлари тайёрлаш ва эндокринология кафедраси ходимларига чуқур миннатдорчилик билдираман.

Табиийки, барча фаолият жараёнида у ёки бу камчиликлар кузатилади, шуни эътиборга олиб қўлланма тўғрисида билдирилган танқидий мулоҳаза ва истакларни мамнуният билан қабул қиламиз ва кейинги нашрларда инобатга оламиз(тел: 232-08-20, 289-41-67;)

Абдиғаффор Гадаев

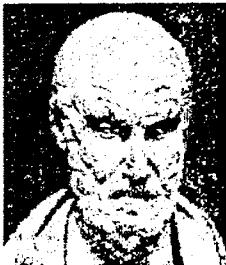
*Ўзбекистонда хизмат кўрсатган соғлиқни сақлаш
ходими, Тошкент тиббиёт академияси умумий
амалиёт врачлари тайёрлаш ва эндокринология кафедраси
мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор*

ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ АСОСЛАРИ

Илк фаолиятимда инсонлар лаби, бурни ва юз ифодаларини бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда кўрганман ҳамда тасвирлаганман. Энди эса вақт ўтиб, ўзимнинг нодонлигимни англадим, уларни яхлитликда кўриб тасвирлаш лозим экан

Овгуст Роден

Республикаимиз мустақил деб эълон қилингандан сўнг соғлиқни сақлаш вазирлиги ташаббуси ва Вазирлар Маҳкамасининг қўллаб-қувватлаши билан 1993 йилдан мамлакатимиз вилоятларида бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатувчи кишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП) фаолият кўрсата бошлади. Республикаимиз Президенти И. А. Каримовнинг 1998 йил 10 ноябрдаги «Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури»



1-расм. Гиппократ

тўғрисидаги фармони ушбу тизимни жорий этишни янада жадаллаштириш ва мукамаллаштириш учун муҳим қадам бўлди. Ислохотлар натижасида кишлоқ жойларида малакали бепул тиббий хизматни икки поғонада кўрсатишга ўтилди. Унинг биринчиси ҚВПларида, иккинчиси эса кўп тармоқли туман шифохоналарида амалга оширилмоқда. Шаҳарларда эса оилавий поликлиникалар ташкил этилмоқда. Кўзланган тиббий ва иқтисодий самарага эришишимиз учун юқоридаги бирламчи тиббий хизмат кўрсатувчи муассасаларда кўп қиррали медицина ёрдами кўрсата оладиган юқори малакали

врачлар ишлаши лозим. Жаҳондаги етакчи мамлакатларнинг тажрибаси фақат умумий амалиёт врачигина (УАВ) ушбу талабларга тўлиқ жавоб беришини тасдиқламоқда. Ҳақиқатдан ҳам тиббиёт тарихига назар солсак, унинг илк даврларида табибларнинг деярли барчаси беморларга кўп қиррали ёрдам кўрсатганлар. Бунинг тасдиғи сифатида медицинанинг отаси ҳисобланган Гиппократ (1-расм), табобатда ўчмас из қолдирган машҳур бобокалонимиз Абу Али ибн Сино (2-расм) ёки шарқнинг таниқли табиби Абу Бакр ар-Розий ҳамда рус врачлари М.Я.Мудров ва бошқаларнинг фаолиятларини кўрсатиш мумкин.

Лекин, XIX асрдан бошлаб медицина турли тор мутахассисликларга бўлиниб кетди ва бу жараён ҳамон давом этмоқда. Тиббиётнинг турли тор мутахассисликларга бўлиниши у ёки бу йўналиш бўйича, албатта, беморга юқори малакали медицина ёрдами кўрсатиш учун шароит



2-расм. Абу Али ибн Сино

яратди. Натижада айрим ҳолларда, айниқса,, собиқ шўро мамлакатларида таннархи баланд бўлган шифохоналардаги ўринлар сонининг кўпайиб кетишига, яъни экстенсив ривожланишга олиб келди. Буларнинг барчаси эса пиروвард натижада халқ онгида тор мутахассислар ҳақида улар нафақат малакали шифокор, балки тиббиётда ҳал қилувчи куч деган нотўғри тушунча тугилишига олиб келди.

Оқибатда XX асрнинг ўрталарига келиб, УАВ сони кескин камайиб кетди ва бу аҳволдан чиқиш учун турли йўллар излана бошланди. Айниқса,, Буюк Британиялик таниқли врач Артур Томпсоннинг машҳур «Вышла ли из моды общая практика» номли маърузаси эълон қилинганидан сўнг муаммонинг ечимини топиш ҳаёт тақозоси эканлиги кун тартибига кўйилди. Тор мутахассислар, қироллик коллежи ва медицина жамияти аъзоларининг қаттиқ қаршилик кўрсатиши натижасида Англияда УАВ коллежи (жамияти) 1952 йилда яширин равишда ташкил этилди. Аммо тез орада Англия, Шотландия, Уэльс ва Шимолий Ирландиядаги УАВлари уюшмаси ўзида 18000 мутахассисни бирлаштирди. Шундан сўнг АҚШ ва Европанинг аксарият мамлакатларида УАВ уюшмалари тузилди ҳамда улар бирламчи малакали тиббий хизмат кўрсатишда ҳал қилувчи рол ўйнай бошладилар. Умумжаҳон УАВлари бирлашмасига асос солинди ҳамда у фаолият кўрсата бошлади. 1961 йилда АҚШда биринчи «Умумий амалиёт врачлари» журнали чоп этилди. 1963 йил умумий амалиёт врачлари учун бурилиш йили бўлиб, шу соҳадаги мутахассис илк бор Эдинбург университетиде кафедра бошлиғи лавозимига тайинланди. 1972 йилда эса умумий амалиёт врачига профессор унвони берилди. Шундан сўнг бирин-кетин Европанинг бошқа мамлакатларида ҳам УАВ кафедралари ташкил этила бошланди. Ҳозирга келиб фақат бирлашган Буюк Британия ва шимолий Ирландия қироллигида 35 нафар УАВ лари университет кафедраларини бошқармоқдалар. Мавжуд ҳолатдан келиб чиқиб, 1978 йилда Олма-Ота шаҳрида ўтказилган ва бирламчи тиббий-санитария хизматида бағишланган халқаро анжуманда махсус декларация қабул қилиниб, унда бирламчи тиббий хизмат соғлиқни сақлашнинг етакчи ва ҳал қилувчи даражасига кўтарилди. Кейинроқ 1984 йилда бу яна бир бор ЖССТ Европа худудий бюроси томонидан тасдиқланди.

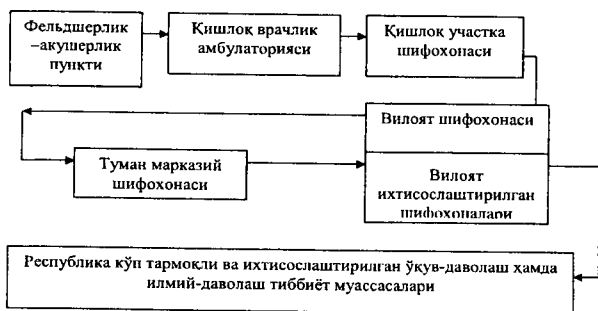
Ҳўш, жуда катта қаршиликка учраган УАВ фаолиятининг асримизнинг 50-60 йилларидан бошлаб қайта тиклана бошланиши ва бугунги кунга келиб ривожланган давлатлар тиббиётини асосий ўрин тутушининг сабаблари нимада? Биз куйида уларга қисқача тўхталиб ўтамыз.

Авваломбор, беморда кўп ҳолларда бир вақтнинг ўзида бир неча инсон аъзоларининг касалликларига хос бўлган белгилар пайдо бўлади ва шифокор уларнинг ҳар бирини тиббий нуқтаи-назардан тўғри баҳолай олмоғи лозим. Бундан ташқари, биз инсон руҳий ҳолати билан танаси ҳамда ички аъзолари орасида узвий боғлиқлик борлигини бир дақиқа ҳам унутмаслигимиз керак. Бинобарин, ушбу боғлиқлик белгиларининг у ёки бу шахсда қайси кўринишда намоён бўлишини фақат уни узоқ кузатган

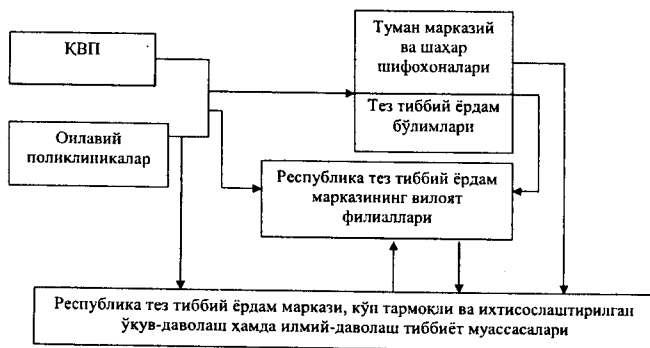
шифокоргина тўғри баҳолай олади. Бемор билан шифокор орасидаги ўзаро муносабатларнинг узлуксиз бўлиши, айниқса, даволанувчи учун катта аҳамиятга эга. Фақат УАВ юқоридаги талабларга тўлиқ жавоб беради.

XX асрнинг иккинчи ярмига келиб дунёдаги деярли барча мамлакатларда, шу жумладан, юқори даражада тараққий этганларида ҳам аҳоли саломатлиги кўрсаткичи даражаларида салбий томонга қараб айрим силжишлар кузатила бошланди. Шунинг учун жаҳондаги етакчи мутахассислар унинг сабаблари ва инсон саломатлигини тиклаш ҳамда сақлашда ижобий натижаларга эришиш йўллари излай бошлади. Бунга эришиш учун аҳоли ўртасида профилактик ишларни ривожлантириш, бирламчи тиббий ёрдамнинг самарасини ошириш, яъни шу бўғинда УАВ хизматига ўтиш ёки амбулатория-поликлиника шариоотида кўрсатилаётган медицина ёрдамини такомиллаштириш лозим деган ягона хулосага келинди. Демак, асримизнинг иккинчи ярмидан бошлаб, дунёдаги ривожланган мамлакатларда вужудга келган тиббий ва иқтисодий сабаблар ҳамда шарт-шароитлар юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, жуда кийинчилик билан бўлса ҳам УАВ тайёрлаш ҳамда тиббиётнинг бирламчи бўғинларида улар хизматига ўтишни тақозо қилди. Тиббий ёрдамнинг аксарияти беморларга амбулатория шариотида кўрсатила бошланди. Мисол учун УАВ хизмати кенг жорий этилган Англияда ҳозирги даврда 90% беморларга тиббий ёрдам амбулатория шариотида, 9-10% беморларга эса шифохоналарда, улардан атити 1% гагина ихтисослаштирилган бўлим ва марказларда кўрсатилади. АҚШ яши ички маҳсулотининг 15% ини (1.55 триллион доллар – 2002 йил маълумотлари) сарф қилиб, жаҳонда соғлиқни сақлашга энг кўп маблағ ажратилишига қарамадан, аҳоли соғлиғи кўрсаткичлари бўйича ривожланган 13 мамлакат орасида 12-ўринда туради. Бунинг асосий сабабларидан бири УАВ сонининг нисбатан камлиги ва ушбу тизимнинг бошқа етакчи мамлакатларники каби яхши ривожланмаганлигидир. Бу саломатлик кўрсаткичлари нафақат ажратилаётган молиявий маблағ, балки соғлиқни сақлаш тизимининг ташкил этилишига ҳам боғлиқ эканлигини тасдиқлайди.

Республикамизнинг мустақил деб эълон қилиниши, давлатимизда бозор иқтисодиёти тамойилларининг шаклланиб бориши бошқа соҳалар билан бир қаторда, тиббиётда ҳам ривожланишнинг экстенсив йўлидан интенсив йўлига ўтишни тақозо қилди. 1993 йилдан бошлаб вилоятларда ҚВП қурила бошланди ёки қишлоқ амбулатория ва шифохоналари қайта таъмирланиб, ҚВП ларга айланттирилди. Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш тўғрисидаги Президент Фармони ва 1996 йилнинг май ойида эълон қилинган Республика Вазирлар Маҳкамасининг 182-сонли қарори асосида бу жараёнлар янада жадаллашди. Бунинг натижасида беморларга бирламчи тизимнинг ўзида врачлик ёрдами кўрсатиш билан бир қаторда, иқтисодий томондан самарадор бўлган тиббий хизматга ўтилди (1 ва 2-чизмалар). Тиббиёт олий ўқув юртлиарида УАВ тайёрлаш кафедралари ташкил этилди.



1-чизма. Ислохотларгача бўлган соғлиқни сақлаш тизимининг тузилиши



2-чизма. Соғлиқни сақлаш тизимининг ислохотлардан кейинги тузилиши

Тиббий хизмат кўрсатиладиган аҳоли сони, улар яшаётган ҳудуд-ларнинг жойлашиши ва орасидаги масофа, мавжуд йўллар тармоғи ҳамда бошқа қатор омиллар инobatта олиниб, республикамизда тўртта типдаги ҚВП лари фаолият кўрсатмоқда.

Биринчи тип - 1500 тагача аҳоли

Иккинчи тип - 1500 дан 3500 тагача

Учинчи тип - 3500 дан 6000 тагача

Тўртинчи тип - 6000 дан 10 000 тагача

У ерда ишлаётган врачлар, ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари штат бирлиги ҚВП типи ва бириктирилган аҳоли сонидан келиб чиқиб ўрнатилган тартибда белгиланади.

Республикамизда юқорида қайд этилган ислохотларнинг амалга оширилиши ҚВП врачлар томонидан кўрсатилиши лозим бўлган тиббий хизмат кўламини ҳам қайта кўриб чиқишни, бинобарин, УАВ хизматига ўтишни кун тартибига қўйди.

Дунёдаги барча ривожланган мамлакатларда аллақачон жорий этилган, тиббий ва иқтисодий томондан ўз самарадорлигини оқлаган,

республикамизда эса эндигина ўз ўрнини топа бошлаган, баъзан эса турли мунозараларга сабаб бўлаётган УАВнинг ўзи ким? Уларнинг вазифалари ҳамда иш кўламлари нималардан иборат?

Биз куйида шуларга мукамал тўхталиб ўтамиз.

Умумий амалиёт врачлари фаолияти ва умумий амалиёт врачлари мутахассислиги таърифи:

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

Умумий амалиёт врачлари мутахассислиги ўзининг 11 таърифига эга:

УАВ фаолияти орқали беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан илк бор мулоқоти бошланиши; ушбу мулоқотнинг очиклиги ва чегараланмаганлиги; ёши, жинси ва бошқа хусусиятларидан қатъи назар, барча соҳадаги касалликларга тиббий ёрдам кўрсатилиши;

Соғлиқни сақлаш тизимининг барча имкониятларидан самарали фойдаланиш; уларни мувофиқлаштириш; бирламчи тизимдаги бошқа мутахассислар билан бемор фойдаси учун ўзаро муносабат; маълум вазиятда беморнинг фойдасини ҳимоялаш мақсадида бошқа мутахассислар фаолиятини бошқариш;

Ўзига беркитилган беморга, оилага ва жамиятга қаратилган йўналиш;

Бемор билан врачнинг ўзаро самарали узок муносабати асосида махсус маслаҳат жараёни;

Ҳар бир беморнинг талаби асосида уларга узок ва узлуксиз тиббий ёрдам кўрсатилиши;

Маълум гуруҳда касаллик тарқалиш кўрсаткичларига биноан профилактика ва даволаш усулларини танлаш жараёнини қабул қилиш;

Беморлардаги ўткир ва сурункали касалликларни биргаликда даволаш;

Касалликларнинг эрта ва дифференцияланмаган даврларида муолажа бошлаш ҳамда маълум вазиятда тезкор ёрдам кўрсатиш;

Самараси исботланган усуллар асосида аҳоли соғлиқини мустаҳкамлаш учун касалликлар профилактикасини амалга ошириш;

Хизмат кўрсатаётган аҳолининг соғлиқ кўрсаткичлари учун жавобгарлик;

Аҳоли соғлиғи муаммоларини ечишда унинг жисмоний, рухий, ижтимоий ва маданий йўналишларини эътиборга олиш.

Умумий амалиёт врачлари мутахассисининг касбий маҳорати таърифи

УАВ – шу фан тамойиллари асосида таълим олган мутахассисдир. У бирламчи тиббий-санитария тизимида фаолият кўрсатиб, ёши, жинси ва касаллигидан қатъий назар, мурожаат қилган ҳар бир шахсга узлуксиз

тиббий ёрдам кўрсатишга жавобгар шифокор ҳисобланади. Ўзига бириктирилган ҳудудда яшаётган беморга, индивидуал шахс сифатида ҳамда унинг оиласи, яшаётган жамияти ва маданиятига асосланган ҳолда тиббий ёрдам кўрсатади.

Умумий амалиёт ва фаолияти ҳақида таъриф. Асосий маҳоратлари (маҳорат – бу билим, кўникма ва уларни қўллаш усуллари ҳақида таълим дастури асослари йиғиндисидир):

- бирламчи тиббий ёрдамни бошқарув жараёни;
- иш жараёнида бемор шахсига қаратилган фаолият;
- беморнинг муайян муаммоларини еча олиш қobiliяти;
- комплекс ёндошув асосида бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш;
- аҳолига бирламчи тиббий санитария ёрдамини ҳудудий бўлинишлар ва маҳаллий тамойиллар асосида олиб бориш;
- бемор организмга яхлитлик билан ёндошиш, унинг биологик, рухий, ижтимоий моделлари, маданий ва экстенциал ҳаёт томонларини инобатга олган ҳолда, умумий тасаввур.

Бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда бошқарув жараёни қуйидаги кўникмалардан иборат:

- беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан бирламчи мулоқотини бошқарув жараёни, унинг муаммоларини аниқлаш ва таснифлашни бажара олиш кўникмалари;
- беморларнинг касаллиги оғирлиги, ёши, жинси ва бошқа ҳолатларидан қатъи назар, барча соҳадаги хасталикларга бирламчи тиббий ёрдам кўрсата олиш;
- соғлиқни сақлаш тизимидаги имкониятлардан рационал фойдаланиш асосида самарали ва тиббий ёрдам кўрсатишни бошқариш;
- бирламчи тизим ҳамда шифохонада фаолият кўрсатаётган бошқа мутахассислар томонидан беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнини мувофиқлаштириш;
- бемор манфаатларини ҳимоя қилиш.
- **Бемор билан мулоқот давомида шахсга йўналтирилган ёндашиш ва у қуйидаги кўникмаларни ўз ичига олади:**
- фаолият давомида беморнинг хоҳиш-истакларига алоҳида эътибор бериш;
- беморнинг мустақил қарор қабул қилиш ҳуқуқини инкор этмасдан, самарали муносабатлар ўрнатиб, маслаҳат (директив бўлмаган) бериш;
- бемор билан ҳамкорликда асосий мақсадларни аниқлаб олишни билиш;
- тиббий ёрдамни мувофиқлаштирилган ва узлуксиз кўрсатилиши тамойилларига асосланиб, ҳар бир беморнинг талабларига мувофиқ тўхтовсиз ва узоқ кузатувни таъминлаш.

«Директив бўлмаган маслаҳат усулида шифокор ўз фикрини беморга мажбуран қабул қилишга ундамай, унинг ўзи қарор қабул қилишига

ёрдамлашади; директив усулда эса шифокор беморга тайёр қабул қилинган қарорни таклиф этади. Сўнги усул у ёки бу сабабга кўра, бемор ўзи қарор қабул қила олмайдиган ҳолларда қўлланилади.

Беморлар муаммосини ечиш кўникмалари қуйидагилардан иборат:

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

- анамнез йиғиш, клиник ва лаборатор-асбобий текшириш усуллари ёрдамида аниқланган ахборотларни баҳолай олиш кўникмаси; беморлар иштирокида, уларнинг фикридан фойдаланган ҳолда даво режасини тузиш;

- қуйидаги тамойилларни ҳисобга олган ҳолда фаолият юритиш; текшириш усули ва даволашни босқичма-босқич белгилаш, уларни амалга оширишда вақтни унумли тақсимлаш, ташхис ноаниқ бўлганда, сабр-тоқат билан ҳаракат қилиш;

- шошилиш ҳолатларда керакли ёрдамни зудлик билан кўрсатишда тўғри қарор қабул қила олиш;

- касалликларнинг эрта, ҳали аниқланмаган бошланғич даврида ташхислаш кўникмаси;

- самарали ташхислаш ва даволаш усулларини танлаш.

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

- турли хил шикоятлар ва бир неча касалликларга (ўткир ва сурункали) эга бўлган беморларга ёрдам кўрсата олиш кўникмаси;

- аҳолида соғлом турмуш тарзига амал қилиш хиссини уйғотиш ҳамда профилактика ишларини олиб бориш кўникмалари;

- аҳолини соғломлаштириш, касалликлар профилактикаси, даволаш (шу жумладан, паллиатив усуллар ҳам) ва тиббий тиклаш жараёнларини мувофиқлаштириш.

Умумий амалиёт врачлари ўзининг касбий фаолиятини ўқитишда йўналишда амалга оширади:

а) кундалик амалиётида:

- бемор шикоятлари, унда кузатилаётган муаммолар ва касалликларни ўз вақтида аниқлаш ҳамда таҳлил қилиш;

- беморни даволай олиш ва уни узок кузатиш;

- илмий хулосалар ва ўзининг шахсий клиник тажрибасини амалиётга самарали қўллаш билиш;

б) бемор билан мулоқотда бўлганда:

- маслаҳат бера олиш;

- буюрилган даволаш усули ва текшириш натижаларини беморларга оддий ва содда тилда тушунтириш;

- беморларнинг ҳар хил ҳис-ҳаяжонли ҳолатларида ўзини монанд тутиш.

в) ўз фаолиятида:

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

Юқоридаги йўналишларнинг барчаси муҳим аҳамиятга эга бўлса ҳам, улар орасида маслаҳат (консультация) қилиш санъати алоҳида ўрин тутади ва у тўғрисида «Туғиш ёшидаги аёлларни соғломлаштиришда умумий амалиёт врачларининг ўрни ва вазифалари»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Давлат таълим стандартига мувофиқ, УАВ фаолиятнинг қуйидаги турлари билан шуғулланади:

- **тиббий профилактика:** соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эпидемияларни олдини олишга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқиш ҳамда ўтказиш, аҳоли соғлиғига таъсир этувчи хавфли омилларни аниқлаш ва олдини олиш;

- **тез ва кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам:** дастлабки тиббий ёрдам чора-тадбирлари кўламини ўз вақтида аниқлаш ва мустақил равишда бажариш;

- **даволаш-диагностика:** кўп тарқалган касалликларни тиббиётнинг бирламчи бўғинларида лаборатор ва тиббий асбоблар ёрдамида аниқлаш; кўрсатмалар бўлганда тор мутахассислар билан маслаҳатлашиш ёки шифохонага ётқизиш; даволаш, кузатиб бориш, диспансер назоратига олиш ҳамда вақтинчалик ишга лаёқатсизликни экспертиза қилиш. **Беморларни дорилар билан даволашда УАВ унинг самарадорлигига, хавфсизлигига, қўллашга монеликлар йўқлигига ва нархига (шифокор бир хил таъсир механизмига эга бўлган дорилар ичидан энг арзони ва самарадорини тавсия этиши керак) эътибор бериши лозим;**

- **реабилитация:** руҳий, жисмоний ва касбий фаолликни тиклаш

Юқоридагилардан келиб чиқиб республикамізда УАВ кўрсатиши лозим бўлган тиббий ёрдам кўлами тўрт тоифага бўлинган ва улар қуйидагилардан иборат:

1-тоифа хизматлари. ҚВП/ОП шароитида УАВ беморларга эрта ташхислаш, самарали даволаш, профилактика, реабилитация ва диспансеризация хизматларини тўлиқ мустақил равишда кўрсатиши, айрим ҳолатларда беморни аҳволи яхшиланмаганда, керакли (поликлиника, шифохоналарга) мутахассисга юбориб қўшимча маслаҳат ёки муолажа тавсияларини олиши мумкин.

2-тоифа хизматлари. ҚВП/ОП шароитида УАВ беморда ўткир ҳолатлар ёки касалликлар аниқланганда бошқа тиббиёт муассасасидаги мутахассисга маслаҳат, тўлиқ ва аниқ ташхис қўйиш, қўшимча муолажа зарурлигини аниқлаш учун юбориши лозим. ҚВП/ОП шароитида диспансеризация,

профилактика ва реабилитация жараёнларида беморнинг соғлиги ёмонлашганда, махсус парвариш ва кузатув талаб этиладиган ҳолатларда ҳам ихтисослаштирилган бўлим ёки тиббиёт муассасасига йўлланма бериш.

3.1-тоифа хизматлари. ҚВП/ОП шароитида беморга зарур бўлган текшириш, манипуляция ва бошқа тиббий хизматларни УАВ мустақил равишда малакали бажариши лозим.

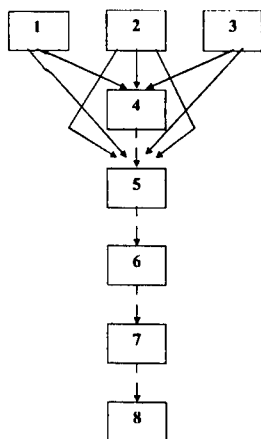
3.2-тоифа хизматлари. ҚВП/ОП шароитида имконияти бўлмаган муолажа ва текширувларни ўтказиш учун бошқа тиббиёт муассасасига юборишга кўрсатма ва унинг қаерда ҳамда қандай ўтказилишини УАВ аниқ билиши керак.

4-тоифа хизматлари. ҚВП/ОП шароитида, хавф гуруҳи ва махсус кўрсатмалар бўлган беморлар ҳамда турли сабаблар билан мурожаат қилган соғлом аҳоли ўртасида индивидуал профилактик ва тушунтириш ишлари (ўқитиш, маслаҳат, кўргазмали намоиш ва х.к.) олиб бориш.

Давлат стандартига мувофиқ, УАВ фаолиятида беморда мавжуд касалликларни ўз вақтида ва тўғри аниқлаш алоҳида аҳамият касб этади. Шунинг учун врач яхши клиник фикрлай олиши ва унинг турли усуллари мукамал эгаллаган бўлиши лозим. Тиббиётда ҳозирги вақтда клиник фикрлашнинг нозологик ва синдромал тамойиллари фарқланади. Ташхисий фикрлашнинг нозологик тамойили беморда аниқланган касаллик белгиларини врачнинг хотирасида бўлган аниқ хасталик белгилари билан таққослаган ҳолда ташхис қўйишни назарда тутати. Албатта унинг касалликлар тўғрисида йиғилган янги ахборотлар билан амалиётни тез бойитиши, тиббиёт институтларида анъанавий ўқитиш жараёнида кенг фойдаланилиши каби устунлик томонлари бор. 3-чизмада назологик клиник фикрлашнинг тамойиллари келтирилган.

1. Ўн минглаб тиббий текшириш усуллари. 2. Касалликларнинг юз минглаб белгилари. 3. Юз минглаб ташхисий мезонлар. 4. Ўн мингга яқин касалликлар назологияси. 5. Талаба шифокорнинг хотираси. 6. Бемор. 7. Талаба ва шифокор аниқ бир назологик бирликнинг манзараси билан таққослаш ўтказганда, шу касалликнинг беморда мавжуд эканлиги ҳақида таассурот туғилиши. 8. Шифокорнинг ташхисий хулосаси (аниқ касалликни кўрсатиш). Аммо бу усулнинг қатор камчиликлари мавжуд бўлиб, қуйида биз улардан иккитасини келтирамиз. Маълумки, врач ўз амалий фаолиятида характери ва мураккаблиги билан бир-биридан фарқ қиладиган иккита вазифани бажаради:

– касалликларни аниқлаш;



3-чизма.

Назологик клиник
фикрлашнинг
тамойиллари

– беморни даволаш.

Касалликни аниқлаш бемордаги мавжуд белгиларни ажратиш учун уни текширишдан бошланади ва ташхис қўйиш билан якунланади. Беморни даволаш эса касаллик ташхиси аниқлангандан кейин бошланади. Врачнинг бу икки фаолияти бир-биридан бирмунча фарқ қилади, бинобарин, турлича фикрлашни талаб этади.

Демак уларни талабаларга (врачларга) ўргатиш усуллари ҳам ҳар хил бўлиши керак. Беморни даволаш аниқланган ташхисдан бошланар экан, у шифокор учун бошланғич нукта ҳисобланади ва мавжуд тиббий адабиётлар масалани ечишда муҳим қурол бўлиб хизмат қилади. Чунки уларда касалликларни даволаш усуллари, у ёки бу дорини буюришга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар батафсил ёритилган. Аммо олдин касаллик назологияси (ташхиси) келтирилган, кейин унинг хусусиятлари (шу жумладан, синдромлари) баён этилган анъанавий адабиётлар клиник фикрлашни яхши ривожланиши учун самарали хизмат қила олмайди. Тиббий маълумотларни ушбу усулда ёритилиши врачнинг олдига қўйилган асосий вазифа – беморга ташхисни тез ва тежамкорлик билан қўйиш имкониятини бермайди.

Маълумки, касалликни аниқлаш врач учун муаммони ҳал қилиш ҳолати ҳисобланади. Уни счиш учун шифокор касалликнинг аниқланган белгилари асосида солиштирма ташхис ўтказади ва эҳтимоли бўлмаган хасталикларни инкор этиш йўли билан бирдамчи ташхис қўяди. Талаба ёки врач мавжуд анъанавий адабиётлардан фойдаланганда, олдин касаллик, кейин унинг белгилари билан танишади, лекин реал ҳаётда эса тамоман қарама-қарши ҳолат билан тўкнашади.

У беморда қайси касаллик борлигини билмасдан туриб у ёки бу синдромларни аниқлайди ва уларни фикран солиштириб (қиёсий ташхис ўтказиб) бирдамчи ташхисни аниқлайди. Бу врачдан кўплаб касалликлар ҳамда уларнинг белгиларини билишни ва яхши эслаб қолиш қобилиятига эга бўлишни (3-чизма) талаб этади. Клиник фикрлашни назологик усули беморларни самарали даволаш учун яхши қурол бўлиб хизмат қилса ҳам, ташхис қўйишда ундан фойдаланиш кўп вақт ва маблағ йўқотишга олиб келади. Буни 1-расмда (3 ва 4 - чизма ҳамда 1-расм ва уларга шарҳлар Л.Б. Наумов ва ҳаммуаллифлар томонидан чоп этилган «Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы» номли китобидан олинган) келтирилган қароқчилар суратини ўзаро солиштириш мисолида яққол кўриш мумкин. Расмда келтирилган 12 қароқчидан бири уларнинг бошлиғи.

‘Сиз қуйидаги белгиларга қараб уни топишингиз лозим. 1. Соқоли яхши олинмаган. 2. Сочлари оқиш малла ва ўнга таралган. 3. Бўйни йўғон ва қалта. 4. Бурни кичик ва тўғри. 5. Ўнг кўзи боғланган. 6. Қулоқлари кичик ва тўғри. 7. Лаблари семиз ва бўрсилдоқ. 8. Чап кўзи кичкина ва қора. 9. Юзи думалок. 10. Қошлари қалин ва тўғри.

Бунинг учун ҳар бир қароқчида юқоридаги 10 та белги бор ёки йўқлигини кидириб, 9 уларнинг бошлиғи эканлигини аниқладингиз ва



1-расм.

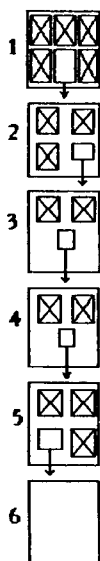
ташхис қўйишни назологик йўлини босиб ўтдингиз. Олдингизга қўйилган мақсад муваффақиятли (кароқчилар бошлиғи мисолида ташхисни аниқлаш) бажарилди ва назологик усулдан фойдаланиш самарали эканлиги исботланди. Лекин уни аниқлаш учун йўқотилган вақтни ҳисобга олсак, ушбу йўлни ягона рационал ташхислаш усули деб бўлмайди. Чунки УАВ қиска вақт ва чегараланган қўшимча текширувлар ёрдамида тўғри ташхис қўйиши ва беморнинг кейинги тақдирини хал қилиши лозим. Шунинг учун уларни жаҳоннинг етакчи мамлакатларида кенг қўлланиб келинаётган синдромал усулдан фойдаланишлари мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Ташхис қўйишнинг синдромал усули деганда, касаллик назалогияси, гуруҳи ёки

қайси аъзо шикастланганлигидан қатъи назар, уларга хос бўлган ягона синдром асосида аниқлашга йўналтирилган клиник фикрлаш тушунилади. Синдром - бу этиологияси, патогенези ҳар хил бўлишига қарамасдан, турли касалликларда бир хил намоён бўлувчи белгилар йиғиндисидир (масалан – кўкрак қафасидаги оғриқлар, иситмалаш, бўғим синдроми ва бошқалар).

Синдромал усулда клиник фикрлаш ҳаракатлари ягона етакчи синдром билан намоён бўлувчи касалликлар ва патологик ҳолатларнинг гуруҳлари билан ўтказилади. Чунки синдромларни бир-бирдан тубдан фарқ қилиши уларни аниқлашни осонлаштиради ва ташхисий изланиш доирасини қисқартиради. Бинобарин, бу усул унча мураккаб бўлмаган биринчи қадам билан кўп вақт йўқотмай ташхисни аниқлашга ёрдам беради ва шу сабабли нозологик усулдан устун туради. Синдромал усулда кейинги барча мушоҳадалар ушбу етакчи синдром атрофида ўтказилади. 4-чизмада синдромал ташхис қўйишнинг афзаллиги келтирилган.

1. Аъзо (тизим) зарарланганда, кузатиладиган чегараланган миқдордаги синдромлар. Синдромларро қиёсий ташхислаш ва уларнинг асосийсини аниқлаш. 2. Ҳар бир асосий синдром ичида кузатиладиган кам сонли патологик жараёнлар. Бир неча ҳал қилувчи симптомларга асосланиб, бўлиш эҳтимоли юқори бўлган патологик жараённи ажратиш. 3. Ушбу етакчи синдромда кузатиладиган турли этиологияли кам сонли касалликлар ёхуд бу патологик жараённинг характери. 4. Ушбу асосий синдромда кузатиладиган патологик жараён ичидаги шундай этиологияга мансуб

4-чизма. Синдромал ташхис қўйиш тамойиллари



кам сонли касалликлар. Ҳал қилувчи симптомларга асосланиб, эҳтимоли бўлган касалликни аниқлаш. 5. Ҳар бир назологик бирликнинг унча кўп бўлмаган босқичлари. Касалликнинг эҳтимоли энг кўп бўлган босқичи, асоратлари ва натижасини етакчи симптомларга асосланган ҳолда ажратиш. 6. Шифокорнинг ташхисий ҳулосаси.

Энди 3 ва 4 - чизмаларни бир-бирига солиштирсак, ташхис қўйишнинг назологик усулида врач жуда катта миқдордаги ахборотларни таҳлил қилиши лозимлигини кўрамиз. Синдромал усул ёрдамида эса унча кўп бўлмаган ахборотлар ва қисқа мантиқий клиник фикрлашдан кейин ташхис қўйиш мумкин. Бу юқорида келтирилган қароқчилар бошлиғини етакчи синдром асосида аниқлаш мисолида яққол намоён бўлган. Уларнинг бошлиғини топиш учун ўнта белгиларни ҳар бир қароқчида аниқлаб чиқишнинг ҳожати йўқ. Ўн икки қароқчини бирор-бир етакчи синдром асосида гуруҳларга ажратиш ва кейин синдромларо солиштирма ташхис ўтказиш лозим.

Ўн икки қароқчини (уларнинг ҳар бирини мантиқан касаллик деб ўйласак) тўртта синдром асосида гуруҳларга бирлаштириш мумкин.

Учбурчак юзли қароқчилар (1, 5)

Овал юзли қароқчилар (2, 6, 7)

Тўртбурчак юзли қароқчилар (3, 8, 12)

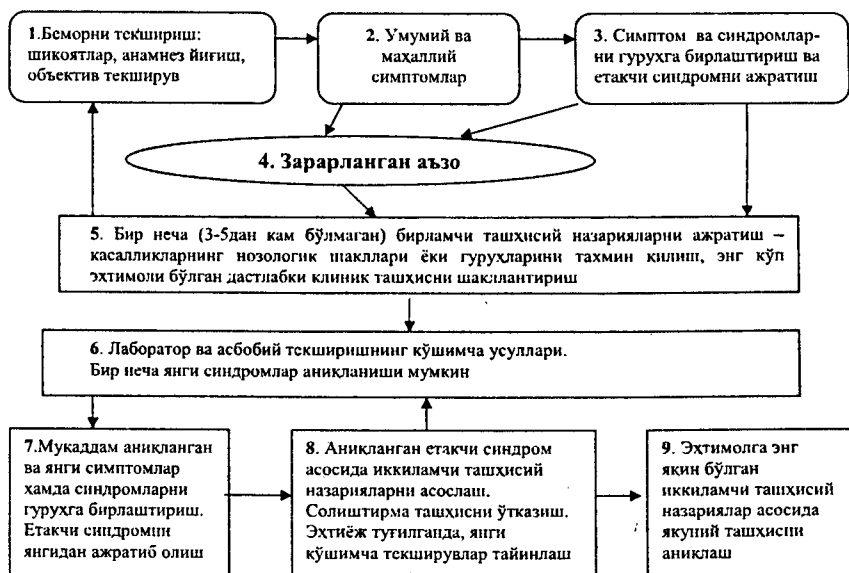
Думалоқ юзли қароқчилар (4, 9, 10, 11)

Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, синдромал ташхис қўйишнинг устунлик томони турли синдромларни бир-биридан яққол фарқ қилишидир. Ушбу мисолда қароқчилар бошлиғининг юзи думалоқлиги асосий синдром ҳисобланади. Унинг ёрдамида юзи думалоқ бўлмаган саккиз қароқчини солиштирма ташхис ўтказиш жараёнидан четлаштирамиз. Ундан сўнг асосий синдромга эга бўлган (думалоқ юзли) қолган тўртта қароқчилар орасидан йўғон бўйинлиларини ажратиш (9, 10) ва фақат иккита эҳтимоли бўлган қароқчини қолдириш. Улар ичидан ўнг кўзи боғланганини ажратиб олиш билан 9-рақамли қароқчи уларнинг бошлиғи эканлиги аниқланади. Кўриниб турибдики, бундай ёндашиш назологик клиник фикрлашдан кам вақт ва ахборот талаб қилади. Маълумки, тиббий адабиётларда юрак касалликларида учрайдиган кўплаб турли аускультация белгилари келтирилган. Шу жумладан, юрак нуқсонларида кузатиладиган шовқинларга юзга яқин таҳлил берилган. Шовқинларни синдромал усулда таҳлил қилиш йўли билан кам ахборотлардан фойдаланиб, анча тез якуний ташхис қўйиш мумкин. Бунинг учун шовқинни асосий синдром деб ҳисоблаб, унинг эшитилиш марказини аниқлаш ва қайси юрак қисқариш босқичида (систолик ёки диастолик) эшитилаётганлигини баҳолаш керак.

Ундан сўнғ шовқинларнинг баланд ёки пастлиги аниқланиб, анамнез, ЭКГ ва рентгенография ёрдамида якуний таъхис кўйиш мумкин. Бу жараён «Юрак шовқинлари ва уларнинг солиштирма таъхиси» маърузасида батафсил баён этилган.

Маълумки, тиббиёт олий ўқув юртлирида машғулотлар аксарият ҳолларда амалий билимлар ҳамда психологик кўникмаларнинг сезиларли танқислиги билан ўтказилади ва асосий вақт маълумотларни йиғиш ва кенгайтиришга сарф қилинади. Маълумотларни қайта ишлаш усулларига, хусусан, қарор қабул қилишга анчагина кам вақт ажратилади. Шуни таъкидлаш лозимки, УАВ доимо касалликларни аниқлаш вақтида қарорлар қабул қилиши ва давони тайинлаши керак бўлади. Шунинг учун қарор қабул қилиш такомиллаштиришнинг энг муҳим шарти бўлиб, бўлажак врачларга уни қабул қилиш усулларини мукамал ўргатиш ҳисобланади.

Бизнинг назаримизда, О.И.Яхонтова ва ҳаммуаллифлар томонидан тақлиф қилинган ҳамда 5-чизмада келтирилган эвристик синдромал таъхисий изланиш УАВ учун мос ва энг қулайдир.



5-чизма. Беморни текширишнинг эвристик синдромал тартиби

Юқоридаги чизмада босқичларнинг қатъи кетма-кетлиги мавжуд эмас, эвристик изланиш қатъи диагностик алгоритмдан орқага қайтиш имконияти борлиги, зарурат туғилганда, якуний натижага зарар етказмаган ҳолда бир неча босқичларни инкор этиш мумкинлиги билан фарқланади.

I-босқич. Беморни синчковлик билан сўраб-суриштириш, патологик жараённинг субъектив ва объектив белгиларини аниқлаш. Беморни кўриқдан ўтказиш касалликни аниқлашнинг муҳим босқичидир. Тўлиқ бўлмаган ёхуд етарли даражада мукамал ўтказилмаган кўрик кўпинча ташхисий хатоларга олиб келади. Бизнинг ташхисий изланишларнинг босқичлари ва коидалари тўғрисидаги кейинги барча мулоҳазаларимиз фақатгина касаллик симптомлари етарли даражада тўлиқ аниқланган бўлса, зарур маънога эга бўлади. Беморни сўраб-суриштириш ва объектив текшириш қатъи алгоритмга мувофиқ ўтказилиши лозим: шикоятлар, уларни гурухлаштириш, тизимлар бўйича суриштириш, касалликнинг ривожланиш тарихи, бемор ҳаёти тарихи, умумий кўрик, аъзолар бўйича объектив текшириш. Ҳар бир тизимнинг ҳолати-маҳаллий кўрик, пайпаслаш, перкуссия ва аускультация маълумотлари асосида баҳоланади. Врачнинг амалий тажрибаси қанча кам бўлса, у беморни кўриқдан ўтказишни шунчалик синчковлик билан амалга ошириши лозим. Одатда тажриба билан бирга, беморни тўлиқ кўриқдан ўтказиш муҳимлиги тўғрисидаги тушунча ҳам ҳосил бўлади, шу билан бирга айрим босқичларни «назардан қолдириш» одати ҳам кузатилади. Бу эса ўз навбатида, айрим белгиларни эсдан чиқариш ёки тўғри баҳолай олмаслик хавфини вужудга келтиради. Изланиш чизмасидан кўриниб турибдики, бемор тўғрисидаги маълумотларни аниқлаштириш учун ҳар қандай босқичдан биринчисига қайтиш мумкин.

II-босқич. Аниқланган симптомлардан умумий ва маҳаллийсини ажратиш (2-блок). Асосан маҳаллий симптомлар таҳлили орқали беморнинг қайси аъзоси ёки тизими касалланганини билиш эҳтимоли юқори (4-блок). Ҳақиқатдан ҳам, масалан, беморда иситмалаш, қувватсизлик, ҳолсизлик, ишга лаёқатлиликнинг пасайиши билан бирга, йўтал, нафас олишда кўкрак қафасида оғриқ, товуш титрашининг кучайиши, ўпка устининг чекланган қисмида перкутор товушнинг пасайиши, везикуляр нафас олишнинг сусайиши, товушли кичик пуфакли нам хириллашлар аниқланса, нафас олиш тизимининг зарарланиши тўғрисида тахмин пайдо бўлади.

III-босқич. Имконият даражасида аниқланган симптомларни синдромларга гурухлашга ҳаракат қилиш ва улар ичида етакчисини ажратиш. Юқорида келтирилган мисолда товуш титрашининг кучайиши, перкутор товушнинг пасайиши, везикуляр нафас олишнинг сусайиши, нам жарангдор хириллашлар биргаликда ўпка тўқималари қалинлашуви синдромини ташкил қилади, у ўз навбатида, клиник манзарада етакчи синдром сифатида қабул қилиниши мумкин.

IV-босқич. Етакчи синдромга асосланган ҳолда бир нечта (уч-бештадан кам бўлмаган) бирламчи ташхисий назариялар – ўпка тўқималарининг қалинлашуви билан намоён бўлиши мумкин бўлган нозологик шакллар ёки касалликлар гурухлари ҳақида таклифлар киритиш. Бирламчи ташхисий назарияларнинг солиштирма ташхисини ўтказиш. Уларнинг эҳтимолга энг яқин бўлганини дастлабки клиник ташхис сифатида қабул қилиш.

Ташхисий изланишнинг бу босқичи мукамалроқ баён этишни талаб қилади. Врач қанча бирламчи ташхисий назарияларни тақдим қилиши лозим ва мумкин? Бу унинг маълумотларга қайси даражада эга эканлиги ва бундан кам бўлмаган даражада инсон хотираси хусусиятига боғлиқ. Узоқ вақтли хотира мавжуд бўлиб, у инсон билимларининг муайян рамзлар шаклида кодланган асосий хазинаси ҳисобланади. Унинг муҳим белгиси деярли чекланмаган ҳажмидир. Аммо узоқ вақтли хотира маълумотларига тўғридан-тўғри муурожаат қилиб бўлмайди, уларни у ердан қисқа вақтли хотира ёхуд оператив хотирага олиш лозим. Охиргиси ўз кўрсаткичларига кўра узоқ вақтли хотирадан фарқ қилади ва унинг ҳажми жуда чеклангандир. Лекин оператив хотирадаги маълумотларга инсон бевосита муурожаат қила олиши сабабли, у ахборотларни қайта ишловчи ва қарор қабул қилувчи асосий тизим ҳисобланади. Шунингдек, ташқи хотира ҳам мавжуддир. Ундаги ахборот китоблар, жадваллар, чизмалар, компьютерларнинг хотираларида муаммоларни ҳал қилишда қўлланилиши мумкин. Шундай қилиб, бизнинг бирламчи ташхисий назариялар сони ҳақидаги саволимизга жавоб шуки, улар оператив хотира бирликлари доирасида бўлмоғи лозим. Одатда назариялар 5 та, камроқ ҳолларда 7 ёки 9 та бўлиши мумкин, лекин бу ҳолда шуни назарда тутиш лозимки, улар бўлғуси врачларни ўқитиш жараёнида узоқ вақтли хотирага жойланган бўлиши керак. Агар ташқи хотира ахборотларидан фойдаланилса, бирламчи ташхисий назариялар сони кўпроқ бўлиши мумкин. Мураккаб ва оғир клиник ҳолатларда УАВ амалий қўлланмалар, компьютер дастурлари ва топ мутахассислар ёрдамидан фойдаланиши лозим.

Бирламчи ташхисий назариялар асосида солиштирма ташхис ўтказилади. Бунда нафақат етакчи синдром белгилари, балки бемордаги барча белгилар мажмуи, анамнез ва унинг ҳаёти ҳақидаги маълумотлар ҳисобга олинади. Ўпка тўқимасининг қалинлашуви етакчи белгиси бўлган бизнинг мисолга қайтар эканмиз, бирламчи ташхисий назариялар сифатида крупоз зотилжам, инфаркт-зотилжам, ўпка сили инфилтрати ёки унинг периферик рақини тахмин қилиш мумкин.

V-босқич. Бирламчи ташхис ҳамда прогноз ва даволашда муҳим ўрин тутувчи ташхисий назарияларни ҳисобга олган ҳолда, беморнинг лаборатор ва асбобий қўшимча текшириш режасини белгилаб олиш. Бунда бир қанча янги белгиларни аниқлаш мумкин. Биринчи навбатда, аниқ ташхис қўйиш имконини берувчи ҳамда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган қўшимча текшириш усулларини қўллашни режалаштириш лозим.

Бизнинг мисолда қўшимча текширувларнинг минимал ҳажми коннинг клиник таҳлили, балғамнинг умумий ва Кох таёқчасига таҳлили, ўпкани рентген текширувларини ўз ичига олади. Агар касалликнинг тегишли клиник манзараси билан бирга кўпинча битта ёки камроқ ҳолларда бир қанча атрофи нотекис қорайган ўчоқлар аниқланса, рентген усули ҳал қилувчи аҳамият касб этади. Бунда дарҳол муайян нозологик шаклдаги – зотилжам ташхисини қўйиш мумкин (**9-босқич**). Аммо бошқача вариант

ҳам юзага келиш эҳтимоли мавжуд. Мисол учун, рентген текширувида атрофи аниқ кўришиб турган думалоқ соя аникланса, бу жуда муҳим янги белги ҳисобланади (**7-босқич**).

VI-босқич. Олдин аникланган симптомлар ва синдромларни гуруҳга бирлаштириб, янгидан етакчи синдромни ажратиш (**7-босқич**). Шу синдром асосида иккиламчи ташхисий назарияларни асослаш ва уларнинг солиштирма ташхисини ўтказиш (**8-босқич**). Агар зарурат туғилса, олдинги босқичга қайтиш (**6-босқич**), керакли қўшимча текширувларни тайинлаш. Ўпка тўқимаси қалинлашуви белгилари ва рентгенограммада аникланган думалоқ соя рамзий равишда «думалоқ соя» клиник-рентгенологик синдроми деб аталиши лозим. Бу ҳолатда иккиламчи ташхисий назариялар сифатида: ўпканинг периферик раки ва эозинофил инфильтратини келтириш мумкин. Бу назарияларни компьютер томографияси, бронхография, шиллик қават биопсияси билан ўтказиладиган бронхоскопия, баъзида ўпканинг трансторакал биопсияси каби усуллардан фойдаланилган ҳолда тор мутахассислар жалб қилиниб, солиштирма ташхис ихтисослаштирилган клиникаларда ўтказилади.

VII-босқич. Эҳтимоли кўп бўлган иккиламчи ташхисий назария якуний ташхис ҳисобланади (**9-босқич**).

VIII-босқич. Мавжуд умумий қабул қилинган классификациясини ҳисобга олган ҳолда, ушбу нозологик шакл учун қамровли клиник ташхисни қўйиш.

Лекин шуни яна таъкидламоқчимизки, УАВ эвристик синдромал усул ёрдамида ташхис қўйишдан фойдаланганда, унинг барча босқичларини бажариши шарт эмас. 5-6 босқичлар доирасида жуда кам вақт сарф қилиб, муваффақиятли бирламчи ташхис қўйиш мумкин. Ундан сўнг беморлар кўрсатмаларга қараб КВП ёки ОП шароитида даволанадилар ёки кейинги босқичларни ўтказиш учун тор мутахассислар ва ихтисослаштирилган шифохоналарга юбориладилар.

Юқорида ушбу маърузада келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, тўғри ташхис қўйиш учун УАВ клиник жиҳатдан яхши фикрлай олиши ва тегишли амалий кўникмаларни эгаллаган бўлиши лозим. Шунда соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимларида бемор соғлиғига зарар етказмаган ҳолда, ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш имконияти пайдо бўлади. **Бунинг учун умумий амалиёт врачлари ўз иш фаолияти давомида қуйидаги тамойилларга риоя қилиши керак:**

- кенг қамровлилик;
- беморни кузатиб боришнинг узок муддатлилиги;
- интеграция – тиббиётнинг барча жабҳаларини зарур даражада қамраб олиш;
- тор мутахассислар фаолиятини ва бирламчи тизимдаги тиббий ёрдам кўламини мувофиқлаштириш ва даволашни назорат қилиш;
- бириктирилган аҳоли билан ишончли муносабатлар ўрнатиш;

- ягона жамоа бўлиб ишлаш;
- аҳоли учун бирламчи тиббий ёрдам олиш эркинлигини таъминлаш;
- аҳоли ўртасида профилактик ишлар олиб бориш ва уларга санитария таълими бериш;
- ҳар бир шахсни нафақат ўзи, балки оила аъзолари ҳамда яқинларининг соғлиғи учун масъулликка ўргатиш;
- тиббий ёрдам сифатини оширган ҳолда унинг таннархини камайтиришга интилиш.

УАВ асосий вазифаларидан бири касалликларнинг олдини олиш ҳамда бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактик чора-тадбирлар ўтказишдан иборат эканлигини инобатга олиб, қуйидаги жадвалда улар тўғрисида батафсил маълумот келтирдик:

Профилактика даражалари	Профилактик хизмат усуллари ва назорати
Учламчи	Касалликлар зўрайишининг олдини олишга қаратилган тиббий профилактика. Ишга яроқсизлик ҳолатининг олдини олиш ва тиббий тиклаш, турғун йўқотилганда эса уни тиклаш йўллариини излаш чора-тадбирлар мажмуаси
Иккиламчи	Хавф омилларини йўқотишга, касаллик ёки организмдаги ўзгаришларни эрта муддатларда аниқлаб, уларнинг зўрайиши олдини олиш ёки секинлаштиришга йўналтирилган чора-тадбирлардир. Бу нозологик ташхисга қадар бўлган тиббий-ижтимоий профилактика бўлиб, ўзгаришларни эрта аниқлаб, уларни даволашга қаратилган
Бирламчи	Касаллик сабабларини йўқотиш йўли билан унинг келиб чиқишининг олдини олиш ва хавfli омилларни мўътадиллаштиришга йўналтирилган чора-тадбирлар. Бу асосан ижтимоий ва омилли профилактика ҳисобланиб, ҳаёт кечиришнинг қулай шароитларини сақлаб туришга йўналтирилган ҳамда хавф омиллари даражаси юқори бўлмаган шахсларга мўлжалланган

УАВ фаолиятида ўз ҳудудида яшовчи аҳоли ва беморларнинг тиббий билим савияси муҳим аҳамият касб этади. Бунга эришиш мақсадида айрим ҳолларда у ёки бу кенг тарқалган касалликларга чалинган беморлар учун махсус «мактаблар» ташкил этиши (артериал гипертензия, қандли диабетга чалинган беморлар мактаблари ва б.қ.) мақсадга мувофиқдир. Уларнинг ташкил этилиши нафақат аҳолининг тиббий савиясини оширади, балки беморлар билан доимий ва бевосита мулоқотни кенгайтиради ҳамда пировард натижада ўз оилавий врачига ишонч туйғусини мустаҳкамлайди.

Юқоридагиларнинг барчаси умумий амалиёт врачлари XXI аср мутахассиси дейишга тўлиқ асос бўлади. Чунки у:

- ▶ ҳаммабоб;
- ▶ маблағни тежайди;
- ▶ беморлар талабини қониктиради;
- ▶ тўғри ва тез ташхис қўяди;
- ▶ профилактика ишларига алоҳида эътибор беради;
- ▶ оилани ундаги шароитни эътиборга олган ҳолда даволайди;
- ▶ беморни яхлит ҳолда кўриб, барча касалликларни муолажа қилади.

Шундай қилиб, УАВ чуқур клиник фикрловчи, ўз беморлари ҳақида доимий равишда ғамхўрлик қилувчи, ўзига бириктирилган аҳоли орасида улкан ҳурматга эга бўлган юқори савияли мутахассис.

Республикамизда ҳам умумий амалиёт врачлари мактаби шакллана бошлади ва соғлиқни сақлаш тизимида ўз ўрнини тобора мустаҳкамлаб бормоқда. Яқин келажакда улар халқимиз саломатлигини сақлаш ва тиклашда ҳал қилувчи ўрин эгаллайдилар. Шу сабабли биз ушбу қўлланмани таниқли француз ёзувчиси **Антуан Сент-Экзюперининг** УАВ тўғрисида айтган ва китобнинг кириш қисмида келтирилган ҳамда сиз ҳозиргина танишган машҳур сўзлари билан бошладик.

Фойдаланилган адабиётлар

1. «Алма-Атинская декларация». Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи. Алма-Ата, 12 сентября 1978.
2. Кохен М.М. Под ред. Общепрактическая и семейная медицина. Минск: Беларусь, 1997.
3. Мартынчик С.А., Жуковский Г.С. и др. Стандартизация в области профилактики неинфекционных заболеваний – условия повышения качества помощи. М., Здравоохранение №2, 2000.
4. Медик В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. «Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики. Факторы риска важнейших неинфекционных заболеваний». 1,2- тома. М., 2003.
5. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Москва: Практика, 1998.
6. Назиров Ф.Г., Гадаев А. Общая врачебная практика. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
7. Наумов Л.Б., Гаевский Ю.Г., Бессонов А.М., Меркушев В.В. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. Диагностические и тактические алгоритмы (программированное руководство) Т.: Медицина, 1979.
8. Нобел Дж. Общая врачебная практика по Джону Нобелю. М.: Издательский дом Практика, 2005.
9. Фаучи Э. и др. Под ред. Внутренние болезни по Тинсли Р.Хар рисону. В 2 томах. Перевод с английского. Москва: «Практика», 2002.
10. Шевченко Ю.Л., Денисов И.Н., Кулаков В.И. и др. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Перевод с английского. Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2002.

11. Яхонтова О. И., Рутгайзер Я.Н., Валенкивич Л.Н. Дифференциальный диагноз основных синдромов заболеваний внутренних органов. Изд. «Деан» 2002. Санкт-Петербург.

12. Health care in Central Asia. Edited by Martin McKee, Judith Healy and Jane Falkingham, WHO, 2002.

13. W.G.W.Воегта и D.M.Fleming. Роль общей врачебной практики в первичной медико-санитарной помощи. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. Копенгаген, 2001.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛАР

Ҳаракат қилмаган инсонга Парвардигор ҳам ёрдам бермайди.

Софокл

Артериал гипертензия (АГ) барча ихтисосликдаги врачларнинг амалий фаолиятида тез-тез учрайдиган синдром ҳисобланади. Кейинги маълумотларга кўра, жаҳонда 20 ёшдан ошган аҳолининг 27% га яқинида АГ кузатилади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) экспертлари хулосаларига кўра, 2025 йилга келиб бу кўрсаткич 29% ни ташкил этиб, беморлар сони 1млрд. 56 млн. га етади.

Ўзбекистонда қон босими (ҚБ) ошиши барча аҳолининг 13-15% да, 40-59 ёшдагиларда эса 26,6% ҳолларда қайд этилган. 20-60 ёшдаги шахар аҳолисининг 11,3% эркакларида ва 16,6% аёлларида ҚБ кўтарилиши аниқланган. Қишлоқ жойларида бу кўрсаткичлар 12,6% ва 14,7% ни ташкил этади. Кафедрамиз ходимлари томонидан Тошкент шаҳрида туғиш ёшидаги аёлларда ўтказилган мақсадли текширув уларнинг 6,4% ида юмшоқ ва ўртача, 4,8% ида эса меъёр даражасидан кўтарилган АГ борлигини кўрсатди. Улардан фақат 54% ўзларида ҚБ ошиб туришини билганлар. Шуниси ташвишлики, ушбу беморлардан атиги 11,5% мунтазам, 38,7% вақти-вақти билан гипотензив дори воситаларини қабул қилган, 49,8% эса умуман даволанмаган. Бошқа муаллифларнинг маълумотлари сўнгги кўрсаткичлар янада юқори эканлигини кўрсатади.

Кейинги йилларда АГ эпидемиологияси, патогенезидан тортиб, янги ва кенг таъсир доирасига эга бўлган дори воситаларини ишлаб чиқишга қадар бўлган муаммолар чуқур ўрганилмоқда. ҚБ кўтарилишининг патогенези, классификацияси ва унинг турли шакллари даволаш чоралари тўғрисидаги эски тушунчалар тафтиш қилиниб, бунинг натижасида у ёки бу долзарб муаммолар тўғрисида янги фикрлар пайдо бўлмоқда. Бу ҳол умумий амалиёт врачидан (УАВ) кенг тарқалган ушбу синдром тўғрисида чуқур ва замонавий билимларга эга бўлишни тақозо этади. АГ синдроми деганда ҚБ нинг барқарор ошиши билан кечадиган барча патологик ҳолатлар назарда тутилади. Симптоматик артериал гипертензияда (САГ) ҚБ кўтарилиши кўпгина касалликларнинг асосий белгиларидан бири бўлса, гипертония касаллигида (ГК) эса аксарият ҳолларда касалликнинг ягона клиник белгиси сифатида намоён бўлади. Бемор оилавий поликлинаика (ОП) ёки қишлоқ врачлик пунктига (ҚВП) мурожаат қилганда ҳамда аҳоли тиббий кўриқдан ўтказилаётганда, санатория-курорт карталари тўлдирилаётганда ва бошқа қатор ҳолларда УАВ томонидан биринчи марта беморнинг ҚБ ошганлиги аниқланади.

АГ мавжудлигини тасдиқловчи асосий мезон ҚБ ни тегишли ёшга нисбатан кўтарилиши ҳисобланиб, унинг 18 ёшдан катта бўлган беморлар учун кўрсаткичлари қуйидагича:

- систолик АД >140 мм. симоб устуни;
- диастолик > 90 мм. симоб устуни.

ҚБ тинч ҳолатда, бемор 5 дақиқа дам олгандан (агар ундан олдин жисмоний ёки рухий зўриқиш ҳолатлари кузатилган бўлса 15-30 дақиқадан) сўнг ўлчанади. Ўлчаш вақтида бемор ўзига қулай ҳолатда, қўлларини стол устига чўзиб ўтирган ёки тўшакда ётган бўлиши лозим. Танометр манжети елка олди соҳасига, яъни тирсак бўғимидан 2 см. юқорига ўралиб, юрак сатҳига тўғри келиши керак. ҚБни ўлчашдан олдин текширилаётган киши 1 соат давомида аччик чой, қаҳва ичмаслиги, 30 дақиқа давомида сигарет ва носвой чекмаслиги, шунингдек, симпатомиметик воситалар ҳам (шу жумладан, бурун ичига ва кўзга томизиладиган) қабул қилмасликлари зарур. Босимни ўлчашдан олдин манометр стрелкаси 0 да туриши ва энг камида 1-2 дақиқалик танаффус билан 2 марта ўлчаниши лозим. Мабодо кўрсаткичлар бир-биридан катта фарқ қилса, ҚБ 3 ва 4 маротаба ўлчанади. АГ га чалинган бемор биринчи марта УАВ га мурожаат қилганда босимни ҳар иккала қўлда, агар бемор ёши 30 дан кичик бўлса оёқларида ҳам ўлчаш зарур. Оёқларда босимни ўлчаш учун танометрнинг кенг манжеткаси тизза бўғимидан юқорига ўралади ва фонейдоскоп тизза ости чуқурчасига қўйиб, тонлар аниқланади. ҚБ кўрсаткичларига турли омиллар (бемор ҳолати, ҚБ ўлчанган шароит, атроф-мухит, об-ҳаво ва бошқалар) таъсир қилишини инобатга олган ҳолда, АГ аниқланган бемор босими юқори кўрсаткичларда бўлса, ҳафта давомида бир неча марта, юмшоқ ва меъёр даражасида кўтарилганда эса 3-6 ой давомида кузатиш мақсадга мувофиқдир.

Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғинида ишлаётган врачлар беморда юқори ҚБ аниқланган барча ҳолатларда САГ бўлиши эхтимоли ҳақида ўйлашлари лозим. Чунки беморларни зарур тегишли лаборатория ва асбобий текширувларга юбориш ҳамда муваффақиятли даволаш унинг ўз вақтида аниқланиши билан узвий боғлиқдир.

ҚБ кўрсаткичлари юракни кон отиб бериши ва умумий периферик кон томирлар қаршилиги ўртасидаги ўзаро нисбат билан белгиланади. Унда кўп сонли ўзаро узвий боғланган прессор ва депрессор ҳамда қатор бошқа омиллар (олий нерв марказлари, эндокрин аъзолар, юрак, буйрақлар, артерияларнинг тузилишидаги ўзгаришлар, ҳажм кўрсаткичлари ва қоннинг реологик хоссалари ва бошқалар) катнашади. АГ га ташхис қўйишда ва уни даволаш мезонларини танлашда УАВ касаллиқнинг мавжуд турли хил классификациялари тўғрисидаги маълумотларга эга бўлиши лозим. Уларнинг турли муаллифлар томонидан таклиф этилганлиги ва ҳар хил талқин қилиниши АГ босқичлари, оғир-енгиллик даражаси ҳамда кечишини аниқлашда қатор мураккабликларни вужудга келтиради ва монанд даво чораларини танлашни ҳамда статистик ҳисоботларни қийинлаштиради. Ҳозирги вақтда учта йўналишда: ҚБ даражаси, мўлжал аъзоларнинг зарарланиши ва касаллик этиологияси бўйича тузилган классификациялардан фойдаланиш тавсия этилади. Улар 1-3 жадвалларда келтирилган.

**Қон босими даражасига кўра артериал гипертензиянинг
классификацияси (ESH/ESC, 2007)**

Қон босими кўрсаткичи	ҚБ, мм.сим.уст.	
	СКБ	ДҚБ
Оптималь	< 120	< 80
Меъёрида	120-129	80-84
Юқори меъёрда	130-139	85-89
АГ I даража	140-159	90-99
АГ II даража	160-179	100-109
АГ III даража	≥180	≥110
Яккаланган систолик АГ	≥ 140	< 90

Изох: агар систолик ва диастолик ҚБ кўрсаткичлари турли тоифаларда бўлса, уни баҳолашда юқори кўрсаткичга асосланилади. Масалан: ҚБ = 140/100 мм.сим.уст. да бўлса, АГ II даража ҳисобланади.

**Гипертония касаллигининг нишон аъзолар зарарланиши
даражасига кўра классификацияси (ЖССТ 1996)**

I боскич	Нишон аъзолар зарарланиши белгилари йўқ.
II боскич	<p>Нишон аъзолар зарарланган аммо уларнинг функционал ҳолати бузилмаган:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>юрак</i> - чап қоринча гипертрофияси белгилари (рентгенография, ЭКГ–Соколов-Лайон индекси 38 мм.дан юқори, ЭхоКГ– чап қоринча миокарди оғирлик индекси эркаларда > 125 г/м², аёлларда > 110 г/м²) • <i>кўз</i> - унинг туби артерияларини тарқалган ёки чегараланган тораиши • <i>буйрак</i>-микроальбуминурия (қунига 30-300 мг.гача, протейнурия ва/ёки қонда креатинин микдорининг бир оз ошиши (эркаларда 115-133 мкмоль/л, аёлларда 107-124 мкмоль/л)) • <i>қон томирлар</i> - атеросклеротик пилакча борлиги тўғрисида ультратовуш ёки радиологик маълумотлар (аорта, уйқу, ёнбош ёки сон артериялари) ҳамда бўйин томирларининг қалинлашиши
III боскич	<p>Нишон аъзолар зарарланган ҳамда уларнинг функционал ҳолати бузилган:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>юрак</i> - стенокардия, миокард инфаркти, юрак стишмовчилиги • <i>бош мия</i> - қон айланишининг ўткир ва ўтиб кетувчи бузилишлари, энцефалопатия, томир деменциялари

<ul style="list-style-type: none"> • буйраклар - плазмада креатетин миқдори 177 мкмоль/л. дан юқори, • буйрак этишмовчилиги (коптокчалар филтрацияси < 60 мл бир дақиқада) • кўз туби - геморрагия, кўрув нерви сўргичи шиши ёки шишсиз экссудация ҳамда атрофия • қон томирлар - қаватланувчи аорта аневризмаси, клиник кўринишлар билан кечувчи артерияларнинг окклюзион зарарланиши

3-жадвал

Артериал гипертониянинг этиологик сабаблари бўйича классификацияси

<p>А. Гипертония касаллиги (90-95%) Б. Симптоматик гипертония (5-10%) Сабаблари:</p> <p>1. Буйрак касалликлари: - Буйракнинг паренхиматоз касалликлари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ўткир гломерулонефритлар • сурункали гломерулонефритлар • сурункали пиелонефрит • обструктив нефропатиялар • буйрак поликистози - Буйракнинг бириктирувчи тўқимаси касалликлари: • диабетик нефропатия • гидронефроз • буйрак туғма гипоплазияси • буйрак шикастланишлари • реноваскуляр гипертония • ренин ишлаб чиқарувчи ўсмалар <ul style="list-style-type: none"> - Тузнинг бирламчи тутилиши (Лиддл, Гордон синдромлари) - Турли сабаблар натижасида келиб чиққан сурункали буйрак этишмовчилиги <p>2. Эндокрин касалликлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • акромегалия; гипотиреоз • гиперкальцисмия, гипертиреоз <p>Буйрак усти бези касалликлари: А. Буйрак қобиғи зарарланиши (I) Кушинг синдроми (II) Бирламчи альдостеронизм (III) Буйрак усти безларининг туғма гипертрофияси</p>	<p>Респиратор ацидоз Б. Буйрак мия қавати зарарланиш-лари: феохромоцитоматоз буйрак безларидан ташқарида жойлашган хромофил хужайралар ўсмаси хавфли ўсма</p> <p>3. Аорта каорктацияси ва аортитлар 4. Ҳомилдорлик асоратлари 5. Неврологик касалликлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бош мия ичи босими ошиши • бош мия ўсмалари • энцефалитлар • уйку вақтидаги апоноэ • оёқ-қўлларнинг ялли фалажи • ўткир порфирия • кўргошидан захарланиш • Гейсен-Барре синдроми <p>6. Дорилар ёки экзоген моддалар таъсирида кузатиладиган артериал гипертония:</p> <ul style="list-style-type: none"> • контрацептив гармонал воситалар • кортикостероидлар • симпатомиметиклар • кокаин • тиамин ёки моноаминоок-сидаза ингибиторларини сакловчи озик-овкат маҳсулотлари • Ностероид яллигланишга қарши дори воситалари: <ul style="list-style-type: none"> • циклоспорин • эритропозитин <p>7. Хирургик асоратлар -операциядан кейинги гипертония</p>
---	--

АГ ning оғир-енгиллиги, белгилари ва асоратларининг ривожланиш даражасига кўра юқорида қайд этилмаган яхши сифатли (секин-аста ривожланиб боровчи) ва ёмон сифатли шакллари ҳам фарқланади. Шунингдек, “склеротик гипертония” деган (1-жадвал) тушунча ҳам мавжуд бўлиб, бунда систолик ҚБ >140 ва ундан юқори, диастолик эса 90 мм.сим. устунда ва ундан паст кўрсаткичларда бўлади.

Ўтказилган тадқиқотлар АГ шаклланишида бир қатор омилларнинг аҳамиятга эга эканлигини кўрсатмоқда. Шу сабабли УАВ беморларининг ҳаёт ва касаллик тарихини ўрганганда Европа кардиология ва Европа гипертония жамиятларининг экспертлари тавсияларига (2007) ҳамда минтакамиз хусусиятларини инобатга олган ҳолда ГК ривожланишида муҳим аҳамиятга эга бўлган қуйидаги хавф омилларига алоҳида эътибор қаратишлари лозим:

- ▶ систолик ва диастолик ҚБ кўрсаткичлари;
- ▶ пульс босими кўрсаткичлари (қарияларда);
- ▶ бемор ёши (аёллар 65 ёшдан, эркеклар 55 ёшдан катта);
- ▶ чекиш;
- ▶ дислипидемия (умумий холестерин 5 ммоль/л. дан юқори, паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП) > 3 ммоль/л, юқори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП) < 1 ммоль/л, триглицеридлар 1,7 ммоль/л. дан кўп);

- ▶ беморда ва унинг ота-онасида қандли диабет (ҚД) касаллигининг борлиги (конда глюкоза миқдорининг 5,6–6,9 ммоль/л. дан кўп бўлиши, глюкозага толерантлик синамасининг мусбатлиги);

- ▶ АГ ва бошқа юрак қон-томир касалликларига наслий мойиллик;
- ▶ семизлик (бел айланасининг эркекларда 102 см, аёлларда 88 см. дан ортик бўлиши);

- ▶ атроф-мухит таъсири;
- ▶ овқатланиш хусусиятлари;
- ▶ жисмоний фаоллик даражаси;
- ▶ шахсий хусусиятлари;
- ▶ касби;
- ▶ ижтимоий аҳволи.

Юқоридагилар орасида муҳим аҳамиятга эга бўлганларидан бири наслий мойилликдир. Чунончи, ота-оналаридан бирида АГ мавжуд бўлса, ушбу хасталикнинг келажакда болада пайдо бўлиш эҳтимоли 25%, иккаласи ҳам касал бўлган ҳолда эса бу кўрсаткич 50% гача етади. АГга чалинган беморларда Европа кардиология ва Европа гипертония жамиятларининг экспертлари томонидан тавсия этилган (2007) юрак қон-томир касалликлари ривожланишида хавф омиллари даражаси 4-жадвалда келтирилган. Ушбу жадвал ёрдамида беморда яқин 10 йил ичида кузатилиши мумкин бўлган ўлимга олиб келувчи ёки олиб келмайдиган асоратларни башорат (прогноз) қилиш мумкин. Хавф омиллари тўртта даражага бўлинган бўлиб, (паст кўшимча, ўртача кўшимча, юқори кўшимча ва ўта юқори кўшимча) улар

ошган сари АГ билан касалланган беморларда ёмон оқибатларга олиб келувчи асоратлар кўпроқ учрайди. Тегишли равишда паст, ўртача, юқори ва ўта юқори кўшимча хавф омиллари мавжуд бўлган беморлар доимо УАВ назоратида бўлишлари ва эҳтиёж туғилганда шифохонада даволанишга ҳамда кардиолог маслаҳатига юборилишлари лозим. УАВ беморда АБ нинг ошганлигини ишончли далиллар билан тасдиқлагандан сўнг қандай тамойилга амал қилиши лозим деган савол туғилади. Мантиқ жиҳатдан энг маъқули САГ ни имкон борича тезроқ истисно қилишдир. Бунни кўп сонли лаборатория асбобий текширишларни талаб этмайдиган, хос клиник белгиларни аниқлаш, бунни иложи бўлмаган тақдирда эса (кўпинча шундай бўлиб чиқади) киёсий ташхислаш йўли билан амалга ошириш лозим. Демак, "ГК" ташхиси симптоматик АГ ни истисно қилиш йўли билан тасдиқланади.

4-жадвал

Артериал гипертензияга чалинган беморларда касаллик кечиши прогнозини аниқлаш хавф стратификацияси

Бошқа хавф омиллари, нишон аъзоларнинг зарарланиши ва ассоцияланган клиник ҳолатлар	Меъёридаги ҚБ Систолик 120-129 Диастолик 80-84	Юқори меъёридаги ҚБ Систолик 130-139 Диастолик 85-89	АГ (юмшоқ) 1 даража Систолик 140-159 Диастолик 90-99	АГ (ўртача) 2 даража Систолик 160-179 Диастолик 100-109	АГ (оғир) 3 даража Систолик > 180 Диастолик > 110
Хавф омиллари йўқ	Одатдаги хавф	Одатдаги хавф	Паст кўшимча хавф	Ўртача кўшимча хавф	Юқори кўшимча хавф
1-2 хавф омили	Паст кўшимча хавф	Паст кўшимча хавф	Ўртача кўшимча хавф	Ўртача кўшимча хавф	Ўта юқори кўшимча хавф
3та хавф омили ва метаболик синдром ёки нишон аъзоларнинг зарарланиши ёхуд ҚД	Ўртача кўшимча хавф	Юқори кўшимча хавф	Юқори кўшимча хавф	Юқори кўшимча хавф	Ўта юқори кўшимча хавф
Ассоцияланган клиник ҳолатлар *	Ўта юқори кўшимча хавф	Ўта юқори кўшимча хавф	Ўта юқори кўшимча хавф	Ўта юқори кўшимча хавф	Ўта юқори кўшимча хавф

*Ассоцияланган клиник ҳолатлар деганда беморда бош мия ва қон-томир (мияга қон қуйилиши, ишемик инсульт, транзитор ишемик

хуруж), юрак (МИ, стенокардия, коронар реваскуляризация, СЮЕ), буйрак (диабетик нефропатия, буйрак этишмовчилиги), периферик томир касалликлари (аортанинг қаватланувчи аневризмаси, периферик артерияларнинг шикастланиш белгилари) ва оғир ретинопатиялар (кўз тубида қон қуйилиши ёки экссудатлар, кўрув нерви сўргичи шиши) тушунилади.

Гипертония касаллиги

ГК кўпчилик беморларда секинлик билан белгиларсиз бошланади ва аксарият ҳолларда биринчи марта АБ ўлчанганда, ОП ёки ҚВП профилактик текшириш пайтида ёки санатория-курорт қаргалари тўлдириляётганда тасодифан аниқланади. АГнинг бу шакли асосида томирларни бошқарувчи асаб марказларининг бирламчи деструкцияси (невроз) сабаб бўлиб, кейинроқ бунга АБ ни бошқаришда қатнашадиган нейрогормонал ва буйрак механизмларининг қўшилиши ётади. Касалликнинг бошланғич давларида юқоридаги ўзгаришлар функционал хусусиятга эга бўлиб, у авж олиб борган сари буйраклар, юрак, марказий асаб тизими ва бошқа аъзоларнинг органик зарарланишлари қўшилади. Шунинг учун УАВ ГКда зарарланиши мумкин бўлган мўлжал-аъзолар ҳолатини албатта синчиклаб ўрганиши керак. Чунки улардаги мавжуд ўзгаришлар даражасига қараб касалликнинг қайси босқичдалиги ҳамда унинг оқибати тўғрисида хулоса чиқариш мумкин бўлади.

Мўлжал-аъзоларнинг зарарланганлигидан далолат берувчи белгилар куйидагилардир:

- мия – кўзлар ва бош оғриши, бош айланиши, кўриш бузилиши, транзитор ишемик хуруж, сезги ва ҳаракат бузилишлари;
- юрак-юрак ритмининг бузилиши, кўкрак қафасида оғриқлар, нафас қисиши;
- буйраклар-ташналик, полиурия, никтурия, протеинурия, гематурия;
- периферик артериялар-оёқ ва қўлларнинг совуқ қотиши, алмашинадиган оқсоқлик.

Клиник манзараси: касалликнинг клиник кўриниши - АБ даражасига боғлиқ бўлиб, беморларнинг тахминан 50% да шикаятлар бўлмаслиги мумкин. Қолган қисмида эса бош оғриши ва айланиши, қулоқ шаңғиллаши, юрак соҳасидаги оғриқ, турли ритм бузилишлари, тез чарчаш, иш қобилияти пасайиши, уйку бузилиши, хотира сусайиши, метеопатик ўзгаришларга сезувчанлик каби белгилар ёки уларнинг айримлари кузатилади. Бош оғриқлари тунда ёки эрталаб уйғонгандан сўнг пайдо бўлиб, соатлаб давом этиши мумкин. Кўздан кечирганда тери қоплами қизарган ёки оқарганлиги, уйқи артериялари пульсацияси кузатилади, юқори ва тез пульс аниқланади. Юрак чўкки турткиси таркок, кучайган, пастга ва чапга силжиган. Перкуссияда нисбий ва мутлак тўмтоқлик чегараларининг чапга

кенгайиши қайд этилади. Аускультацияда чап қоринча гипертрофияси кучайиб борган сари юрак чўққисида биринчи тон жарангдорлиги камаяди. Беморларнинг тахминан 1/3 қисмида қоринча ичидаги босимнинг ошиши натижасида IV (бўлмача) ва III (қоринча) тонлар, 2/3 қисмида эса тўшдан ўнг томонда иккинчи қовурга оралиғи ва юрак чўққисида систолик шовқин ҳамда аорта устида II тон акценти эшитилади.

Касалликнинг II ва III босқичларида электрокардиограммада (ЭКГ) чап қоринча гипертрофияси ва гипертензиянинг кардиал асоратлари учун хос ўзгаришлар кузатилади. II босқичдан бошлаб, ЭхоКГ да миокард чап қоринчаси оғирлигининг ошиш белгилари, концентрик (чап қоринча девори ва қоринчалараро тўсиқ қалинлашиши) ва ассиметрик (қоринчалараро тўсиқ қалинлашиши) турлардаги гипертрофиялар билан бирга аниқланади. Рентген ёрдамида текширилганда чап қоринча гипертрофияси ва аорта атеросклерози белгилари қайд этилади.

ГК чалинган беморларнинг 50% кардиал асоратлар, 30% бош миёда қон айланиши бузилишлари ва 5% буйрак стишмовчилиги натижасида ҳаётдан кўз юмадилар. Касаллик клиник кечишининг яна бир муҳим хусусияти, гипертоник кризларнинг кузатилишидир. САГ ли беморларда кризлар камроқ ва АБ бирмунча юқори бўлганда учрайди. Айниқса, катта ёшдаги беморларда гипертоник кризлар АБ нинг бундан олдинги сезиларли ошиш даври бўлмагани ҳолда баъзан унинг дастлабки белгиларидан бири сифатида намоён бўлиши мумкин.

Хавфли артериал гипертензия синдроми. ЖССТ тавсиясига мувофиқ, морфологик жиҳатдан фибриноз ўзгаришли некрозловчи артерит, клиник томондан эса юқори АБ, бош миёга қон қуйилишлари, аксарият ҳолларда кўрув нерви шиши ва авж олиб борувчи уремия билан кечадиган ҳолат хавфли артериал гипертензия синдроми (ХАГС) деб аталади. Доимий бош оғриғи (кўпинча энса соҳасида) ва кўришнинг тез ёмонлашиши ХАГС ривожланишидан дарак беради. Касаллик ривожланишининг дастлабки кунлариданок беморларда қайт қилиш, бош айланиш, баъзан талваса хуружлари, безовталик, уйқучанлик каби гипертоник энцефалопатия белгилари кузатилиши мумкин. Чап қоринча етишмовчилиги натижасида эса тунги бўғилиш хуружлари, қон тупириш, ўпка шиши ва бошқа асоратлар кўшилади. Беморнинг ранги оқарган, ҚБ 240/130- 300/170 мм.сим.уст. даражасида сақланиб туради. Одатда гипотензив воситалар кам самара беради. ХАГС бошқа АГ фарқлайдиган белгилар ҳамда уни ташхислаш мезонлари куйидагилардан иборат: ҚБ 230/120 мм.сим.уст. дан юқори бўлиши; III -IV даражадаги ретинопатия (кўрув нерви дискининг шиши ва геморрагиялар); бемор умумий ҳолатининг тез ёмонлашуви, миё, юрак ва буйрак артерияларида органик ўзгаришларнинг жадал ривожланиши; кўп ҳолларда томирлар ички девори шиши билан артериолаларнинг фибриноид некрози.

Шунингдек, қонда нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши, тромбоцитопения, ўртача оғирликдаги анемия кузатилади ва гемолиз

белгилари пайдо бўлади. Кўп ҳолларда фибриноид артериолонекроз ва буйрак бўлақлараро артерияларининг мукоид шиши кузатилиши сабабли сўнгги аъзода қон айланиши бузилади ва унинг концентрация қобиляти пасаяди. Бу эса тез орада сийдик синдроми ва авж олиб борувчи буйрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келади. Сийдик таҳлилида протеинурия, гематурия, цилиндруря, изостенурия, қонда эса қолдик азот, креатинин ва индикан миқдорининг ошиши аниқланади. Мия ва кўз тўрсимон пардасининг шиши кучайиб, авж олиб борувчи гипертензив ангиопатия билан бирга кечади. Қон томирларидаги чуқур ўзгаришлар ҳаётини муҳим аъзоларнинг қон билан таъминланишини оғир бузилишларига олиб келиши сабабли беморларда касалликнинг тўсатдан барқарорлашиш ҳолати деярли кузатилмайди. ХАГС эркакларда аёлларга нисбатан бирмунча кўпроқ (7/1) учрайди. Бундай беморларни касаллик сабабини аниқлаш ва даволаш учун шошилиш равишда шифохонага ётқизиш лозим. Синчиклаб текширилгандан кейин кўп ҳолларда гипертониянинг бу тури реноваскуляр, ренал ва бошқа симптоматик гипертензиялар гуруҳига мансублиги аниқланади.

Симптоматик артериал гипертензиялар

Қон босимини буйрак, юрак қон-томир, эндокрин, марказий асаб тизимининг касалликлари ва қатор бошқа ҳолатлардаги органик жараёнлар ёки нуқсонлар сабабли кўтарилиши иккиламчи, яъни САГ дейилади. Қатор касалликларнинг етакчи белгиларидан бири бўлган бу симптом, нафақат аъзолардаги маҳаллий қон айланишига, балки ГК даги каби гемодинамика тизимига ҳам салбий таъсир кўрсатиб, ёмон оқибатларга олиб келади. САГ нинг асосий хусусияти, АБ кўтарилиши маълум бир патологик ҳолатнинг клиник белгиси бўлиб, кўпинча радикал даволашдан сўнг ўз меъёрига қайтади. 1992 йилда ЖССТ экспертлари томонидан тавсия этилган САГ пайдо бўлишининг асосий этиологик сабаблари юқоридаги 3-жадвалда келтирилган. САГ борлигини тахмин қилишга асос бўладиган қатор белгилар мавжуд бўлиб, уларнинг асосийлари қуйидагилардир:

- бемор ёшининг 40 гача бўлиши;
- гипотензив воситаларни кам самара бериши;
- хавфли ёки авж олиб бориш хусусиятига эга бўлган АГ мавжудлиги;
- АБ юқори бўлса-да шикоятларнинг камлиги;
- асосан диастолик қон босимининг ошиши.
- Хавотирли анамнез:
- нефропатия, цистит, шишлар, буйрак соҳасидаги санчувчи оғриқлар;
- “Дастурдан” ташқари бузилишлар:
- мушаклар қувватсизлиги, томир аускультациясида шовқинларнинг аниқланиши, АБ вақти-вақти билан кескин ошиши;
- айрим дори воситаларига пародоксал реакциялар.

Юкоридаги белгилар ёки уларнинг айримлари мавжуд бўлиши ОП ёки ҚВП шароитида САГ борлигига шубҳа қилишга асос бўлса-да,

ҚБ кўтарилган беморга ташхис қўйишда УАВ унинг ҳар бир кўринишига хос бўлган асосий белгиларни билиши ва улардан фойдаланган ҳолда қиёсий ташхис ўтказиши лозим. АГ симптоматик характерда эканлигини тасдиқлаш учун одатда мақсадга йўналтирилган ҳолда синчиклаб текшириш олиб борилади. Қуйида айрим амалиётда кўп учрайдиган САГ билан кечувчи касалликларнинг асосий клиник белгилари келтирилган.

Буйракнинг паренхиматоз касалликларидаги артериал гипертензия-анамнезда пиелонефрит, гломерулонефрит, хомиладорлар нефропатияси;

– буйрак-тош ва унинг бошқа паренхиматоз касалликларининг мавжудлиги;

– сийдик чўкмасидаги хос ўзгаришлар ва буйракнинг бирламчи касалликлари мавжудлигини тасдиқловчи асбобий ва морфологик текшириш натижалари;

– буйрак касалликларида қўлланиладиган махсус даво чораларининг самара бериши.

САГ нинг кўп учрайдиган асосий сабабларидан бири *сурункали гломерулонефрит* (СГН) ҳисобланади. АГ синдроми касалликнинг бошланғич давларида ёки биринчи йилларида кузатилиб, кейинроқ сурункали буйрак етишмовчилигига (СБЕ) олиб келувчи сабаблардан бири ҳисобланади. Беморда ҚБ кўтарилиши билан бир қаторда юзда, баъзан эса бутун танада юмшоқ шишларни пайдо бўлиши, сийдик чўкмасида кунда 0,5 г дан юқори протеинурия, гематурия, цилиндрурия кузатилади. Қон таҳлилида ЭЧТ ошиши, анемия белгилари, гипопро테인емия, диспротеинемия, гиперлипидемия аниқланади. УАВ беморда СГН га шубҳа қилганда бирламчи ташхисни аниқлаш учун уни нефрологга юбориши лозим. Шу ўринда ташхисни тасдиқлаш учун Земницкий, Ничипоренко синамалари, УТТ, рентген, иммун текширишлар билан бир қаторда буйрак биопсияси ҳал қилувчи аҳамиятга эга эканлигини унутмаслик керак.

Шунингдек, *сурункали пиелонефрит* (СПН) ҳам ҚБ кўтарилиши билан кечиши мумкин. Бундай беморларда бел соҳасида гўмтоқ оғриқ, оғирлик ҳисси, қалтираш билан кечувчи тана ҳароратининг кўтарилиши, дизурик ўзгаришлар, бош оғриши, сийдик таҳлилида кунига 1 г гача бўлган протеинурия, лейкоцитурия, чин бактериурия (кўрув майдонида 100000 тадан кўп), кон таҳлилида эса ЭЧТ нинг ошиши, лейкоцитоз кузатилади. УТТ ёрдамида иккиламчи СПН олиб келадиган буйрак аномалиялари, тош, нефроптоз, гидронефроз, простата бези аденомаси ёки простатит аниқланиши мумкин.

Диабетик нефропатия

ҚД ҳар икки шаклида ҳам ҚБ нинг кўтарилиши негизида асосий касаллик таъсирида буйракларни шикастланиши ётади. Аксарият ҳолларда унинг ривожланиш механизмида ренин-ангиотензин–альдостерон (РАА)

тизимининг фаоллашуви ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Беморларда ҚД ва АГ хос бўлган клиник белгилар билан бир қаторда шиш, полинейропатия, ангиопатия, протеинурия, цилиндрурия, коптокчалар фильтрациясини (КФ) камайиши ҳамда қонда креатинин миқдори ошиши кузатилади.

Буйрак артерияси стенози

Буйрак артерияси ёшларда туғма, кексаларда эса атеросклероз туфайли зарарланади ва қуйидаги белгилар билан кечади:

- тана ҳароратининг кўтарилиши;
- қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, гипергаммаглобулинемия;
- ҚБ ошишини хавfli кечиши;
- асосан диастолик босим ҳисобига АБ барқарор ошиши;
- буйрак артерияси устида систолик баъзан унинг диастолик шовқин билан бирга эшитилиши;
- ангиографияда зарарланган соҳада “мунчоқ тизими”га ўхшаш, фибробластик стеноз ва аневризматик кенгайишларнинг аниқланиши;
- буйраклардан бири ўлчамининг кичиклашиши;
- дорилар билан даволашда самара бўлмаслиги;
- бошқа соҳа артерияларининг ҳам зарарланиши;
- сийдикда ўзгаришлар аниқланмаслиги (баъзан кам миқдорда протеинурия, гипостенурия кузатилиши мумкин).

Аорта коарктацияси

- Аксарият ҳолларда аортанинг пастга тушиш қисмининг туғма торайишида (эрта жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган ҳолларда) ҚБ кўтарилиши билан бир қаторда қуйидаги белгилар кузатилади:
- бемор ёшининг аксарият ҳолларда 18-30 оралиғида бўлиши;
- тана юқори қисмини жисмонан яхши ривожланган ва пастки қисми гипотрофия ҳолатда бўлиши;
- қўлларда оёқларга нисбатан ҚБ юқорилигининг қайд этилиши;
- юрак соҳасида маркази чап томонда II-III коворға оралиғида бўлган ва курак оралиғига узатилувчи систолик шовқин;
- сон артериялариде томир уришининг сусайиши.

Бирламчи альдостеронизм (Жонн синдроми)

- Касаллик негизиде буйрак усти беzi пўстлок қисми аденомаси ёки уларнинг гиперплазияси натижасида кўп миқдорда альдостерон ишлаб чиқарилиши ётади ва қуйидаги белгилар билан намоён бўлади:
- мушаклар қувватсизлиги, асаб-мушак тизимидаги ўзгаришлар (парестезиялар), талваса ҳолатига тушишга мойиллик (ўтиб кетувчи пара ва тетраплегиялар);
- гипернатриемия, гипокальциемия, алкалоз, гипокалиемия;
- полиурия, полидипсия, никтурия;
- қон зардобиде ва сийдикда альдостерон миқдорининг ошиши (қон зардобиде 100 мг/мл гача, бир кунлик сийдик таркибиде эса 150 мг гача);

- сийдикнинг ишқорий реакцияси;
- плазмада ренин миқдорининг пасайиши;
- глюкозага чидамликнинг камайиши;
- юқори ҚБ ни асосан верашпирон таъсирида яхши пасайиши;
- асбобий текширувлар ёрдамида буйрак усти безлари ўсмасини аниқланиши.

Бирламчи феохромоцитома

Симпатик асаб тизими хромофин хужайраларида юзага келган ўсма касаллигида кўп миқдорда катехоламинлар (адреналин, норадреналин, дофамин) ишлаб чиқарилиши натижасида айрим клиник белгилар билан бир қаторда ҚБ нинг кескин кўтарилиши кузатилади. Бу ўсмалар 90% ҳолларда буйрак усти безининг мия қисмида жойлашади.

Хуруж вақтида:

- вегетатив асаб тизими таъсирланиш белгилари (кўзгалиш, титрок, тана ҳароратининг кўтарилиши) билан бирга кечувчи транзитор АГ;
- гипертоник кризлар;
- лўқилловчи бош оғриғи;
- кўп терлаш, юзнинг қизариб кетиши;
- юрак уриб кетиши;
- тери қопламларининг оқариши;
- кўкрак қафасида ва томоқда босиб турувчи оғриқ ҳисси (баъзан стенокардияга хос хуружлар);
- тана вазнининг камайиши ва диарея.

Хуруждан кейин:

- қон ва сийдикда катехоламинлар ва уларнинг метаболити - ванилилбодом кислотасининг юқори даражада бўлиши (сийдик одатда хуруждан кейинги кунларда текширилиши лозим);
- УТТ, компьютерли томография (КТ) ёрдамида буйрак усти безлари катталашганлигини аниқланиши.

Иценко-Кушинг синдроми

Ушбу синдром эркакларга нисбатан аёлларда 3-4 марта кўпроқ учраб, 80-90% ҳолларда хавфли АГ билан кечади. Беморларнинг 1/3 қисмида ушбу синдром буйрак усти бези пўстлоқ қисмининг бирламчи аденома (ёки карцинома) си билан боғлиқ. Баъзан эса узоқ муддат ГКС қабул қилган беморларда кузатилади.

Клиник белгилари:

- АГ, семириш ва гипергликемиянинг бир вақтда ривожланиши;
- оёқлар ингичка бўлган ҳолда кўкрак, бўйин ва қориннинг катталаниши;
- юзнинг қизил рангда ва ойсимон шаклда бўлиши;
- стероидли ҚД;
- коринда, сонларда ва елка камари соҳасида тўқ қизил-бинафша рангли хошиялар, яъни тери остига қон қуйилишларининг пайдо бўлиши;

– петехиялар, телеангиоэктазиялар (асосан билакларнинг ёзилувчи юзасида);

– жинсий фаолиятнинг бузилиши, аёлларда олиго ёки аменорея, эркаларда эса жинсий ожизлик ва гинекомастия;

– соч қоплами бузилишлари (соч тўкилиши, қўлтик, чов соҳасида уларнинг йўқолиши);

– терининг қуруқ ва хуснбузарли бўлиши;

– тирноқлар дистрофияси;

– меъда-ичак йўлининг ўткир яралари ва улардан кон кетишга мойилликнинг мавжудлиги;

– диффуз остеопароз, ”балиқ“ умуртқаси белгилари, паталогик синишлар;

– гиперкальцимия асосида нефролитиаз ривожланиши;

– қон таҳлилида эозинопения ва лимфопения бўлгани ҳолда эритроцитоз ($>6 \times 10^{12}/л$), тромбоцитоз, нейтрофилли лейкоцитоз, альдостеронемия, гипернатриемия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, триглицеридемия, метаболик алкалоз аниқланиши;

– альдостерон, 17- оксикортикостероид ва 17- кетостероидлар экскрециясининг ошиши.

Диффуз токсик зоб

Қалқонсимон безнинг аутоиммун касаллиги бўлиб, тиреоид гармонларнинг кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши билан юз беради ва аксарият ҳолларда 20-50 ёшдаги аёлларда учрайди. Тиреотоксикоз синдроми нафақат диффуз токсик зобда, шунингдек, тугунчали токсик зобда, қалқонсимон без тиреотоксик аденомасида ва ракида, тиреоидитларда, тиреоид гармонларни тартибсиз қабул қилганда кузатилади. Унинг асосий клиник белгилари қуйидагилар:

– бемор қўзғалувчан, жаҳилдор, тери қопламлари нам, гипердермографизм, қўл бармоқлари титраши;

– қалқонсимон безнинг тугунчали ёки диффуз катталаниши, экзофтальм;

– юрак тез уриши, ритм-бузилишлари (хилпилловчи аритмия), юрак соҳасида оғриқлар, ҳаво етишмаслик ҳисси;

– юрак чўққисида систолик шовкин, ҚБ асосан систолик кўрсаткич ҳисобига ошиши ҳамда юқори пульс босими;

– бемор иштаҳаси юқори бўлиши, тана вазнининг камайиши, мушак ҳолсизлиги, диарея, суякларда ва умуртқа поғонасида оғриқ.

Ҳомиладорлардаги АГ клиник белгилари ва оқибати турли-туманлиги сабабли уларни алоҳида гуруҳга ажратиш мақсадга мувофиқдир. Ҳомиладорлик даврида АБ ошиш механизмлари ҳозиргача аниқ маълум бўлмасида, улар шубҳасиз, мураккабдир. Кўп ҳолларда ҳомиладорлик охирида АБ нинг ўртача ошиши, протеинурия кузатилади ва туғруқнинг дастлабки ҳафталаридан сўнг меъёрига келади. ҚБ кўтарилишини ўтиб

кетувчи ёки кеч пайдо бўлувчи кўринишларида она ва ҳомила учун турли салбий оқибатлар деярли кузатилмайди.

Ҳомиланинг касалланиши ва баъзан ўлими, протеинурия (24 соат ичида 2 марта текширилган сийдик таркибида 300 мг дан кам бўлмаган) билан бирга ҚБ ўта юқори кўрсаткичларгача кўтарилиши презклампися деб аталади. Унинг энгил ва оғир шакллари фарқланади. Энгил презклампися АБ нинг бир оз ошиши (140-159/90-109) ва ўртача даражадаги протеинурия билан кечади. АГ, юқори протеинурия (бир кунда 5 граммдан кўп), бош мия, буйрак (креатинин микдори 2 мг/л дан юқори), жигар шикастланиши (гемолиз ёки тромбоцитопения $<100000 \text{ l mm}^3$ да) белгилари ҳамда ўпка шиши билан кечганда оғир презклампися тўғрисида ўйлаш лозим.

Шу ўринда айрим аёлларда ҳомиладорлик даврида аввал мавжуд бўлган СПН авжланиши ҳам ҚБ нинг кўтарилишига олиб келишини унутмаслик керак. Бундай ҳолларда ҚБ кўтарилиши билан бир қаторда юқорида санаб ўтилган СПН хос бўлган бошқа белгилар ҳам аникланади.

Қарияларда артериал гипертензия

Бузда кўпроқ систолик ҚБ кўтарилиши кузатилади ва қуйидаги белгилар билан намоён бўлади: бемор ёши 60 ва ундан юқори; аорта ва унинг асосий тармоқлари эластиклигининг пасайиши; систолик босимнинг алоҳида ёки номутаносиб ошиши; бемор қон босими кўтарилишини нисбатан яхши ўтказиши ва хавфсиз кечиши; систолик босимни >160 , диастоликни эса <90 мм. симоб устунигача бўлиши; аортада II тон акценти ва кураклар орасига узатилувчи дағал систолик шовкин.

Дори воситалар таъсири натижасида юзага келган артериал гипертензия

Айрим сурункали касалликларни (бронхиал астма, рематоид артрит, тизимли кизил ватчанка, склеродермия, дерматомиозит, гломерулонефрит ва бошқалар) даволашда узоқ вақт давомида ГКС кабул қилиш тавсия этилади. Ушбу гуруҳдаги дори воситаларнинг кўп учрайдиган ножўя таъсирларидан бири ҚБ ни кўтарилиши ҳисобланади. Шунингдек,, яллиғланишга қарши ностероид воситаларни (ЯҚНВ) кабул қилиш томирларни кенгайтирувчи простогландинлар синтезини сусайишига ва пировард натижада ҚБ ошишига сабаб бўлади. Бундай ҳолларда АГ ни олдини олиш ҳамда даволаш мақсадида беморларга ГКС ва ЯҚНВлар билан бир қаторда диуретиклар, β -адренблокаторлар (БАБ) ва ангиотензинни айланттирувчи фермент ингибиторлари (ААФИ) тавсия этилади. Узоқ муддат давомида контросептив воситаларни ичиб юрган аёлларда ҳам ҚБ кўтарилиши мумкинлигини УАВ ёдда тутиши лозим. Бундай аёлларга юқорида санаб ўтилган гипотензив воситалар билан бирга вераширон тавсия этилади.

Артериал гипертензия асоратлари

УАВга АГ билан оғриган беморлар аксарият ҳолларда гипертоник кризлар, ўткир чап қоринча етишмовчилиги (юрак астмаси хуружлари ва ўпка шиши), транзитор ишемик хуружлар (ТИХ) ривожланганда мурожаат қиладилар. Шунингдек, ГК юкоридагилардан ташқари МИ, мияга қон қуйилиши (инсульт), СБЕ каби оғир асоратлар билан кузатилади. Улар тўғрисида маълумот «кўкрак қафасидаги оғриқлар ва буйрак етишмовчилиги»га бағишланган маърузаларда ёритилган.

Гипертоник кризлар

ҚБнинг одатда тегишли шахс учун хос бўлган рақамларга нисбатан тўсатдан сезиларли ошиши бўлиб, мия (энцефалопатия), юрак (чап қоринча етишмовчилиги, стенокардия, аритмия) ва буйрак (сув-туз алмашинувининг бузилиши, протеинурия, гематурия, азотемия) зарарланиши белгилари билан кечади. Унинг ривожланиш шаклларида келиб чикиб монанд дорилар билан шошилиш даволаш лозим бўлади.

Юкорида таъкидлаб ўтилганидек, ҚБ ошиши гипертоник кризнинг асосий белгиси ҳисобланса ҳам, бироқ босим ошиш даражаси билан унинг оғир-енгиллиги ўртасида бевосита боғлиқлик аниқланмаган. Кризнинг клиник манзараси шаклланиши учун ҚБ ошишидан ташқари, мия ва юракда қон айланиши бузилиши ва гипоксия даражаси ҳамда бошқа кўплаб омиллар аҳамиятга эга.

Гипертоник кризни клиник-патогенетик ривожланишига қараб икки шакли (1 ва 2) ҳамда асоратланган ва асоратланмаган кечилари фарқланади. Гипертоник кризнинг I (нейровегетатив, гиперкинетик) тури тўсатдан пайдо бўлган бош оғриши ва айланиши, кўзғалиш, кўз олдида “тўр” ёки “туман” пайдо бўлиши, кўп терлаш, оёк ва қўлларнинг музлаши, оғиз қуриши, юрак уриб кетиши, ҳаво етишмаслик ҳисси, тез-тез ва кўп миқдорда пешоб ажралиши белгилари билан тавсифланади. Юрак соҳасида стенокардия хуружига хос бўлган оғриқлар пайдо бўлиши мумкин. Юз, бўйин, кўкрак териси қизил доғлар ва тер билан копланади. Юрак тонлари баланд, аорта устида II тон акценти аниқланади. Асосан систолик АБ нинг катта пульс амплитудаси билан ошиши қайд қилинади. ЭКГ да ST сегменти пасайиши, T тишчаси текисланиши кузатилиши мумкин. Криздан кейин сийдикда оксил, гиалинли цилиндрлар, кўрув майдонида якка-якка ўзгарган эритроцитлар пайдо бўлади. Камроқ ҳолларда регионар қон айланиши бузилиши (инсульт, стенокардиялар, ўткир чап қоринча етишмовчилиги) кўринишидаги асоратлар кузатилади. Гипертоник кризнинг I тури аксарият ҳолларда ГК нинг илк босқичларида пайдо бўлиб, одатда 2-3 соат чўзилади ва нисбатан тез ўтиб кетади.

Гипертоник кризнинг II (сув-туз ёки шиш, гипокинетик) тури аста-секин ривожланиб, узоқ вақт (3-4 соатдан 4-5 кунгача) давом этади. Клиник манзарасида энцефалопатияга хос бўлган: бош оғриғи, бошда оғирлик

ҳисси, уйқучанлик, ланжлик, бош айланиши, кўрув ва эшитишнинг ўтувчи бузилишлари, қулоқда шовқин, кўнгил айниши, қайт қилиш, мўлжал ола билмаслик каби бош мианинг зарарланиш белгилари кузатилади. Бундан ташқари, юрак соҳасида сиқувчи оғриқлар, нафас қисиши, бўғилиш хуружлари бўлиши мумкин. Диурез камаяди. Юз рангпар, оқарган, салқиган, веналар бўртиб чиккан, бармоқлар йўғонлашган бўлади. Ўтиб кетувчи парестезиялар, гемипарезлар аниқланади, кар бўлиб қолганга ўхшаш ҳолат юзага келади, онг хиралашади. Юз кизарган, цианотик тусда бўлиши мумкин. Систолик ва диастолик ҚБ нинг бир текисда ошиши ёки кейингисининг устунлиги кузатилади. Пульс босими камайган, томир уриши секинлашган ёки ўзгармаган, кам ҳолларда эса тезлашган бўлади. ЭКГ да ST оралигини пасайиши, Т тишчанинг қўш фазали ёки манфийлиги пайдо бўлади. Сийдикда криздан кейин протеинурия, ўзгарган эритроцитлар, гиалинли цилиндрлар аниқланади. Кўпинча инсульт, миокард инфаркти ёки ўткир чап қоринча етишмовчилиги каби асоратлар кузатилади.

М.С.Кушаковский гипертоник кризнинг талвасали шаклини (гипертоник энцефалопатия) ҳам ажратади. Бу криз асосида тизимли АБ бирдан кўтарилиб бош мия шишишига жавобан унинг артериолаларининг ауторегулятор ҳимоя хусусиятининг пасайиши ёки йўқолиши ётади. У кучли бош оғриши, бемор аҳволини енгиллаштирмайдиган қайт қилиш, баъзан хушни йўқотиш, тоник ва клоник тиришиш (талвасалар) билан кечади. Бош мия шиши бир неча соатдан 2-3 кунгача давом этиши мумкин. Хуруж тугагандан сўнг бемор маълум вақт давомида ҳушсиз ёки атроф-мухитни яхши англаш қобилиятини йўқотган бўлади, кўрув қобилияти бузилиши кузатилади. Аммо ўткир гипертоник энцефалопатия ҳар доим ҳам яхши натижа билан тугамайди. Айрим ҳолларда бемор аҳволи бир оз яхшилангандай бўлиб, тўсагдан хуруж қайта авж олади; АБ кўрсаткичлари янада юқори даражага кўтарилиб бош мияда қон қуйилиши ёки бошқа оғир асоратларни юзага келтиради. Натижада беморлар аксарият ҳолларда кома ҳолатига тушадилар ва бу жараён ўлим билан тугайди. Бундай беморлар неврология бўлимларида даволанишлари лозим.

Бундан ташқари “рикошет” ГК тўғрисида ҳам эслатиб ўтиш лозим. Бу кўп миқдорда сийдик ҳайдовчи дори воситалари қабул қилингандан сўнг ҚБ кескин пасайиб кетиши натижасида юзага келади. Организмдаги плазма ҳажми камайиши ва ҚБ нинг кескин пасайиши РАА ва симпатик асаб тизимининг фаоллашувига, организмда натрий ва сувни кўп миқдорда ушлаб қолганига олиб келади. Натижада ҚБ қайтадан кескин кўтарилиши мумкин. Рикошет кризлар кўп ҳолларда бошланғич бирламчи кризларга нисбатан оғирроқ кечади. Улар учун нафақат юқори ҚБ ва гипергидратация белгилари, балки гиперадренергик кўринишлар ҳам хосдир. Гипертоник кризларга олиб келувчи асосий сабаблар 5-жадвалда келтирилган.

Гипертоник кризларга олиб келувчи асосий сабаблар

Экзоген сабаблар	Эндоген сабаблар
<ul style="list-style-type: none"> • Рухий эмоционал таъсирлар • Метеорологик ўзгаришлар • Ош тузини ортиқча истеъмол қилиш • Жисмоний зўриқиш • Гипотензив воситаларни қабул қилишни тўсатдан тўхтатиш. • Гипотензив воситаларни тартибсиз қабул қилиш ва алкоғолли ичимликларни ичиш натижасида ҚБ ни кескин пасайиши туфайли пайдо бўлган бош миянинг ўткир ишемияси. 	<ul style="list-style-type: none"> • Аёлларда климакс даврида бўладиган гармонал ўзгаришлар • ЮИК (ўткир коронар етишмовчилиги, юрак астмаси, мия қон айланишининг ёмонлашуви) • Простата беzi аденомаси натижасида уродинамиканинг бузилиши • Бемор организмдаги ўчоқли инфекциянинг зўрайиши, ичаклар дам бўлиши, турли сабабли санчиқлар, адашган буйрак таъсирида висцерал рефлексларнинг кучайиши

Шуни таъкидлаш лозимки, айрим беморларда ҚБ нинг кескин ошиши ва гипертоник криз ривожланиши мия, юрак ва буйрак томирларида қон оқимининг ёмонлашуви ёки ўпка гипоксиясига реффлектор жавоб кўринишида пайдо бўлади. Кўрсатиб ўтилган салбий ҳолатлар қамайгандан сўнг ҚБ одатда барқарорлашади. ҚБ кескин пасайишига олиб келадиган даво чоралари ҳам юқорида кўрсатиб ўтилган соҳаларда регионар қон айланиши бузилишларини чуқурлаштириб, инсулт ёки миокард инфарктига сабаб бўлишини унутмаслик зарур.

ТИХлар юз, қўл мушакларининг кучсизлиги ёки сезгирлигини қамайиши (айникса, тананинг бир томонида), эс-хушнинг чалкашлиги, тўсатдан бузилишлар (гапиришда, кўришда-бир ёки ҳар иккала кўзда, юришда, координация, мувозанатда), бош айланиши ва кучли бош оғриғи каби белгилар билан намоён бўлади. Бундай ҳолларда беморларни горизонтал ҳолатда ётқизиш мия ичи босимини оширмайдиган гипотензив дориларни қўллаш ва эҳтиёткорлик билан беморни шифохонага юбориш лозим.

Ўткир чап қоринча етишмовчили (юрак астмаси ва ўпка шиши) нафақат ГК балки МИ ҳам кўп кузатилиши сабабли ушбу асоратлар тўғрисидаги батафсил маълумот «Кўкрак қафасидаги оғриқлар»га бағишланган маърузада келтирилган.

Артериал гипертензияга чалинган беморларни қўшимча текшириш усуллари

УАВ беморларни лаборатор-асбобий текширишлар ўтказишга юборишдан олдин ўз таркибида бир нечта алгоритмик изланишларни камраб олган қуйидаги дастлабки кузатувларни амалга ошириши лозим:

I. ҚБ ошиш вақтини, АГ нинг турини, юрак-қон томир касалликлари пайдо бўлиш хавфини, бошқа омиллар мавжудлигини ҳамда уларга таъсир этиш мумкин ёки йўқлигини, нишон-аъзоларнинг шикастланиш даражасини.

II. АГ ҳақиқийлигига ишонч ҳосил қилиш.

III. Тўлиқ анамнез йиғиш.

Амбулатор картада ёки касаллик тарихида АГга хос қуйидаги маълумотлар албатта қайд этилиши лозим:

- АБ неча ёшдан ошиб туради ва унинг энг юқори кўрсаткичлари;
- нишон-аъзоларнинг шикастланиш белгилари ва уларнинг даражаси;
- симптоматик АГ белгиларининг мавжудлиги;
- гипотензив терапиянинг самарадорлиги ёки унинг асоратлари;
- ёндош касалликлар ва мавжуд хавф омиллари;
- оила анамнезида АГга мойиллик;
- анамнезда дори-дармонларнинг турли салбий таъсирлари.

IV. Объектив текшириш.

Объектив текширишларни ўтказишдан мақсад нишон аъзолар ҳолатини баҳолаш ва АГ сабабларини аниқлашдан иборат. Айрим ҳолларда эса объектив текшириш натижалари биринчи босқичнинг ўзидаёқ АГ нинг иккиламчи характерга эга эканлигини аниқлаш имконини беради (1-расм).

Беморни кўздан кечираётганда қуйидаги ҳолатларга эътибор бериш лозим: гавданинг юқори ва пастки қисмлари ассиметрияси; тери қопламнинг ранги (тери ва кўз склераларининг гиперемияси, бинафша рангли стриялар); соч қопламнинг мутаносиблиги; семириш (унинг турлари, ойсимон юз); қалқонсимон без ҳолати (катталашиши, экзофтальм мавжудлиги), бўғимларнинг деформацияси.

Юқорида таъкидлаганимиздек, ҚБ одатда иккала қўл ҳамда оёқларда ўлчанади ва меъёрда оёқларда босим қўлларга нисбатан 20–40 мм.сим.уст. га юқори бўлади. Юрак ва томирлар аускультациясида аорта қопқоклари, қорин аортаси, уйқу, буйрак, сон артериялари ҳамда пульс ҳолатига алоҳида аҳамият бериш лозим.

V. Лаборатор ва асбобий текширишлар:

1. Барча беморларда қуйидаги текширишлар ўтказилади:

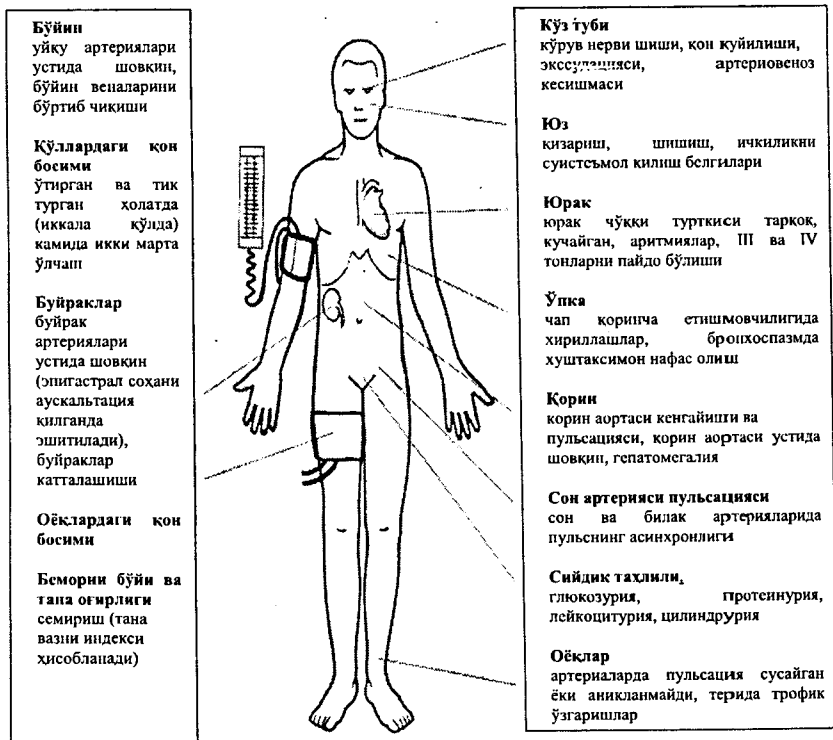
- умумий қон таҳлили (УҚТ) (гемоглабин, эритроцитлар, лейкоцитлар, ЭЧТ);
- умумий сийдик таҳлили (УСТ) (нисбий зичлиги, оксил, глюкоза, цилиндрлар, эритроцитлар, лейкоцитлар, бактериялар);

- қоннинг биокимёвий таҳлили (плазмадаги холестерин, липопротеидлар, триглицеридлар, креатинин, мочевина, калий, сийдик кислотаси, қанд микдори);

- ЭКГ, офтальмоскопия ва тана вазни индексини аниқлаш.

2. Анамнез ва кўрик натижаларига асосланган ҳолда қуйидаги қўшимча текширишлар ўтказилади:

- бир кеча-кундузлик сийдик чўкмасининг микроскопияси;
- қонда липидлар спектри ва оксил фракцияси;
- зардобда кальций, сийдик кислотаси даражаси;
- кўкрак қафасини рентген ёрдамида текшириш;
- ЭхоКГ;
- буйрақларни УТГ.



1-расм. Артериал гипертензия билан оғриган беморларни текшириш

3. Иккиламчи артериал гипертензияни аниқлаш учун махсус текширишлар:

- Реноваскуляр ва буйрақ паренхиматоз касалликларида:

- Зимницкий, Ничипоренко ва Реберг синамалари.
- экскретор урография;
- вена ичи пиелографияси;
- сийдикни бактериологик текшириш;
- қорин аортаси ва буйрак томирлари ангиографияси;
- буйрак биопсияси (мутлак кўрсатма бўлганда);
- Альдостеромани аниқлаш учун:
 - плазмада калий ва натрий нисбатини аниқлаш;
 - плазмада альдостерон миқдорини аниқлаш;
 - плазмада ва сийдикда ренин миқдорини аниқлаш;
 - буйрак усти безларини текшириш (рентген, УТТ, КТ ёки МРТ).
- Феохромоцитомани тасдиқлаш учун:
 - қон ва сийдикда адреналин, норадреналин, дофамин ва уларнинг метаболити (ванилилбодом кислотаси) миқдорини аниқлаш (сийдик одатда хуруждан кейинги кунларда текширилиши лозим);
 - буйрак усти безлари УТТ, КТ ёки МРТ.
- Иценко-Кушинг касаллиги ва синдромини аниқлаш учун:
 - қонда ва сийдикда 17-кетостероидлар миқдорини аниқлаш;
 - бош мия, турк эгари ренггенографияси, КТ ёки МРТ;
 - тунги дексаметазонли синама ўтказиш;
 - қонда адренкортикотроп гармон миқдорини аниқлаш.
- Диффуз токсик бўқокни аниқлаш учун:
 - қон таркибида қалқонсимон без гармонлари (Т3, Т4, ТТГ) миқдорини аниқлаш;
 - қалқонсимон безни УТТ;
 - ЭхоКГ.

Юкорида келтирилган қўшимча текшириш усулларининг аксарияти клиникаларда ўтказилади. Аммо УАВ зарурат бўлганида беморни қаерга юбориш лозимлигини билиши ҳамда олинган натижаларни таҳлил қила олиши керак.

Даволаш

Кўп миқдордаги турли хил гипотензив дори воситаларининг мавжуд бўлишига қарамай, АГ ни монанд фармакотерапияси ҳамон долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Даволашдан мақсад маълум бир бемор учун таъсирчан, самараси исботланган гипотензив дорини танлаш ва нишон аъзолар шикастланиши ҳамда асоратлар олдини олишдан иборатдир. Қуйидаги 6-жадвалда Европа кардиология ва Европа гипертония жамиятларининг экспертлари томонидан тақлиф этилган илк давони бошлашга кўрсатмалар баён этилган.

Артериал гипертензияга чалинган беморларда илк давони бошлаш- га кўрсатмалар

Хавф омиллари, нишон аъзоларнинг зарарланиши ёки ассоцияланган ¹ клиник ҳолатлар	Систолик қон босими меъёрида 120-129 ёки диастолик қон босими 80-84	Систолик қон босими 130-139 меъёрида ёки баланд, диастолик қон босими 85-89	1 даража (юмшак гипертензия) систолик қон босими 140-159 ёки диастолик қон босими 90-99	2 даража (муътадил гипертензия) систолик қон босими 160-179 ёки диастолик қон босими 100-109	3 даража (оғир гипертензия) систолик қон босими ≥ 180 ёки диастолик қон босими ≥ 110
Хавф омиллари йўқ	Аралашув талаб қилинмайди	Аралашув талаб қилинмайди	Ҳаёт тарзини ўзгартириш, бир неча ой ичида кўзланган самарага эришилмаган тақдирда дорилар билан даволашни қўллаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш, бир неча ой ичида кўзланган самарага эришилмаган тақдирда дорилар билан даволашни қўллаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + зудлик билан дорилар билан даволаш
Бир ёки иккита хавф омиллари мавжуд	Ҳаёт тарзини ўзгартириш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш	Ҳаёт тарзини згартириш, бир неча ой ичида кўзланган самарага эришилмаган тақдирда дорилар билан даволашни қўллаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш, бир неча ой ичида кўзланган самарага эришилмаган тақдирда дорилар билан даволашни қўллаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + зудлик билан дорилар билан даволаш
Уч ёки undan кўп хавф омилли ёки метаболик синдром ² ёки нишон аъзоларнинг зарарланиши ёки қандли диабет	Ҳаёт тарзини ўзгартириш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дори воситалари билан даволаш заруриятини кўриб чиқиш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + зудлик билан дорилар билан даволаш

Қандли диабет	Ҳаёт тарзини ўзгартириш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + зудлик билан дорилар билан даволаш
Ассоцияланган клиник ҳолатлар	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + дорилар билан даволаш	Ҳаёт тарзини ўзгартириш + зудлик билан дорилар билан даволаш

1. Ассоцияланган клиник ҳолатлар деганда беморда бош мия ва қон-томир (мияга қон қуйилиши, ишемик инсульт, мияда қон айланишининг ўткинчи бузилиши), юрак (миокард инфаркти, стенокардия, юрак томирида ўтказилган операциялар, юрак этишмовчилиги), буйрак, периферик томир касалликлари ва кўз тубидаги ўзгаришлар (қон қуйилиши ёки экссудатлар, кўрув нерви сўргичи шиши) тушунилади.

2. Метаболик синдром - қандли диабет ёки инсулинга чидамлилиқ, гипертония касаллиги, семизлик ва ёғ алмашинуви бузилишларининг бирга келиши.

Жадвалдан кўриниб турибдики, давони бошлашга асосий мезон бўлиб систолик ва диастолик ҚБ кўрсаткичи ҳамда умумий кардиоваскуляр хавф (хавф омилларининг мавжудлиги, нишон аъзоларида ўзгаришлар аниқланиши – чап қоринча гипертрофияси, бўйин артериясининг қалинлашиши, креатинин миқдорининг 1,3-1,5 мг/дл дан юқори бўлиши, микроальбуминурия, коптокчалар фильтрациясининг пастлиги, глюкозага чидамлилиқнинг бузилиши, ассоцияланган клиник ҳолатлар мавжудлиги) даражаси ҳисобланади. Беморни дорилар билан даволашни АГнинг 3 ва ўта юқори кардиоваскуляр хавф бўлган ҳолларда 1, 2-даражасида ҳам бошлаш лозим. Ўртача хавф мавжуд бўлиб ҚБ кўрсаткичлари 1-2-даражада бўлса, дорилар билан даволашни бир неча ҳафта, 1-даражадаги аммо хавф омиллари бўлмаган АГда бир неча ой орқага суриш мумкин. Аммо уларда ҳам ҚБ нинг исталган даражагача пасайишига эришила олинмаса, дорилар билан даволашни бошлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Юқори меъёрдаги ҚБ ва юқори кардиоваскуляр хавф омили мавжуд бўлган беморларга ҳаёт тарзини ўзгартириш лозимлиги қатъиян таъкидланади ва АБ кўрсаткичи мониторинги ўтказиб борилади. Уларнинг клиник ҳолатлари ёмонлашганда дори воситалари билан даволашга (7-жадвал) ўтилади.

**Турли клиник ҳолатларда қон босими даражаси
ушлаб турилиши лозим бўлган кўрсаткичлар**

Беморлар категорияси	Қон босимини мақсадли кўрсаткичи (мм сим.уст.)
Артериал гипертензия билан оғриган барча беморлар популяцияси учун (хавф омиллари бўлмаганда)	< 140/90
Артериал гипертензия билан оғриган беморлар ва юқори хавф даражаси мавжуд бўлганда	< 130/80
Артериал гипертензия + қандли диабет + протейнурия < 1 г/кунда	< 130/85
Артериал гипертензия + қандли диабет + протейнурия > 1 г/кунда	< 125/75
Артериал гипертензия + сурункали буйрак етишмовчилиги	< 125/75

Даволашнинг умумий тамойиллари:

- + бемор билан ўзаро самимий алоқа ўрнатиш;
- + даводан мақсад - бемор умрини узайтириш ва унинг ҳаёт сифатини яхшилаш;
- + юрак қон-томир касалликларига олиб келувчи барча омилларни ҳисобга олиш;
- + бемор ёшини (ёшларда $\leq 120-130/80$ мм.сим.уст, кексаларда $\leq 140/90$ 80 мм.сим.уст) ва ёндош касалликни ҳисобга олган ҳолда ҚБ ни 130/85 мм сим. уст. ёки ундан пастга тушириш;
- + беморга дори воситаларисиз даволаш усуллари ва уларнинг афзаллик томонларини тушунтириш;
- + нишон аъзолар шикастланиши бўлмаган енгил ва ўртача оғирликдаги АГ даволаш тадбирларини ҚВП ва ОП шароитида ҚБ мониторингидан бошлаш.

УАВ АГ аниқланган беморлар билан мулоқотда алоҳида аҳамият касб этадиган деонтология тамойилларини яхши ўзлаштириб олиши ва кундалик фаолиятида уларга таяниши лозим. Касалликнинг бошланғич босқичларида бу ҚБ ни меъёрига келтиришга ва узок вақт давомида шу ҳолатда сақлашга, бирмунча кеч даврида эса дорилар билан даволаш самарадорлигини оширишга имкон беради. Даволаш жараёнининг бу қисми бир неча босқичларни ўз ичига олади.

Беморга қуйидагилар ўргатилади. Улар билиши лозим бўлган нарсалар аниқ ва тушунарли, тавсиялар эса осон бажара олинadиган даражада бўлиши керак. Бунда АГ чалинган беморлар айрим нотўғри

фикрларга берилувчанлиги ва бу ҳол даволашни қийинлаштиришини ҳисобга олиш зарур. Чунончи, уларнинг фикрича:

- + ГК тўлик даволаш мумкин;
- + ҚБ меъёрига келиши билан давони тўхтатиш керак;
- + агар касаллик белгилари бўлмаса, ўзи ҳам бўлмайди;
- + ҚБ кўрсаткичи кайфиятнинг ҳар қандай ўзгаришига боғлиқ бўлади, шунинг учун бир дона гипотензив таблеткани ортиқча ичиш ёки, аксинча, ичмаслик мумкин;
- + агар парҳез қилинса ва спорт билан шуғулланилса, дори ичиш шарт эмас;
- + ҚБ кўрсаткичини субъектив аҳволга қараб аниқлаш мумкин;
- + гипотензив воситаларни узлуксиз қабул қилганда ўрганиб қолмаслик учун уларни фақат ҚБ кўтарилгандагина калул қилиш керак;
- + АГ ни ҳар хил дамламалар (жумладан, табиблар томонидан тайёрланган) ёки турли овқатга қўшиладиган биологик фаол моддалар ёрдамида батамом даволаш мумкин.

Бемор билан мулоқотда бўлганда қуйидаги тавсияларга риоя қилиш лозим:

- + бемор сизни у тўғрисида кайғураётганингни кўриши ва ҳис қилиши;
- + беморга амбулатор карта ва касаллик тарихини кўрсатиб, унинг эътиборини ҚБ тўғрисидаги маълумотларга қаратиш;
- + беморга даволаш вазифаларини тушунтириш;
- + гипотензив дориларни қачон ичиш лозимлиги тўғрисида маслаҳат бериш;
- + даволаш жараёнини қандай кузатишинингизни келишиб олиш;
- + беморни АГ тўғрисидаги оммабоп адабиётлар билан таништириш.
- + *Кейинги учрашувларда:*
- + беморни қабулхонада кутиб қолишга мажбур қилмаслик;
- + бемор гипотензив воситаларни ўз вақтида қабул қилишини суриштириш;
- + давонинг ноҳўя таъсирлари борлиги ёки йўқлигини аниқлаш.

Дориларсиз даволаш

Агар систолик ҚБ 140-159, диастолик 90-99 мм.сим.уст.да бўлиб, мўлжал аъзолар шикастланмаган бўлса, хавф омиллари бўлмаса, 6-12 ой, 1-2 та хавф омиллари бўлганда эса (ҚД бундан мустасно) 3-6 ой давомида дориларсиз муолажа олиб борилади. Унинг самарадорлиги ҳақида 3 ойдан кейин хулоса чиқариш мумкин. Бемор ҚБ ни оширадиган дори воситаларини (НЯҚВ, ГКС, комбинацияланган перорал контрацептивлар, эстрогенлар) қабул қилаётган бўлса, даволаш уларни бекор қилишдан, агарда унинг иложи бўлмаса, бевосита гипотензив препаратларни тавсия этишдан бошланади.

Дориларсиз даволашга тана вазнини камайтириш, спорт билан шуғулланиш, чекишдан воз кечиш, аутотренинг, ош тузи ва алкоголь истеъмол қилишни чегаралаш киради.

Семизлик: ортиқча тана вазни ҚБ кўтарилишига олиб келувчи асосий сабаблардан биридир. Тана вазнини 1 кг га камайтириш систолик ҚБ ни симоб устуни ҳисобида ўртача 2,5 мм.га, диастолик босимни эса 1,5 мм.га пасайтиради. Тана вазни индекси: H/W^2 формула (бу ерда H-оғирлик (кг), W-бўй (м)) ёрдамида ҳисобланади ва бу кўрсаткич 20-25 кг/м² дан юқори бўлса, тана вазнини камайтириш тавсия этилади.

Жисмоний фаоллик: ҚБ ни пасайтириш учун мунтазам равишда жисмоний машқларни бажариб бориш лозим. Қисқа вақтли изотоник юкламалар, масалан, юриш тавсия этилади. Изометрик юкламалар ҚБ нинг ошишига олиб келганлиги сабабли буюрилмайди.

Аутотренинг: ўта толиқиб қолишдан эҳтиёт бўлиш зарур. Агар бунинг иложи бўлмаса, аутотренинг тавсия этилади.

Артериал гипертензияни парҳез ёрдамида даволашнинг асосий тамойиллари:

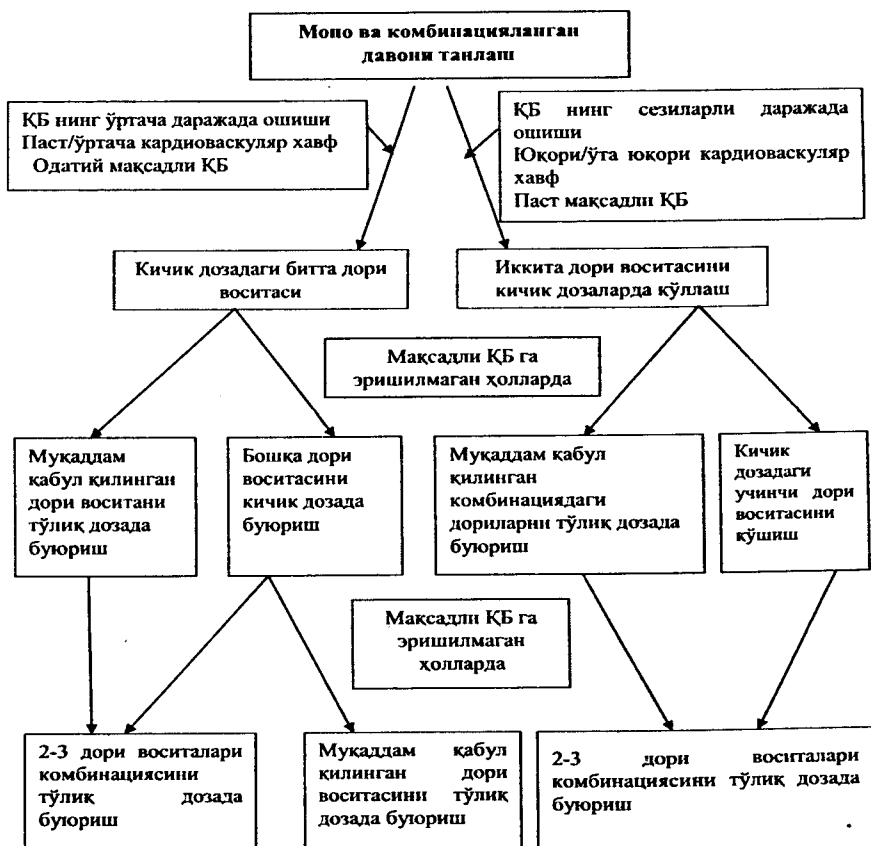
- тавсия қилинаётган таомларнинг энергетик қиймати организм сарфлаётган энергияга мос келиши лозим. Беморда семизлик мавжуд бўлган тақдирда эса кундалик қабул қилинаётган таомлар калорияси чегараланади;
- парҳез овқатлар тромбоцитлар агрегациясини камайтирувчи, антисклеротик хусусиятларга бой маҳсулотлардан ташкил топган бўлиши керак;
- кундалик қабул қилинаётган эркин суюқлик миқдори 1,0-1,5 л.гача камайтирилади;
- рациондан марказий асаб ва юрак қон-томир тизимини кўзга тувчи (гўшти, балиқли қуюқ шўрвалар, аччиқ чой, қаҳва, шоколад, дудланган маҳсулотлар) ва ичакларда газ ҳосил бўлиш жараёнини кучайтириб, уларни кенгайишига олиб келувчи (нўхат, ловия, газли ичимликлар ва бошқалар) маҳсулотларни истисно қилиш лозим;
- кундалик овқатга липотроп, клечаткага бой моддаларни ва денгиз маҳсулотларини қўшиш мақсадга мувофиқ;
- вақти – вақти билан гипонатрийли парҳезни магний тузларига бой таомлар билан алмаштириб туриш керак;
- ичкилик ичишни чеклаш - алкоголь вазопрессор таъсирга эга бўлганлиги сабабли уни кунига тоза спирт ҳисобида 20 мл. миқдордан ортиқ истеъмол қилиш ҚБ ни оширади ва беморни даволашни қийинлаштиради. Уни истеъмол қилишни тоза спирт ҳисобида кунда 10-20 мл.гача чегаралаш ҚБ ни 5-10 мм. симоб устунига пасайишига олиб келади;
- беморларга таркибида ош тузи кам бўлган маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Кунлик рационда ош тузи миқдори 5 г.дан ошмаслиги, лекин гипохлоремия ҳолатига тушмаслик учун 2 гр.дан кам бўлмаслиги керак. Озик-овқатларга туз ўрнига унинг мазасини берувчи, лекин таркибида натрий хлорид бўлмаган *санасолдан* кунига 1,5-3,0 гр.гача фойдаланиш мумкин. Магний тузлари билан тўйинтирилган сут, ўсимлик маҳсулотларидан ташкил топган парҳез ҚБ ни пасайтиради. Беморлар учун кальций миқдори юқори, ёғ ва кофеин миқдори кам

махсулотлар фойдалидир. Таркибида кизил мия (солodka) илдизи мавжуд махсулотларни истеъмол қилиш мумкин эмас.

Дорилар билан даволаш

Ҳозирги замон тиббиёти таъсир механизми турли-туман бўлган кўп сонли гипотензив дориларга эга. Улар 8-14 рақамли жадвалларда таъсир механизмлари, дозалари, тавсия этишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ҳамда кузатилиши мумкин бўлган ножўя таъсирлари баён этилган ҳолда келтирилган. Гипотензив дориларни танлашда ножўя таъсирларини ҳисобга олган ҳолда, ҚБ ни жуда пастга тушириб юбормасликка ва ортостатик гипотензияга йўл қўймасликка ҳаракат қилиш лозим. Шу билан бирга, даволаш самарадорлигини камайтирадиган омилларни ҳам бартараф этиш керак. Дори воситалари билан даволашнинг умумий тамойиллари 1-чизмада кўрсатилган.

1-чизма



АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯНИ ДАВОЛАШДА ТАВСИЯ ЭТИЛАДИГАН ГИПОТЕНЗИВ ДОРИЛАР

Диуретиклар қуйидаги гипотензив таъсир механизмларига эга:

1. Диурезни кучайтиради, томирлар оқимида ҳамда хужайралардан ташқарида натрий ва сув миқдорини озайтириш орқали организмда айланиб юрувчи қон миқдорини камайтиради ва юрак қон отиш ҳажмини сезиларли туширади;

2. Томир деворидан натрийни йўқотади, унинг эгилювчанлиги, шиши, катехоламинлар, ангиотензин II нинг томирларни қисқартирувчи таъсирига сезгирлигини пасайтиради ва шундан келиб чиққан ҳолда томирлар тонусини камайтиради;

3. Артериолалардаги текис мушакли хужайраларда кальций миқдорини камайтиради;

4. Депрессор гуморал тизимлар фаоллигини оширади, буйракларда простагландинлар синтезини кўпайтиради, калликренн-кинин тизими фаоллигини кучайтиди.

8 -жадвал

Диуретиклар гуруҳи ва уларнинг дозалари	Кўрсатмалар	Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик	Асосий ноҳўя таъсирлари
<p>Тиазид ва тиазидга ўхшаш диуретиклар: хлортиазид, гидрохлортиазид (гипотиазид), 25-50-100 мг; политиозид (ренес) 1-2-4 мг; циклометнозид (навидраке) 0,5 мг; хлорталидон- 25 мг; индапамид (индап, арифон) 2,5-5 мг/кунда.</p> <p>Генли қовушлоғига таъсир этувчи диуретиклар: фуросемид (лизикс) 20-80 мг/кунда, этакрин кислотаси 0,05 мг.</p> <p>Калий сақловчи воситалар: спиронолактон (верошпирон) 25-50 мг; амилорид, триамтерен 150-250 мг.</p>	<p>Юқори стабил АГ; АГ нинг хажмга боғлиқ ва гипоренин турлари; Кекса ёш беморлардаги АГ да юрак етишмовчилиги мавжуд бўлганда (енгил)</p>	<p>Гипергликемия ва гипериурикемия</p>	<p>Гипокалиемиа ва оғир буйрак етишмовчилиги</p>	<p>Ҳолсизлик, тошмалар, импотенция, мушак спазмлари, гипокалиемиа, гипериурикемия, гипертгликемия ва липид алмашишувиани бузилиши</p>

β-адреноблокаторлар (БАБ)

БАБ нинг гипотензив таъсирини энг сезиларли механизми бўлиб, юрак қисқаришлари сони ва уни бир дақиқада қон отиш ҳажмини камайтириши, қон томирни кенгайтирувчи фаоллик, эндетелияда азот оксиди (NO) синтезини кучайтирувчи хусусияти ҳисобланади. Ёш, гиперкинетик турдаги қон айланишга эга, қон зардоби таркибида нормал ёки юқори ренин фаоллиги мавжуд бўлган беморлар учун бу гуруҳдаги воситалар танлов препаратлари ҳисобланади. Бундан ташқари, БАБ кекса беморларда АГ юрак ишемик касаллиги, ошқозон-қизилўнғач рефлюкс касаллиги (диафрагмани қизилўнғач тешиги чурраси), кабиъат билан бирга келганда ҳам яхши самара беради. Узоқ вақт давомида БАБ қабул қилган ширроз билан касалланган беморларда қизилўнғачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш хавфи кескин камаяди.

9 – жадвал

БАБ ва унинг бошланғич дозаси	Кўрсатмалар	Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик	Асосий ноҳўя таъсирлари
I. Кардиоселектив бўлмаганлар: - <i>Ички симпатомиметик фаолликсиз:</i> - пропраналол (анаприлин, индерал, обзидан) 10- 40 мг. амл. 5 мл, соталол 200 мг, надапол 20-40 мг; - <i>Ички симпатомиметик фаоллик билан:</i> алпренолол, окспренолол, линдалол 5 мг, - <i>Қон томирни кенгайтирувчи фаолликка эга бўлган:</i> - Қарвитол 50 мг, карведилол 6,25-12,5 мг. II. Кардиоселектив: - <i>Ички симпатомиметик фаолликсиз:</i> атенолол 50-100 мг, бисопролол 5-10 мг, метопролол 50 мг;	Хаяжонланш, навқирон ёш, стенокардия, ўтказилган миокард инфарк-ти, ритм бузилишлари (энг аввало суправентрикуляр) билан биргалликда келган АГ	Бронхиал астма, ўпканинг сурункали обструктив II ва III даражали атриоventрикуляр блокада, периферик артериялар атеросклерози, мўътадил кечмайдиган инсулинга боғлиқ қандли диабет	Стенокардияда тез бекор қилиб бўлмайди, верапамил ва ЯҚНВ билан биргалликда кашандалликда	Ҳолсизлик, уйқусизлик, кўрқинчли тушлар кўриш, бронхоспазм, периферик артерияларнинг атеросклерози, импотенция, липид алмашинувнинг бузилиши, брадикардия ва блокадалар

- Ички симпатомиметик фаоллик билан: ацебталол;				
- Қон таъирни кенгайтирувчи фаолликка эга бўлган: лебивалол 5 мг, нелипродол				

Ангиотензин айлантирувчи фермент ингибиторлари (ААФИ)

ААФИ лари қуйдаги гипотензив таъсир механизмларига эга:

1. Қонда айланиб юрган ангиотензин I ни ўта кучли вазоконстриктор таъсирга эга ангиотензин II га айланишини тўхтатади.
2. Альдостерон секрециясини камайтириши натижасида натрийурезга кўмаклашади.
3. Брадикинин вазодилатори инактивациясини камайтиради.
4. Томирлар деворида ва тўқималарида РАА фаоллигини тўхтатади.
5. Депрессор простатландинлар шаклланишини кўпайтиради.
6. Юраколди натрийуретик омилнинг инактивациясини тўхтатади, ўта кучли вазодилатацияловчи ва натрийуретик таъсирга эга бўлган бу гармоннинг конга ажралишини кўпайтиради.
7. Эндотелиал хужайралардан NO чиқарилишини фаоллаштиради.

10-жадвал

ААФИ ва унинг бошланғич дозаси	Кўрсатмалар	Қарши кўрсатмалар	Эхтиёткорлик	Асосий ноҳўя таъсирлари
1-авлод: каптоприл (капотен, тензиомин) 25-50-100 мг; 2-авлод: А. периндоприл (престарיום) 2-4 мг/кунда; эналаприл (энам, ренитек, вазотек) 5-10 мг, берлиприл 5-10 мг; Б. рамиприл 2,5-5-10 мг; фозиноприл 10-20 мг; 3-авлод: лизиноприл 5-10-20 мг	АГ, юрак етишмовчилиги, периферик артерияларнинг атеросклерози; ЮИК, шу жумладан, миокард инфаркти ва ундан кейинги давр; ЮИК диабетик нефропатия билан кечганда	Иккала буйрак артерияси стенози; СБЕнинг оғир босқичи	Буйрак касалликлари, каллий сакловчи диуретиклар ва НЯҚВ лар билан бирга	Холсизлик, йўтал, тошмалар, таъм билишнинг бузилиши, гиперкалемия, баъзан биринчи дозани қабул қилгандан сўнг артериал гипотензия

Кальций антагонистлари (КА)

Ушбу гуруҳдаги воситалар куйидаги таъсир механизмларига эга:

1. Секин кальций каналларини ва силлиқ мушакли хужайраларга кальций кириб боришини беркитади, бунинг оқибатида артериялар ҳамда артериолалар бўшаши ва умумий периферик қаршилик камаяди ҳамда гипотензив таъсир намоён бўлади;
2. Буйракда қон айланишини кучайтиради;
3. Буйрак каналчаларида натрий реабсорбциясини камайтириши натижасида қалъини сезиларли йўқотмаган ҳолда натрий экскрецияси ошишига олиб келади;
4. Томирларни кенгайтирувчи простациклин ошганлиги ва тромбоксан камайганлиги оқибатида тромбозитлар агрегациясини камайтиради.

11-жадвал

КА ва унинг бошлангич дозаси	Кўрсатмалар	Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик	Асосий пожуа таъсирлари
<p>Дигидропиридин уюмлари: нифедипин (коринфар) 10 мг, коринфар –ретард (адалат), исрадипин (ламир) 2,5-5-10 мг, амлодипин 2,5-10 мг, фелодипин 5-10 мг;</p> <p>Бензотиазидин уюмлари: дилтиазем (кардил) 60-90 мг.</p> <p>Фенилалкиламидин уюмлари: верапамил, 120-240 мг.</p>	Кексалардаги АГ, АГ билан бронхал астма, подагра, ҚД, стенокардия, периферик артерияларнинг атеросклерозини кузатишганда	II и III даражадаги атриовентрикулар блокадада верапамил, тахикардия ва тахикардияда дигидропиридин уюмлари, қон айланишини камайтириши стетимовчилликда дигидропиридин уюмларини	БАБ ва дигоксин билан биргаликда; юрак етишмовчилигининг бошлангич босқичларида	Бош оғриғи, терининг қизариши, оёқларда шиш, юрак ўйнаши, кўнгил айнаши, қабзият (верапамил)

Ангиотензин II рецепторларнинг антагонистлари (АРА)

Бу гуруҳга кирувчи воситалар ангиотензин II рецепторлари таъсирини сусайтиради ва ҚБ нинг пасайишига олиб келади. Улар ААФИ самарасиз бўлганда ёки ноҳўя таъсирлари ривожланганда қўлланилади.

12-жадвал

АРА ва унинг бошлангич дозаси	Кўрсатмалар	Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик	Асосий ноҳўя таъсирлари
Лазартан (козаар) 50-100 мг, теветен (эпросартан) 600- 1200 мг, ирбесартан (апровель) 150-300 мг, валсартан (диован) 80- 160 мг.	Юқори АГ	Юқори сезувчанлик, хомилдорлик, иккала буйрак артерияси стенози	Оғир юрак еншмовчилиги	Камдан- кам ҳолда ангионевротик шиш

α-адреноблокаторлар

α-адреноблокаторлар периферик артериолалар даражасида α₁ -адренорецепторларни блоклайди, бу умумий периферик қаршиликни камайтириб, қон босимини пасайтиради.

13- жадвал

α-адреноблокаторлар ва уларнинг бошлангич дозаси	Кўрсатмалар	Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик	Асосий ноҳўя таъсирлари
<i>I</i> <i>авлод</i> -празозин (минипресс, пратсиол) 1-2-5 мг капсулада <i>II</i> <i>авлод</i> -теразозин 1-2-5-10 мг, кардура 1-2-4- мг. табл. Лабстатол 100 мг. (альфа ва бета-адренорецепторларга таъсир қилади)	АГ бронхиал астма, периферик артерияларнинг атеросклерози, юрак стишмовчилиги, простата бези аденомаси билан бирга кечганда	Чап қоринчанинг олиб чикувчи тракти обструкцияси	Кекса ёш (ортостатик ҳолат кузатилиши мумкин)	Ҳолатчилик, биринчи дозани қабул қилгандан сўнг гипотатик гипотония, юрак уйнаши, седатив самара, бош оғриғи

Марказий α 2-агонистлар

Марказий α 2-агонистлар узунчоқ миyanинг вазомотор марказидаги α 2-адренорецепторларни фаоллаштиради, бу бош миядан келувчи симпатик импульслар сусайишига ва ҚБ нинг пасайишига олиб келади.

14-жадвал

Марказий альфа2-агонистлар ва уларнинг бошлангич дозаси	Кўрсатма-лар	Қарши кўрсатмалар	Эхтиёткорлик	Асосий ноҳўя таъсирлари
Метилдофа (допегит) 0,25 мг, клофелин (клофелин, катапресан, гемитон) 0,075-0,1-0,15 мг, амл. 0,01% - 1 мг, моксонидин 0,4 мг.	АГ бронхИАл астма билан кечганда, хомиладорлар, метилдопа	Жигар касалликларИда (метилдофа), антидепрессантлар кўлланилганда, тезжор жисмоний ва психик реакцияни талаб кИлувчи касб эгаларИга тавсия этилмайди	Депрессия, паркинсонизм, менструал циклинИнг бузилиши	Холсизлик, седатив самара, оғиз қуриши, ошқозон-ичак тизимИдаги бурғишлар, ортостатик гипотензия, импотенция; гемолитик анемия (метилдофа учун)

БевосИта таъсир этувчи вазодилататорлар (гидролазин, апрессин, дигидролазин, адельфан), марказий таъсирга эга бўлган **симпатолитиклар** (резерпин, рауседил, раувазин, гуанетидин, исмелин, изобарин, октагензин, гуанадрил) қатъ: салбий таъсирларга эга бўлганлиги сабабли сўнги йилларда уларни амалиётда кўллаш тавсия этилмайди.

Қалий каналлари активаторлари (никорандил 10 мг, пинацидил 25 мг, минноксидил 1 мг.) бу гуруҳ воситалари қалий каналларини фаоллаштиради. Бу қалидий каналлари бўйлаб унинг юмшоқ мушакли тўқимага кириб боришини тўхтаб туради, ўз навбатида артериолалар ва артерияларнинг бўшалишига ва ҚБ нинг пасайишига олиб келади. Ушбу гуруҳ дориларининг самарадорлиги кўп марказли текширувлар ёрдамида исботланмаган, лскин кенг изланишлар олиб борилмоқда.

Юқорида санаб ўтилган гипотензив дори гуруҳларидан диуретиклар, БАБ, ААФИ, КА ва АРА самараси исботланган воситалар бўлиб амалиётда кенг кўлланишга тавсия этилади.

Жадвалларда номлари қайд этилган дорилардан ташқари ушбу гуруҳларга кирувчи қатор бошқа препаратлар ҳам Республикамызда рўйхатдан ўтказилган бўлиб уларни беморларга тавсия этишдан олдин шифокор уларнинг илова қоғози билан танишиши лозим.

Турли синфларга мансуб гипотензив дори воситаларини биргаликда қўллашни мақбул комбинациялари 2-чизмада келтирилган.

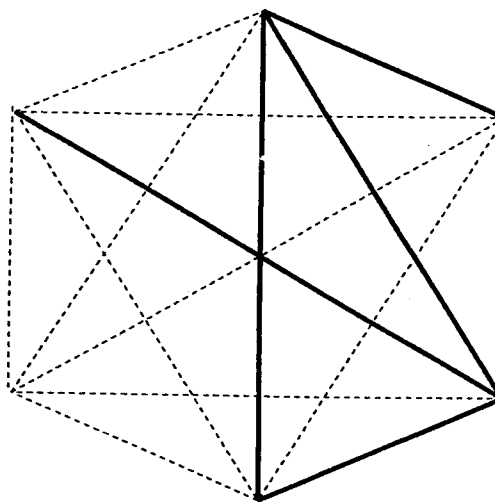
Диуретиклар

β -блокаторлар

Ангиотензин II
рецепторлари
антагонистлари

α -блокаторлар

Кальций анта-
гонистлари



ААФИ

2-чизма Турли синфлардаги гипотензив дори воситаларини биргаликда қўллаш комбинациялари

Илова:

1. узлуксиз чизик умумий популяцияда бирга қўллаш мақсадга мувофиқ бўлган дорилар;

2. узилган чизиклар бирга қўллаш мақсадга мувофиқ бўлмаган дорилар.

Беморларни дориларни қабул қилишини қулайлаштириш ва даво самарадорлигини ошириш мақсадида гипотензив воситалар тайёр комбинацияланган ҳолда чиқарилмоқда. Уларга қуйидагилар киради:

+ *БАБ*+*диуретиклар*-тенорик (атеналол+хлорталидон), лопрессор (метопролол+ гидрохлортиазид)- индерид (пропранолол + гидрохлортиазид);

+ *БАБ* + *КА*- логимакс (метопролол+ фелодипин);

+ *ААФИ*+*КА*-тарка (верапамил+трандолаприл), лексел (фелодипин+эналаприл), лотрель (амлодипин +беназеприл), экватор (лизиноприл +амлодипин);

+ *ААФИ*+*диуретиклар*-капозид (каптоприл+гидрохлортиазид), нолипрел (периндоприл +индапамид), эналозид (эналаприл + гидрохлортиазид);

+ АРА+диуретиклар-Ко-диован (диован+гидрохлортиазид), теветен плюс (эпросартан+ гидрохлортиазид), гизаар (лозартан + гидрохлортиазид).

АГ бошқа касалликлар ёки маълум бир аъзолар шикастланиши билан кечганда Европа кардиологлари жамияти томонидан тавсия этилган у ёки бу гуруҳ гипотензив дори воситаларини қўллаш тамойиллари ва уларга қарши кўрсатмалар 15 ва 16-жадвалларда келтирилган.

15- жадвал

Артериал гипертензия турли ҳолатлар билан бирга келганда гипотензив дори воситаларини қўллашга тавсиялар

Аъзоларнинг субклиник зарарланиши		
1.	Чап қоринча гипертрофияси	ААФИ, КА, АРА
2.	Қон томирларни клиник белгиларсиз кечувчи атеросклерози-	ААФИ, КА
3.	Микроальбуминурия	ААФИ, АРА
4.	Буйрак фаолиятининг бузилиши	ААФИ, АРА
Касалликлар		
1.	Ўтказилган инсульт	Самараси исботланган гипотензив воситалар.
2.	Ўтказилган миокард инфаркти	ААФИ, БАБ, АРА
3.	Турғун стенокардия	БАБ, КА
4.	Юрак стишмовчилиги	ААФИ, БАБ, АРА, диуретиклар, альдостерон антагонистлари
5.	Сурункали ёки пароксизмал ҳилпилловчи аритмия	ААФИ, АРА, БАБ, недигидроперидон гуруҳидаги КА
6.	СБЕ/протеинурия	ААФИ, АРА, ковузлоққа таъсир этувчи диуретиклар
7.	Периферик қон томирлар касалликлари	КА
8.	Тахиаритмиялар	БАБ
9.	Чап қоринча дисфункцияси	ААФИ
Алоҳида ҳолатлар		
1.	Яккаланган систолик АГ	Диуретиклар, КА

2.	Метаболик синдром	ААФИ, КА, АРА
3.	Қандли диабет II типи	ААФИ, АРА
4.	Ҳомиладорлик	КА, БАБ, метилдофа
5.	Глаукома	БАБ
6.	ААФИ таъсирида йўтал пайдо бўлганда	АРА
7.	Простата безининг хавфсиз гиперплазияси	α -адреноблокаторлар

16- жадвал

Артериал гипертензияни даволашда қўлланиладиган турли гипотензив дори воситаларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

№	Гипотензив дорилар синфи	Мутлоқ қарши кўрсатмалар	Нисбий қарши кўрсатмалар
1	Тиазидли диуретиклар	Подагра	Ҳомиладорлик, метаболик синдром, глюкозага чидамлилиқнинг бузилиши
2	Альдостерон антагонистлари	Буйрак етишмовчилиги, гиперкалиемиа	
3	β -блокаторлар	Бронхиал астма, 2-3-даражадаги AV блокада	Периферик томир касалликлари, метаболик синдром, глюкозага чидамлилиқнинг бузилиши, спортчилар ва жисмоний фаол кишилар, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари
4	Кальций антагонистлари (дигидропиридин гуруҳи)		Тахиаритмия, сурункали юрак етишмовчилиги
5	Кальций антагонистлари (верапамил, дилтиазем)	2-3-даражадаги AV блокада, сурункали юрак етишмовчилиги	

6	Ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибиторлари	Ҳомиладорлик, гиперкалиемия, иккала буйрак артериясининг стенози, ангионевротик шиш	
7	Ангиотензин рецепторлари антагонистлари	Ҳомиладорлик, гиперкалиемия, иккала буйрак артериясининг стенози	
8	α -адреноблокаторлар	Ортостатик гипотония	Сурункали юрак етишмовчилиги

Даволашнинг самарасизлиги сабаблари:

- гипотензив дориларни паст дозаларда қўллаш, ҚБ ни оширадиган воситалар (антидепрессантлар, ГКС, НЯКВ, симпатомиметиклар, тумовга қарши воситалар, қорамўғ (спорин) алкалоидлари, перорал контрацептивлар, психотроп воситалар) ни қабул қилиш;
 - врач кўрсатмаларини нотўғри бажариш;
 - буйрак артериялари стенози;
 - чекиш, қизилмия илдизи, кофеин истеъмол қилиш;
 - семизлик;
 - спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш;
 - ош тузини ортиқча истеъмол қилиш;
 - симптоматик артериал гипертензия;
 - ҳажм ошиб кетиши билан зўриқиш (масалан, диуретикларни етарли миқдорда қабул қилмаслик);
 - амфетаминлар, кокаин ва бошқа наркотиклар, шунингдек, анаболик стероидларни қабул қилиш.
 - Агар даволашнинг самарасизлиги сабаблари аниқланмаса, бемор мутахассисга юборилади.

Шифохонада даволашга кўрсатмалар:

- Оғир ва ўрта оғирликда кечувчи гипертоник кризлар;
- Фаол даволаш замирида тез-тез қайталанувчи гипертоник кризлар сабабини аниқлаш ва шунга мос дори воситаларини танлаш учун;
 - Амбулатор шароитда олиб борилган комплекс даволаш замирида ҚБ нинг пасаймаслиги;
 - Симптоматик АГ ни истисно этиш ва беморнинг меҳнатга лаёқатлилик даражасини аниқлаш.

Хавфли артериал гипертензияларни даволаш

Хавфли АГ ни даволаш кардиология бўлимида ҚБ ни етарли даражада туширадиган дори воситалар ёрдамида олиб борилиши лозим. Бунда α -адреноблокаторлар (пролазин), миноксидил, ААФИ, простогландин (Рг Е) препаратлари, диуретиклар, нитропруссид натрий каби гипотензив дори воситаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Уни даволашда

монотерапия кам ёки умуман ёрдам бермайди. Шу сабабли гипотензив воситаларни биргаликда қўллаш зарур, бу услуб бир томондан тезроқ ҚБ ни туширса, иккинчи томондан дориларнинг ножўя таъсирини камайтиради. Сўнгги йилларда юқоридаги комбинацияга верашпиронни қўшиш яхши самара бериши тўғрисида маълумотлар мавжуд.

Бундан ташқари, томирларни кучли кенгайтириш хусусиятига эга бўлган калий каналлари активатори миноксидилни кунига максимал 40 мгдан ёки 50 мг. нитропруссид натрийни 250 мл. 5% ли глюкоза эритмасида томир ичига томчилаб юбориш мумкин. Юқоридаги усуллар ёрдамида етарли натижага эришилмаган ҳолларда даволашга 1,5 мг. динопростонни (PGE_2) 0,3 мл. 0,5% ли спиртли эритмаси, 200–400 мл. изотоник эритмага қўшиб, томирга томчилаб юбориш мақсадга мувофиқдир. 2–4 муолажадан иборат бўлган динопростон билан даволаш курси беморни бошқа гуруҳдаги гипотензив воситаларга сезувчанлигини оширади.

Ҳомиладорлик сабабли келиб чиққан артериал гипертензияни даволаш ва профилактика чораларини амалга ошириш

Ҳомиладорлик келтириб чиқарган АГни даволаш тиббиётдаги мураккаб муаммолардан биридир. Ҳомиладорликни тўхтатиш уни радикал даволашнинг ягона йўли ҳисобланади. Эклампися ва оғир презклампсия HELLP синдроми (hemolysis, elevated liver) деб аталувчи гемолиз, жигар ва қон ивиш тизими фаолиятининг бузилиши билан ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар тўхтатиш тавсия этилади.

Ҳомиладорлик даврида учрайдиган АГ ни дориларсиз давол аш ётоқ режимида риюя қилиш ва овқатга кальций тузлари қўшишни ўз ичига олади. Маълумки, ётоқ режимида риюя қиладиган ҳомиладор аёлларда, а йникса,, улар чап ёнбошларини босиб ётганида бачадон-хамроҳ қон окими бирмунча кўпаяди ва тизимли ҚБ пасаяди.

Ҳомиладорлик даврида АГни дорилар билан даволаш қуйидаги талабларга жавоб бериши лозим:

- антигипертензив дорилар эмбрион ва ҳомила учун жавфсиз бўлиши, айна вақтда уларнинг тератоген хусусиятга эга эмаслиги экспериментал шароитлардагина аниқланмай, балки кўп йиллик клиник кузатувларда исботланган бўлиши керак.
- антигипертензив дори танлашда ҳомиладорлик келтириб чиқарган АГ патогенези ҳисобга олиниши зарур.
- дори воситалари ҳомиладорлик ва туғруқнинг меъёрида кечишига жиддий таъсир кўрсатмаслиги мақсадга мувофиқ.

Жаҳондаги етакчи мутахассислар фикри ва кузатувлари н атижаси метилдопа (кунда 250-1000 мг.гача) ҳомила ривожланиши учун хавфсиз дори воситаси эканлигини кўрсатади. Шунингдек,, лабитолол, кальций антогонистлари ва айрим ҳолларда β-блокаторлардан фойдаланиш мумкин.

Қарияларда учрайдиган артериал гипертензияни даволаш
Умумий тамойиллар.

- ҳатто алоҳида ҳолда учрайдиган систолик АГда ҳам даво чораларини қўллаш зарур;
- кўп ҳолларда дориларсиз даволаш самара беради;
- қарияларда ош тузи истеъмол қилишни чегаралаш ёшлардагига нисбатан бирмунча кўпроқ ижобий натижага олиб келади;
- дорилар билан даволаш терапевтик дозанин ярмидан бошланади;
- ҚБ аста-секин пасайтирилади;
- 70 ёшдан ошган, жиддий ёндош касалликлари бўлмаган беморлар ёшлар каби даволанилади;
- қарияларда гипотензив дориларнинг ножўя таъсири яққолроқ намоён бўлади;
- улар кўпинча ҚБ га таъсир қиладиган - НЯҚВ, паркинсонизмга қарши дорилар, фенотиазин унумлари қабул қилишларини ёдда тутиш лозим.

Қарияларда артериал гипертензияни дорилар билан даволаш тамойиллари

Кексаларда учрайдиган АГ ни даволашда КАдан дигидропиридин гуруҳи (нифидипин ёки унинг аналоглари кунда 40 мг.) биринчи қаторда, туради. Улар бир оз сийдик ҳайдаш хусусиятига эга бўлиб, паст ренинли АГ ни даволашда яхши таъсир қилади ҳамда артериялар деворини кискарувчанлигини ошириб, бош мияда ва буйракларда қон айланишини яхшилади. Кальций антагонистлари II авлодига мансуб бўлган, узок таъсир этувчи дорилардан фойдаланиш қулай ва самаралидир. Кекса ёшдаги беморларни даволашда α_1 -адреноблокаторларни жуда эҳтиётлик билан қўллаш лозим, чунки улар бош мия ишемияси билан кечувчи ортостатик гипотензияга олиб келиши мумкин.

Кекса ёшдаги акарият беморлар учун диуретиклар асосий даволаш воситаларидан бири ҳисобланади. Уни кичик дозаларда тиазид гуруҳидаги (гидрохлортиазид 12,5- 25,0 мг.) дорилардан бошлаш мақсадга мувофиқ. Чунки шунда улар углевод ва ёғ алмашинувига таъсир этмайди ва кексалар орасида юрак қон-томир касалликлари оқибатида келиб чиқадиган ўлимни камайтиради. Гипокалисемия ҳолатида уни бартараф этиш учун калий препаратларини эмас, балки уни сақловчи диуретик воситаларни ёки таркибида тиазид ва калий бўлган диуретикларни биргаликда қўллаш тавсия этилади. Шу билан бир қаторда қарияларда диуретиклар қовуқ дисфункциясини кучайтиришини (масалан, сийдик туталоқлик) унутмаслик лозим.

АГ стенокардия билан бирга кечганда ва диуретикларни қўллашга қарши кўрсатмалар бўлганда кичик дозаларда β -адреноблокаторлар тайинланади. Алоҳида систолик АГ да (айниқса, юрак етишмовчилиги мавжуд бўлганда) ААФИ, АРА ва КА яхши самара беради.

Гипертоник кризларни даволаш

АГ билан оғриган беморларда гипертоник кризлар кузатиладиганда, асаб ва юрак тизими зарарланиши белгилари кучайишининг олдини олиш мақсадида ҚБ ни кескин пасайтириш мумкин эмас. Систолик ҚБ ни

дастлабки кўрсаткичдан тахминан 25% га, диастолик босимни эса 10% гача пасайтириш тавсия этилади.

Гипертоник кризни бартараф этишда ҚБ ни аста-секин, камида бир соат давомида тушириш зарур. I тип гипертоник кризни даволашни нифедипиндан (коринфар 10-20 мг.) бошлаш мумкин. Бир соат давомида ушбу дори наф бермаса, клофеллинни 0,075-0,15 мг. дозада тил остига қабул қилиш ёки унинг 1,0-1,5 мл. 0,01% эритмасини изотоник суёқликда вена ичига аста-секин юбориш тавсия қилинади. Бемор ортостатик ҳолатга тушмаслиги учун дори юборилаётганда горизонтал ҳолатда бўлиши керак.

Яккол эмоционал кўзғалиш, қўрқув ва хавотирлик сезгиси билан кечадиган гипертоник кризда 1,0-1,5 мл. 2,5% аминазинни 20 мл. изотоник эритмада вена ичига ёки 2 мл. 0,25% ли дроперидолни 100 мл. изотоник эритмада вена ичига томчилаб юбориш мумкин. Агар гипертоник криз тахикардия ва экстрасистолиялар билан кечса, β-адреноблокаторлар (анаприлин, конкор, небилет) қўлланилади.

Гипертоник кризни даволашда қўлланиладиган гипотензив дорилардан бири, α ва β адреноблокаторлик хусусиятига эга бўлган лобеталол томир ичига 40-50 мг юборилганда систолик ҳамда диастолик ҚБ мутаносиб равишда пасаяди. Зарур бўлганда ҳар 5 дақиқада (умумий дозаси 200 мг гача) томир ичига юбориш мумкин.

Асоратланмаган гипокинетик синдромли II типдаги гипертоник криз одатда оғир кечади. Даволашни 10-20 мг. коринфарни тил остига сўришни тавсия қилишдан бошлаш лозим. Бир вақтни ўзида тез таъсир қиладиган диуретиклардан 40-80 мг лазикс калий препаратлари билан бирга вена ичига юборилади.

Криз даволангандан кейин «рикошет» шиш кризлари олдини олиш мақсадида ААФИ 1/2 таблеткадан, ҳар ярим соатда 1-2 кун мобайнида, ҚБ ни кузатган ҳолда бериб борилади. Энапни 1,25-2,5 мг. дан физиологик эритмада вена ичига томчилаб, 25-50 мг. капотенни сублингвал, 10 мг. коринфар билан бирга қўллаш мумкин. Секин-аста вена ичига 150-300 мг.дан юборилган артериал вазодилататор диазоксид ҚБни 5 дақиқадан сўнг тушириб, бир неча соат мобайнида бир меъёрда сақлаб туради.

Ўткир коронар этишловчилиги билан асоратланган гипертоник кризда қуйидаги дори воситалари қўлланилади:

- 0,5 мг. нитроглицерин аэрозол кўринишида ёки сублингвал;
- 10 мл. изокет ёки перлинганит 100 мл изотоник эритмада вена ичига томчилаб;
- 0,005% – 1 мл фентанил, 0,25% – 2-4 мл. дропередол билан 20 мл. изотоник эритмада аста-секин вена ичига;
- ҚБ юқорилиги сақланиб колганда, айниқса, тахикардия ва экстрасистолиялар бўлган беморларга 0,01 % -0,5-1 мл. клофеллин ёки 0,1% 5 мл. индерални 15-20 мл. изотоник эритмада аста-секин вена ичига юбориш яхши натижа беради.

- *Ўткир чап қоринча этишмовчилиги билан асоратланган гипертоник кризда:*

- 0,5 мг. нитроглицерин аэрозол кўринишида ёки сублингвал;
- 10 мл. изокет ёки перлингнит 100 мл. изотоник эритмада вена ичига томчилаб;
- 0,01 % - 1 мл. клофеллин ёки 5% – 0,5-1,0 мл. пентамин изотоник эритмада вена ичига томчилаб;
- лазикс - 40-80-120 мг. венага оқим билан;
- гипертатехоламинемияни йўқотиш мақсадида 2-4 мл. диазепам мушак орасига ёки вена ичига;
- дропередол - 0,25% ли - 1-2 мл. мушак орасига ёки томир ичига;
- ўпка шишида 1% -1,0 морфинни 0,5 мл.дан бўлиб (2-3 марта) томир ичига юбориш яхши самара беради;
- юқорида кўрсатилган дорилар самара бермаганда 30 мг. нитропруссид натрий 400 мл. изотоник эритмада вена ичига томчилаб юборилади.

Мия қон-томир этишмовчилиги билан асоратланган гипертоник кризда:

- 10 мг. ламир ёки 10-20 мг. коринфар тил остига, самара бўлмаганда 0,01% - 1 -1,5 мл. клофеллин 15-20 мл. изотоник эритмада вена ичига томчилаб;
- дегидратация мақсадида 30-60 мг. лазикс вена ичига оқим билан;
- кекса ёшдаги беморларга 2,4% - 10 мл. эуфиллинни изотоник эритмада томир ичига аста-секин юбориш мумкин.

Талваса синдромини йўқотиш учун 2-4 мл. диазепамни изотоник эритмада вена ичига юбориш мақсадга мувофиқ.

Бош мия ишии белгиларини йўқотиш учун қуйидагилар тавсия этилади:

- 80-120 мг. лазикс томир ичига томчилаб;
- 25 % -10-20 мл. магний сульфат изотоник эритмада томир ичига;
- ҚБ ни тез пасайтириш учун нитроглицерин, нитропруссид натрий, арфонад, лабеталоллардан бирортасини вена ичига томчилаб.

Қарияларда гипертоник кризни бартараф этиш учун:

- 5-10 мг. коринфар сублингвал;
- 0,1% -1 мл. клофеллин 15-20 мл. изотоник эритмада вена ичига секинлик билан;
- зарурат бўлганда 20-40 мл. лазикс вена ичига оқим билан;
- 4 мл. кавинтон 100 мл. изотоник эритмада вена ичига томчилаб ҳамда 2,4%-10 мл. эуфиллинни изотоник эритмада вена ичига аста-секин юбориш яхши самара беради.

Феохромоцитома билан оғриган беморда гипертоник кризни бартараф этиш:

- беморни бош тёмони баланд қилиб ётқизилади;
- 1%-1 мл. тропофен (регитин) 10 мл. изотоник эритмада аста-секин вена ичига юборилади. Бу муолажа криз бартараф этилгунча ҳар 5 минутда такрорланади;

- 0,5%- 5 мг. фентоламин изотоник эритмада ҳар 5 минутда ҚБ тушгунча вена ичига;

- гипертоник криз тахикардия билан кечганда қўшимча 0,1% 1 мл. анаприлин 10 мл. изотоник эритмада вена ичига ёки таблеткада 10-20 мг. ичишга буюрилади.

Хуруж тўхтагандан кейин седатив воситалар билан бирга 0,03 г. пирроксан кунига 3-4 марта тавсия этиш мақсадга мувофиқ.

Маърузанинг дорилар билан даволашга бағишланган қисмини яқинлар эканмиз, қуйидагиларни яна бир бор таъкидлаб ўтмоқчимиз:

+ хавф омиллари бўлмаган лекин қон босими меъъридан юқори бўлган беморларга бир неча ой давомида дориларсиз даволаш чора-тадбирлари олиб борилади;

+ хавф омиллари мавжуд бўлган ҳолларда ушбу чора-тадбирларга дорилар билан даволаш кўшилади;

+ кўпчилик беморлар касаллик илк аниқланган даврдан бошлаб бир неча дориларни биргаликда қўлаб даволашга мухтож бўладилар. Шунинг учун «бошланғич яхши самара берувчи» дори иборасига шубҳа билан қараш лозим;

+ АГ метаболик синдром билан бирга кечганда β-блокаторлар ва диуретиклардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ эмас;

+ беморда ҚД ва АГ бирга кечиши аниқланганда ҳаёт тарзини ўзгартириш чора-тадбирлари ва дорилар билан даволаш изчиллик ва қатъийлик билан олиб борилиши керак;

+ кўрсатмаларга қараб даволаш режасига ацетилсалицил кислотаси ва статинлар киритилади;

+ беморлар қонидаги креатинин миқдори, чап қоринча гипертрофияси белгилари ва микроальбуминурия кўрсаткичларини ҳар икки-уч ойда назорат қилиб туриш керак.

Санатория ва курортларда даволаш

Даволашга кўрсатмалар: Касалликнинг секин ривожланувчи I ва II босқичларида, томир кризлари (бош мия, юрак, буйрак артериялари шикастланиши), юрак ўтказувчанлиги ва ритми бузилиши кузатилмаганда санатория ва курортларда даволаш тавсия этилади. Ушбу гуруҳдаги беморлар климатик, бальнеологик курортларда ва жойлардаги кардиология санаторияларида даволанишлари мақсадга мувофиқ.

Даволашга қарши кўрсатмалар:

- касалликнинг III босқичи, ўтказилган миокард инфаркти, инсулт белгилари, нефроангиосклероз, ретинопатия, юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши, ҚАЕ II, III босқичи;

- тинч ҳолатда ва зўриқишда тез-тез қайталанувчи стенокардия хуружлари ва чап қоринча етишмовчилиги, тромбоземболик ҳолат.

АГ ни самарали даволаш кўрсаткичларига ҚБ ни пасайишидан ташқари бемор кайфиятининг яхшиланиши, шикоятлар бўлмаслиги,

жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ва иш қобилиятининг ошиши, ЭКГ кунлик мониторингида экстрасистолиялар сони ва ST-сегментини пасайиш даражасининг камайиши, узоқ муддатли даволашда эса ЭхоКГ маълумотлари бўйича миокард оғирлигининг меъёрига яқинлашиши киради.

Юқорида келтирилган маълумотлар шуни кўрсатадики, ҚБ кўтарилиши сабаблари турлича бўлишига қарамасдан, аксарият ҳолларда ривожланган асоратлар беморлар ҳаёт сифатини ёмонлаштиради ва айрим ҳолларда эса ўлимга олиб келади. Бу ҳолат ривожланмаслиги учун беморлар доимо УАВ назоратида бўлишлари ҳамда мунтазам дориларсиз даволаш тамойилларига амал қилишлари ва дорилар билан даво олиб борилиши керак. Бу мақсадга эришиш учун улар ўз касалликлари тўғрисидаги билимларини оширишлари муҳим аҳамият касб этади. Чунки ўтказилаётган даво самарадорлигининг тахминан ярми ҳар бир беморни ўз саломатлиги тўғрисида онгли равишда қайғуришига боғлиқ. Бунга эришиш мақсадида ривожланган давлатлар ва Россия Федерациясининг айрим йирик шаҳарларида гипертония касаллигига чалинган беморлар мактаблари ташкил қилинган ва уларда УАВ ёки кардиологлар томонидан олдиндан ишлаб чиқилган дастурларга мувофиқ беморлар билан 8-10 марта машғулот ўтказилади. Бундай мактаблар Республикамизда биринчи бўлиб Тошкент Тиббий Академияси УАВ тайёрлаш кафедраси қошида профессор А.Г. Гадаев раҳбарлигида ташкил этилди ва самарали фаолият кўрсатмоқда.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Гипертония касаллиги I босқич. Артериал гипертензия I даража (юмшоқ) Хавф II (ўртача);
- ✓ Гипертония касаллиги II босқич. Артериал гипертензия II даража (ўртача) Хавф III (юқори);
- ✓ ЮИК. Стабил зўриқиш стенокардияси ФС III инфарктдан кейинги кардиосклероз (2000 й.). Гипертония касаллиги III босқич. Артериал гипертензия II даража (ўртача) Хавф IV (ўта юқори);
- ✓ Сурункали гломерулонефрит кўзгалган даври. Симптоматик АГ III даража (юқори) Хавф IV (ўта юқори);
- ✓ Диффуз токсик бўқоқ II даража, тиреотоксикоз оғир тури декомпенсация босқичи. Симптоматик АГ II даража (ўртача). Хавф IV (ўта юқори); Асорат: КАЕ II Б босқичи, ҳилпилловчи аритмия.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Аляви А.Л., Сабирджанова З.Т. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Ташкент, 2008.
2. Артериальная гипертензия. Санкт-Петербург, 1999, том-5, № 2.
3. Белоусов Ю.Б. Поражение органов-мишеней при артериальной

гипертонии. Тер. архив, 1997, № 8.

4. Задионченко В.С., Белякова Т.И., Горбачева Е.В. Гипертонические кризы. Тер. архив, 1998, № 8.

5. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.

6. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, 1994.

7. Курбанов Р.Д. Руководство по клинической кардиологии. Ташкент, 2007.

8. Кушақовский М.С. О систолической артериальной гипертензии. Кардиология, 1997, № 7.

9. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Москва: Практика, 1998.

10. Обновлённое руководство по ведению артериальной гипертензии представленное на XVII Европейском конгрессе по гипертензии. Милан, 2007.

11. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология. Руководство для врачей. Москва: Проектно-издательский центр, 2007.

12. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Москва: Мед. лит., 2005.

13. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.

14. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Москва, 2004.

15. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Лечение и профилактика артериальной гипертензии, вызванной беременностью. Кардиология, 1997, № 6.

16. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Комбинированная терапия гипертонической болезни. Кардиология, 1997, № 2.

17. Симбирцев С.А., Гурин Н.Н. Общая врачебная практика. Санкт-Петербург: издательство СПб МАПО и «Лига», 1996.

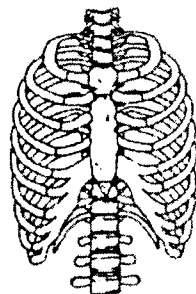
18. Шестой доклад Объединенного национального комитета по предупреждению, распознаванию, оценке и лечению высокого артериального давления (США)- JNC -6. Кардиология, 1998, № 3.

КЎКРАК ҚАФАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР

Тажрибали шифокор тажрибасизидан фақат бир нарса билан фарқланади: биринчиси 10 касалликка қарши битта дори тайинласа, иккинчиси битта касалликка 10 дори тайинлайди.

У.Ослер

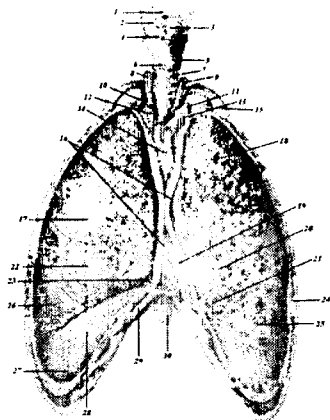
Шифокор фаолиятида кўп учрайдиган синдромлардан бири кўкрак қафасидаги оғриқлар ҳисобланади. Улар турли-туман патологик ҳолатларнинг, шу жумладан, бемор ҳаётига хавф солувчи оғир касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин, чунки у ерда ҳаёт учун муҳим аъзолар жойлашган. Кўкрак қафасининг суяк асосини (1-расм) умуртқа поғонасининг кўкрак қисми ва унга тоғай оққали бириккан 12-жуфт қовурға ҳамда тўш суяги ҳосил қилади. Буни юмшоқ тўкималар билан биргаликда кўкрак девори дейилади. Кўкрак бўшлиғи - унинг девори ва диафрагма (мушак - пайли кўкрак ва қорин оралиғидаги тўсик) билан чегараланган соҳадир. Ундан қон томирлар ва нервлар, кизилўнгач ва трахея ўтган. Кўкрак бўшлиғидаги кўкс оралиғида перикард билан ўралган юрак ва плевралар ичидаги ўпкалар жойлашган (2-расм).



1-расм. Кўкрак қафаси

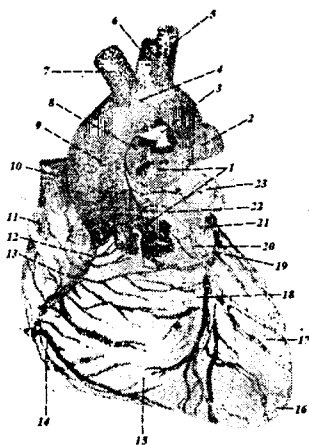
1-тил ости суяги, 2-парда, 3-хиқилдоқ тил ости суяги бойлами,

4-қалқонсимон тоғай, 5-узуксимон қалқонсимон бойлам, 6-узуксимон тоғай, 7-кеқирдақ, 8-ўнг ва 9-чап умумий уйқу артериялари, 10-ўнг ва 11-чап ўмров ости артериялари, 12-ўнг ва 13-чап елка бош веналари, 14-тимус, 15-қовурға, 16-плевранинг кесилган жойи, 17, 18-тепа бўлақлар, 19-юрак (перикард билан ўралган), 20-чап ўпкани юрак билан сиқилган жойи, 21-чап ўпка тилчаси, 22-ўрта бўлақ, 23-қовурға – медиастенал чўнтақчаси, 24-қовурға плевраси, 25, 26-настки бўлақлар, 27-қовурға – диафрагма чўнтақчаси, 28-диафрагма плевраси, 29-VII қовурға тоғайи, 30-ханжарсимон ўсиқ.



2-расм. Кўкрак қафасидаги аъзоларнинг олд томондан кўриниши

Кўкрак қафасидаги оғриқ-ларнинг интен-сивлиги, табиати ва жойлашиши турлича бўлганлиги сабабли уларни ягона таснифга бирлаштиришнинг имкони йўқ. Ушбу оғриқлар билан кечувчи кўпгина касалликлар бемор ҳаётига хавф солиши туфайли, бу ҳолат тезкор ташхис қўйишни талаб этади. Солиштирма ташхис ўтказишдан мақсад оғриқнинг кўкрак қафасидаги қайси аъздан келиб чиққанлигини (суяк, мушаклардан, қовурғаларо нервлардан, умуртқа поғонаси, қизилўнғач ва кўкс оралиғи) ва у ёки бу аъзонинг касалланиши натижасида ривожланганини аниқлашдан



3-расм. Юрак артериялари ва веналари

иборат. УАВ фаолиятида кўп учрайдиган кўкрак қафасида оғриқлар билан кечувчи касалликлар гуруҳи 1-чизмада келтирилган.

1-ўпка артерия стволы, 2-чап ўпка артерияси, 3- 4-аорта равоғи, 5-чап ўмров ости артерияси, 6-чап умумий уйқу артерияси, 7- елка -бош стволы, 8-ўнг унка артерияси, 9-юқорига кўтарилувчи аорта, 10-юқори қавак венаси, 11-ўнг қулоқча, 12-ўнг тож артерияси, 13-тож эгат, 14-юракнинг олд венаси, 15-ўнг қоринча, 16-юрак учи, 17-чап қоринча, 18, 19-юракнинг катта венаси, 20-олд қоринчаларо артерия, 21-ўраб турувчи тармоқ-чап тож артерияси тармоғи, 22-чап тож артерияси, 23-чап қулоқча.

Бемор кўкрак қафасидаги оғриқдан шикоят қилганда, УАВ биринчи навбатда коронар қон томирлари зарарланиши билан боғлиқ бўлган касалликлар тўғрисида ўйлаши лозим. Ушбу гуруҳга бутун дунёда, жумладан, Ўзбекистонда ҳам кенг тарқалган ЮИК (стенкардия, ўткир коронар синдром, миокард инфаркти (МИ)) ва унинг асоратлари киради. Кейинги маълумотларга кўра, ЮИК лари жаҳондаги ялли ўлим сабабининг 26 %ини ташкил этса, мамлакатимизда бу кўрсаткич 50 %га яқиндир. Унинг асосида коронар қон томирлари атеросклерози, баъзан эса йирик томирлар спазми ва уларда тромблар ҳосил бўлиши ётади. 3-расмда соғлом одам юрагининг ташқи кўриниши ва унинг қон томирлари тасвири келтирилган.

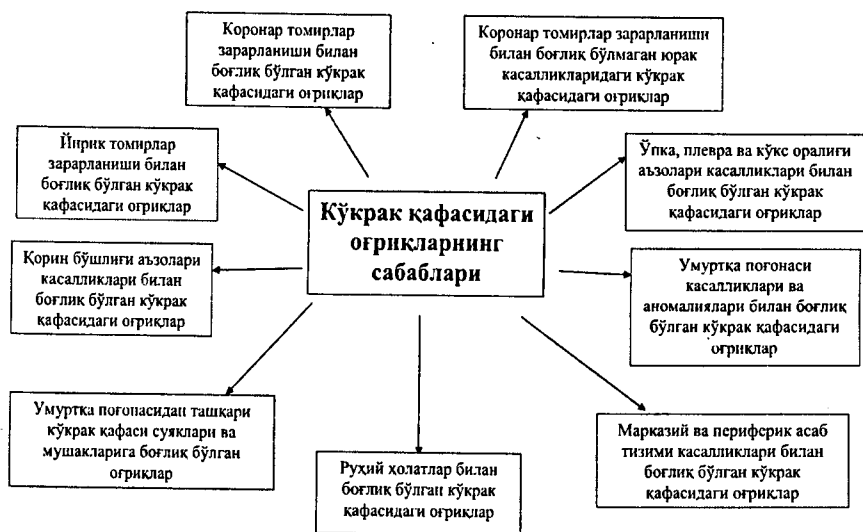
Куйида санаб ўтилган хавф омиллари мавжуд бўлганда, ушбу касаллик пайдо бўлиш ва асоратланиш эҳтимоли жуда юқори бўлади.

Асосий хавф омиллари:

- чекиш;
- беморда ва унинг ота-онасида липид алмашинувининг бузилиши мавжудлиги (қонда умумий холестерин миқдори ≥ 5 ммоль/л);
- АГ мавжудлиги (ҚБ $\geq 140/90$ мм.сим.уст.);

- беморда ва унинг ота-онасида ҚД касаллигининг борлиги;
- гиподинамия;
- семизлик (тана вазни индекси ≥ 25);
- юрак-қон томир касалликларига наслий мойиллик;
- бемор ёши;
- овқатланиш хусусиятлари;
- касби ва ижтимоий аҳволи;
- атроф-муҳит таъсири;
- сийдик кислотаси алмашинувининг бузилиши.

Бу омилларни эртароқ аниқлаш ва уларни мумкин қадар бартараф этиш беморлар ҳаёт сифатини яхшилайти ва ўлим ҳолатларини камайтиради. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим.



1-чизма. Кўкрак кафасидаги оғриқларнинг асосий сабаблари

Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлган кўкрак кафасидаги оғриқлар

Ушбу гуруҳ касалликлар асосини ЮИК ташкил этиб, УАВ фаолиятида энг кўп учрайдиган патологик ҳолатлардан бири ҳисобланади. Биз унинг турли шаклларига тўхташдан олдин Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида қабул қилинган ЮИКнинг классификациясини келтиришни (1-жадвал) мақсадга мувофиқ деб топдик.

Юрак ишемик касаллигининг классификацияси (Ўзбекистон кардиологларининг IV съездида ўзгартиришлар киритилган, 2000 йил)

1	Тўсатдан юз берган коронар ўлим (юракнинг бирламчи тўхташи)
2	Стенокардия 2.1 Стабил зўриқиш стенокардияси (функционал синфларни кўрсатиш билан) 2.2 Ностабил стенокардия - биринчи пайдо бўлган стенокардия - зўрайиб борувчи стенокардия - ангиоспастик стенокардия - инфарктдан кейинги эрта стенокардия - операциядан кейинги эрта стенокардия
3	Миокарднинг оғриксиз ишемияси
4	Миокард инфаркти - Q тишчаси билан – QMI - Q тишчасиз – NQM
5	Инфарктдан кейинги кардиосклероз
6	Юрак ритмининг бузилиши (шаклини кўрсатиш билан)
7	Юрак етишмовчилиги (шакли ва босқичини кўрсатиш билан)

Стенокардия

Европа кардиологлари жамиятининг 2002 йилда ўтказган кузатувлари натижаси ЮИК нинг кенг тарқалган клиник кўриниши стенокардия эканлигини яна бир бор тасдиқлади.

Клиник манзараси:

- стенокардиядаги оғриklar одатда эзувчи, сикувчи, куйдирувчи, босувчи хусусиятларга эга бўлиб, аксарият ҳолларда тўш ортида жойлашиб, чап қўл, пастки жағ, бўйин ва белга узатилади ва айрим ҳолларда хансираш, терлаш ва ўлимдан қўрқиш ҳисси билан кечади;

- оғриklar кучли-кучсиз ёки кўкрак қафасидаги нохуш ҳис билан кечиб, 1-2 дақиқадан 20 дақиқагача давом этиши мумкин;

- оғриklar жисмоний ёки эмоционал зўриқиш вақтида, совукда ёки овқатлангандан сўнг пайдо бўлади ва тинч ҳолатда ёки нитроглицеринни тил остига қабул қилгандан сўнг ўтиб кетади;

- хуруж бўлмаган вақтда асбобий текширишлар кам маълумот беради.

Жисмоний зўриқиш (тез юриш, юкорига кўтарилиш, оғир юк кўтариш), асаб бузилиши, кўп миқдорда овқат истеъмол қилиш, совук, нам ва шамолли об-ҳаво, кучли ҳаяжонланиш (жумладан, телекўрсатувлар таъсирида), жинсий алоқа, дорилар қабул қилишни (антиангинал, гипотензив, антиаритмик) тўхтатиб қўйиш стенокардия хуружлари ривожланишига олиб

келади. Стенокардия хуружлари баъзан атипик шаклларда намоён бўлиб, оғриқлар жағ, бармоқлар, эпигастрал соха, ўнг ва чап қовурга ёйи остига узатилиши мумкин. Айрим ҳолларда оғриқ иккинчи даражали аҳамиятга эга бўлиб, беморда ҳаво етишмаслик, кўкрак қафасининг сиқилиши, кескин ҳолсизлик, ўлимдан кўрқиш ҳислари кузатилади.

Стенокардиянинг турғун ва турғун бўлмаган (ностабил) клиник турлари фарқланади.

Турғун зўриқиш стенокардияси. Хуружлар бир хил даражадаги жисмоний зўриқишдан пайдо бўлиб, хуруж вақтида ЭКГда ST сегменти депрессияси кузатилади. У ўз навбатида беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигига кўра тўртта функционал синфга бўлинади:

I синф—одатий кундалик жисмоний зўриқиш (юриш, зинапоядан кўтарилиш) стенокардия хуружларини чақирмайди. Хуружлар кучли, узок вақт давомида ва тез жисмоний зўриқишдан пайдо бўлади;

II синф- одатий жисмоний фаоллик бир оз чегараланган. Стенокардия хуружлари тез юрганда, зинапоядан тез кўтарилганда, меъёрдан кўпроқ овқат еб кўйганда ёки совуқ ҳавога чиққанда, об-ҳаво ўзгарганда, стресс ҳолатларида, тўшакдан тургандан кейинги биринчи соатларда; яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 500 м.дан кўпроқ масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватдан юқорига кўтарилганда пайдо бўлади;

III синф-одатий жисмоний фаоллик кескин чегараланган. Стенокардия хуружлари яхши шароитда ва одатий тезликда текис йўлда 100- 500 м.гача масофага юрганда ёки зинапоядан биринчи қаватгача кўтарилганда пайдо бўлади.

IV- синф ҳар қандай жисмоний ҳаракат (текис йўлда 100 м.гача масофага юрганда) стенокардия хуружлари ривожланишига олиб келади. Айрим ҳолларда тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Ностабил стенокардия деганда зўриқиш стенокардияси хуружлари давомийлигининг узайиши ва оғирлашиши, оғриқлар характерининг ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигининг кескин сусайиши, хуружларнинг тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши, нитратларга сезувчанлик пасайиши тушунилади. Бу ҳолатда миокард инфаркти ривожланиш хавфи кучаяди. Ностабил стенокардиянинг бир нечта турлари фарқланади:

1. Биринчи марта пайдо бўлган стенокардия - бемор ҳаётида илк бор жисмоний зўриқишдан, кейинчалик эса одатий ҳаракатдан ҳам оғриқ хуружларининг (пайдо бўлган вақтдан 1 ойгача) пайдо бўлиши. Бу гуруҳдаги беморлар шу вақтгача ўзларини соғлом деб билганликлари, касаллик тўғрисида маълумотларга эга эмасликлари сабабли, ўз вақтида шифокорга мурожаат қилмайдилар ва шунинг учун улар орасида МИ ҳамда тўсатдан ўткир коронар ўлим ривожланиш хавфи юқори;

2. Авж олиб борувчи стенокардияда оғриқ давомийлигининг узайиши, характери ва иррадиациясининг ўзгариши, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилиги кескин пасайиб, хуружларнинг тинч ҳолатда ҳам пайдо бўлиши, антиангинал дори воситаларга сезувчанликнинг сусайиши тушунилади.

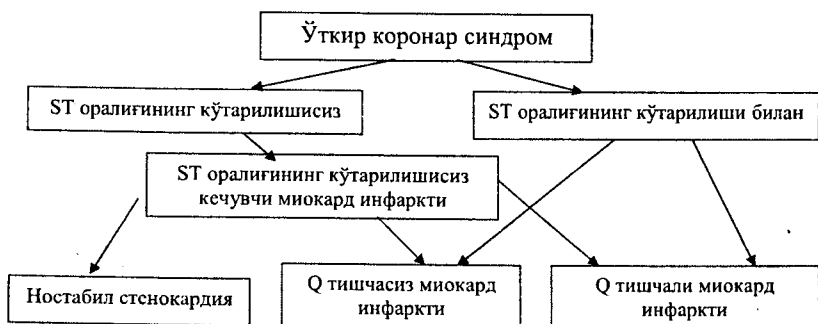
3. *Вазоспастик (Принцметал ёки вариантли) стенокардия* - йирик коронар артериялари спазми натижасида юзага келиб, оғриқлар бирон-бир сабабларсиз тинч ҳолатда, аксарият ҳолларда куннинг маълум бир вақтида (тунда ёки эрта тонгда) пайдо бўлиб, даврий равишда (ҳафтада 2-3 ва ундан кўпроқ) кузатилади. Бу турдаги стенокардияда хуруж вақтида ЭКГ да ST сегментини ўрта чизикдан юқорига (МИнинг ўта ўткир даврига ўхшаш) кўтарилиши ва хуруж бартараф этилгач, уни ўз ўрнига қайд этилди.

4. *Миокард инфарктидан кейин эрта пайдо бўлган стенокардия* - оғриқ хуружлари МИ ривожлангандан кейинги 2-3 ҳафтада ёки бемор шифохонадан чиқиши билан (8 ҳафта оралиғида) кузатилади.

5. *Операциядан кейин пайдо бўлган стенокардия* - оғриқ хуружлари ЮИК ни фаол даволаш усулларида (аорта-коронар шунтлаш (АКШ), стентлаш, транскоронар ангиопластика (ТКА)) сўнг 2-4 ҳафта давомида ёки ундан кейин пайдо бўлиши тушунилади.

Ўткир коронар синдром (ЎКС) - бу илк бор юзага келган стенокардиядан тортиб, узок муддат давом этувчи ва нитроглицерин қабул қилганда ҳам йўқолмайдиган, натижаси ноаник, йирик ўчоқли МИ ёки тўсатдан ўлимга олиб келиш эҳтимоли юқори бўлган, тинч ҳолатда ҳам узлуксиз зўрайиб борувчи давомли стенокардияларни ўз ичига олади. Бу ташхис вақтинча қўйилиб, шифокор касаллик кечиши, лаборатор-асбобий текширувлар натижасига асосланиб, 24 соат ичида клиник ташхис қўйиши ва келгуси даволаш тактикасини белгилаши лозим.

Қуйидаги 2 ва 3-чизмаларда ЎКСнинг категориялари ҳамда унга чалинган беморларни олиб бориш алгоритми келтирилган.



2-чизма. Ўткир коронар синдромнинг категориялари

Ушбу чизмадан кўринадики, ST оралиғининг кўтарилишисиз кечувчи ЎКС Q тишчасиз МИ ёки ностабил стенокардияга, ST оралиғининг турғун кўтарилиши билан кечувчи ЎКС эса аксарият ҳолларда Q тишчали, баъзан Q тишчасиз МИга ассоцияланади.



3-чизма. Ўткир коронар синдром билан касалланган беморларни олиб бориш алгоритми

Миокард инфаркти. МИ юрак мушакларининг чегараланган некрози бўлиб, унинг қон билан таъминланиши ва талаби ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши натижасида юзага келади. Унинг асосида тож артерияларининг атеросклерози (аксарият ҳолларда), спазми ва атеросклеротик пиллакчаларга қон қуйилиши ётади.

МИга хос бўлган умумий белгилар:

✦ нитроглицерин билан бартараф этилмайдиган, узок вақт (30 дақиқадан кўпроқ) давом этувчи ангиноз оғриқлар;

✦ кардиоспецифик ферментларнинг (тропонин I ва T, креатинфосфокиназининг (КФК) МВ фракцияси) ишончли даражада ошиши;

✦ ЭКГ даги ўзгаришлар (ST сигментининг депрессияси ва патологик Q тишчасининг пайдо бўлиши).

Классик оғриқлар билан намоён бўлган МИ да (ангиноз тури) юқоридаги белгилар билан бир қаторда, бемор совуқ, ёпишқоқ тер билан қопланади ва унда ўлимдан кўрқув хисси, ҚБ нинг тушиши, пульсининг тезлашиши, юрак ритмининг бузилиши, қўзғалувчанлик, айрим ҳолларда ўткир чап қоринча стишмовчилик белгилари пайдо бўлади. Оғриқлар асосан тўш ортида жойлашган бўлиб, чап қўлга, курак остига, жафта узатилади ва баъзан соатлаб давом этади.

Бундан ташқари, касалликнинг куйидаги атипик клиник турлари фарқланади.

▶ *астматик*– юрак астмаси ёки ўпка шишининг клиник белгилари билан намоён бўлади. Беморлар ҳаво етишмаслик хисси, йўтал аввал куруқ, кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралишига шикоят қиладилар. Улар ортопноэ ҳолатида бўлиб, ўпкаси устида крепитация ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. МИ нинг ушбу тури кўпроқ қарияларда, ҚД билан оғриган беморларда ва қайта МИ да кузатилади;

▶ *аритмик*– юракнинг ўткир ритм ва ўтказувчанлигининг бузилишлари билан кечади ва типик оғрик синдроми яққол номоён бўлмайди. Беморлар аксарият ҳолларда тўсатдан юрак тез-тез, ногўғри, тўхтаб-тўхтаб уришига, ҳаво етишмаслигига, бош айланишидан шикоят қиладилар. Бу турдаги МИ да ҳилпилловчи аритмия, қоринчалар ёки суправентрикуляр тахикардия пароксизмлари, экстрасистолиялар (кўпроқ политоп), Гисс тутами оёқчалари ва атровентрикуляр блокадалар кузатилади;

▶ *абдоминал*–юракнинг пастки базал соҳасида ривожланган МИ да кузатилиб, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, кўнгил айниши, енгиллик олиб келмайдиган қайт қилиш, метеоризм, ошқозон-ичак тизими парезлари билан кечади;

▶ *цереброваскуляр* – коронар қон томирлар билан бир қаторда, бош мия қон томирлари тромбози (спазми) натижасида беморларда обморк ёки инсультнинг клиник белгилари (бош айланиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, синкопал ҳолатлар, гемипарезлар, параличлар, руҳий бузилишлар) билан намоён бўлади. Бу турдаги МИ аксарият ҳолларда мия қон томирларида кучли атеросклероз ривожланган кекса беморларда кузатилади;

▶ *симптомсиз ёки кам симптомли*–аксарият ҳолларда ҚД билан оғриган беморларда ва СҚАЕ белгилари пайдо бўлганда аниқланади. Беморлар МИни қачон ўтказганларини аниқ айтиб беролмайдилар, тасодифан ЭКГ апаратига туширилганда аниқланади.

Атипик турларини ташхислашда ЭКГ текшириш усули асосий аҳамият касб этади. МИ да ЭКГ да куйидаги асосий ўзгаришлар кузатилади: ST сегментининг ёйсимон кўтарилиши, карама-қарши тармоқларда унинг дискордант силжиши, чуқур, кенгайган Q тишчаси пайдо бўлиши, T тишчаси амплитудасининг кўтарилиши. Кейинчалик даволаш асосида МИ даврларига кўра ST сегментини ўрта чизикқа келиши, T тишча амплитудаси пасайиб чуқур, тенг елкали, манфий T пайдо бўлиши кузатилади.

Некроз ўчоғининг миокард қаватларига тарқалиши ва чуқурлигига кўра куйидаги МИ турлари тафовутланади:

- *кичик ўчоқли* - Q тишчасиз (субэндокардиал, субэпикардиал ва интрамурал). ЭКГ да асосан ST сегменти ва T тишчасида ўзгаришлар кузатилади;

катта ўчоқли - Q тишчали (трансмурал бўлмаган миокард қаватларининг 50 % шикастланган) – ЭКГда патологик Q тишчаси пайдо

бўлиб, ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади ҳамда R тишчаси сақланиб қолади;

- *трансмурал - Q тишчали* (некроз ўчоғи миокарднинг маълум бир соҳасидаги барча қаватларни шикастлаган)– ЭКГ да QRS комплекси QS кўринишида бўлади ҳамда ST сегменти ва Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади.

Клиник кечиши бўйича касалликнинг беш даври фарқланади:

1. *продромал* (инфарктдан олдинги давр) - бир неча соатдан бир ойгача бўлиб, баъзан бўлмаслиги ҳам мумкин. Ушбу даврда ностабил стенокардиянинг клиник белгилари кузатилади. Аксарият ҳолларда ЭКГ да ST сегменти ва Т тишчаси ўзгаради;

2. *ўта ўткир даври* – 30 дақиқадан 2 соатгача давом этади. Ушбу даврга яққол намоён бўлган оғрик синдроми (атипик турларида- уларга хос клиник белгилар) хос;

3. *ўткир даври* – 2-14 кун давом этади. Бу даврда клиник белгилар мўътадиллашади (оғрик камаяди ёки йўқолади) ва айни вақтда резорбцион-некротик синдром пайдо бўлади. Касалликнинг ўта ўткир ва ўткир даврларида беморларда ўткир юрак етишмовчилиги белгилари ҳамда ритм бузилишлари кузатилиши мумкин;

4. *ўткир ости даври* – касаллик бошланганидан 4-8 ҳафта давом этади. Беморда оғрик симптоми кузатилмайди, лекин СҚАЕ белгилари пайдо бўлиши мумкин;

5. *чандиқланиш (МИ дан кейинги) даври* - 3-6 ой давом этиб, касаллик асоратланмаганда, бемор ҳеч қандай шикоятлар билдирмайди.

МИ ривожланган беморларда касалликнинг турли даврларида эрта ва кечки асоратлар кузатилиши мумкин. Ушбу асоратлар ўз вақтида аниқланмаса ва шунга мос ёрдам кўрсатилмаса, ёмон оқибатларга олиб келади. Шунинг учун УАВ улар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим.

Эрта асоратлар:

- *юрак ритми* (ҳилпилловчи аритмия, экстрасистолиялар, параксизмал тахикардиялар, фибрилляциялар) ва *ўтказувчанлигининг* (АВ блокадалар) бузилиши. Ушбу асорат МИ га чалинган беморларнинг деярли барчасида ва касалликнинг ҳамма даврида кузатилади. Уни ташхислашда клиник белгилар билан бир қаторда ЭКГ текшириш натижаларига («**Аритмиялар**» тўғрисида батафсил маълумот унга бағишланган маърузада ёритилган) асосланилади;

- *кардиоген шок* – систолик ҚБ 80 мм.сим.уст. дан, пульс босими 20-25 мм.сим.уст. пасайиши, ўткир юрак етишмовчилиги белгиларини (нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни нам хириллашлар, қон туфлаш) пайдо бўлиши, шокнинг периферик белгилари (тери қопламанинг оқариши, тананинг совук, ёпишқоқ тер билан қопланиши, қўл–оёқларнинг музлаши), олиго (соатига 20 мл.дан кам) ва анурия ривожланиши билан намоён бўлади.

Кардиоген шокнинг уч тури фарқланади:

- рефлектор;
- аритмик;
- чин кардиоген.

Рефлектор тури қон томирлари тонусининг компенсатор ўзгариш механизмининг йўқолиши сабабли юзага келади. Унинг бу тури тўғрисида фикр юритганда, фақат шок эмас, балки МИ натижасида ривожланган кучли артериал гипотензия ёки оғриқли коллапс, деб юритилса мақсадга мувофиқ бўлади. Унинг ташхисий мезонлари:

- систолик ҚБ ни 90-100 мм сим.уст.дан паст бўлиши;
- синусли брадикардия;
- оғриқ белгисини бартараф этиш ва бир маротаба вазопрессор дори воситаларини қўллаш натижасида бемор аҳволи яхшиланиб, ҚБ нинг кўтарилиши.

Аритмик кардиоген шок юрак ритмининг бузилиши натижасида чап қоринча фаолиятининг кескин пасайиб кетиши сабабли юзага келади. Беморда кардиоген шокка хос бўлган барча белгилар кузатилиб, ритм тиклангандан сўнг клиник ва гемодинамик ўзгаришлар тез қайта тикланади.

Чин кардиоген шок миокарднинг 40% дан кўп қисми некрозга учраши натижасида чап қоринчанинг насос фаолияти кескин пасайиб кетиши сабабли юзага келади. Унинг ташхисий мезонлари:

✦ артериал гипотония (систолик ҚБ ни \leq 80 мм сим.уст. пульс босимини \leq 20 мм сим.уст.дан паст бўлиши);

✦ периферик вазоспазм (бемор ранги оқариб кетиши, акроцианоз, тахикардия, тери қопламларининг совуқ терга ботиши, ўпкада нам хириллашлар);

✦ олигоурия – сийдикнинг бир дақиқада 20 мл.дан кам бўлиши;

✦ беморнинг эс-хуши бузилиши (атрофдаги воқеаларга бефарқ ёки кўзгалувчан бўлиш);

✦ ўткир чап қоринча етишмовчилиги (кучайиб борувчи ҳансираш, тахикардия, ўпкада нам хириллашлар ва бошқалар) ривожланиши;

✦ метаболик ацидоз;

✦ олиб борилган даво чоралари самара бермаслиги.

Кардиоген шокнинг *ареактив тури* унинг энг оғир кўриниши ҳисобланиб, чин кардиоген шокда кузатиладиган белгилар билан намоён бўлади ва олиб борилган даво тадбирларига қарамасдан аксарият ҳолларда бемор ўлими билан тугайди.

✦ *ўткир юрак етишмовчилиги* ривожланганда - нафас сиқиши, акроцианоз, тахикардия, кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари, яъни аввал қурук, кейин пушти ранг кўпикли балғам ажралиши билан кечадиган йўтал, нам хириллашлар, ўпка артерияси устида II тон акценти, юрак чўққисида ва аорта устида систолик шовқин пайдо бўлиши кузатилади. Унинг оғирлик (енгил, ўрта ва оғир) даражасига кўра ушбу

белгилар бир оз ёки яққол намоён бўлиши мумкин;

▶ *тромбоэмболик асоратлар* – МИ га олиб келган асосий сабаб ҳамда у туфайли қон айланиши бузилиши натижасида турли соҳадаги қон томирларида (бош мия, ўпка, буйрак, мезентериал ва бошқа артерияларда) тромб ҳосил бўлиши ва шу аъзода ишемия ва инфаркт ривожланиши мумкин;

▶ *тромбоэндокардит* – ҳолсизлик, кўп терлаш, турғун, узок давом этувчи тахикардия ва тана ҳароратининг кўтарилиши (антибиотиклар самара бермайди), юрак чўққисида систолик шовқин пайдо бўлиши ҳамда тромбоэмболик синдромлар билан намоён бўлади;

▶ *юракни ўткир ва сурункали аневризмаси* учун чап томонда 3-4 қовурғалар оралиғида, юрак чўққи турткисига мос келмайдиган перикардиал пулсация, унинг чегараларини кенгайтиши, юрак чўққисида I тон сустлашиб систолик шовқин пайдо бўлиши ҳамда ўпка артерияси устида II тон акценти, ўткир ёки сурункали қон айланиши етишмовчилиги белгилари пайдо бўлиши, тромбоэмболик синром, ЭКГда МИ даврларига хос динамик ўзгаришлар кузатилмаслиги (ST оралиғининг ўрта чизикдан юқорида сақланиб қолиши) хос. ЭхоКГ ўтказиш ташхисни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга;

▶ *юракнинг ички ва ташқи ёрилиши*, ташқи ёрилишида беморда тўсатдан оғриқ пайдо бўлади, ҳушидан кетади, пульси ва ҚБ аниқланмайди, кўз қорачиғи кенгайди, агонал нафас пайдо бўлади, бўйин томирлари бўртиб чиқади, тананинг бир қисми кўкаради ва бу ҳолат қисқа вақт ичида ўлим билан тугайди. Ички ёрилиш ривожланганда беморда дори воситалар ёрдамида бартараф этиб бўлмайдиган кучли оғриқ, ҳансираш билан бир қаторда, қисқа вақт ичида ўнг қоринча етишмовчилиги белгиларининг ривожланиши кузатилади. Объектив кўриқда юрак чегарасини ўнгга силжиши аниқланади, унинг барча эшитиш нукталарида, эпицентри тўш суягининг ўртасида ва чапда 4-5 қовурғалар оралиғида бўлган систолик шовқин эшитилади;

▶ МИ нинг эрта даврида юқорида келтирилган асоратлардан ташқари сийдик ажралишининг ўткир бузилиши, ошқозон-ичак тизимида ўзгаришлар (ўткир яралар, қон кетиш, парезлар) ва рухий бузилишлар ривожланиши мумкин. Ушбу асоратлар МИ нинг кечки даврларида ҳам кузатилишини УАВ ёдда тутишлари лозим. Шу билан бир қаторда, кечки асоратларга Дресслер синдроми ва СҚАЕ ҳам киради.

▶ *дресслер синдроми*- касалликнинг 2-8 ҳафталарида ривожланиб, плеврит, пневмонит, перикардит белгилари билан намоён бўлади. Шунингдек, беморларда иситмалаш, эозинофилия, полиартрит, ЭЧТ нинг ошиши кузатилади. Бу асорат асосида иммун яллиғланиш жараёни ётганлиги сабабли, даволашда асосий гуруҳ дори воситалари билан бир қаторда кичик дозада преднизолон (15-20 мг.) ва НЯҚВ қўллаш яхши самара беради;

► *сурункали қон айланиш етишловчилиги* – беморларда кичик ва катта қон айланиш доираларида димланиш белгилари билан намоён бўлади. Бу асорат тўғрисидаги маълумотлар «Шиш синдроми ва уларни қиёсий ташхислаш»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Қуйидаги 2-жадвалда стабил, ностабил стенокардиялар ва МИ қиёсий ташхиси келтирилган.

2-жадвал

**Стабил, ностабил стенокардия ва миокард
инфарктининг қиёсий ташхиси**

Клиник белгилар	Стабил стенокардия	Ностабил стенокардия	Миокард инфаркти
Касалликнинг давомийлиги	Бир неча ойдан бир неча йилгача	Биринчи марта юзага келган (30 кунгача) ёки узок вақт давомида мавжуд бўлган стабил стенокардия асосида авж олиб борган	Биринчи марта юзага келган ёки стенокардия асосида
Оғрик характери	Бир хилда	Оғрикларнинг ўзгариб туриши ёки тинч ҳолатда пайдо бўлиши	Узок давом этувчи ангиноз оғриклар
Оғрикларнинг интенсивлиги	Ўзгармайди	Ўсиб борувчи (тўлқинсимон кучайиб боради)	Кучли (оғрикка дош бериш қийин бўлади)
Оғрикларнинг давомийлиги	2-10 дақиқа	10-20 дақиқа	20-30 дақиқа ва ундан ортиқ
Оғриклар сабаби	Беморга жуда яхши маълум жисмоний зўриқишда	Оғриклар характери ўзгарувчан	Оғриклар тинч ҳолатда ҳам безовта қилади
Хуружлар сони	Ўзгармайди	Кўпайиб боради	Ангиноз ёки астматик статус
Кунда қабул қилинадиган нитроглицерин миқдори	Ўзгармайди	Кескин (15-20 табл ва ундан ортиқ) кўпаяди	Нитроглицерин самара бермайди
Жисмоний юкламага чидамлик	Ўзгармайди	Кескин пасаяди	Оғрик жисмоний юкламага боғлиқ бўлмаган ҳолда тинч ҳолатда пайдо бўлади

ЭКГ	Ўзгаришларнинг стабиллиги	ST сегментининг ўзгариб туриши	ST сегменти динамикада ўзгариши ва Q тишчасини пайдо бўлиши
Биокимёвий кўрсаткичлар	Ўзгармайди	Ўзгариши мумкин	Ўзгаради - миоглобин, КФК, тропинин (1,Т), АСАТ, ЛДГ ва бошқа кўрсаткичларнинг ошиши кузатилади
Олиб бориш тамойиллари	Клиник функционал синфига қараб оптимал тартиб ва антиангинал восита танлаш	Зудлик билан ихтисослашган бўлимга ётқизиш, ётоқ режими ва комплекс даво	Зудлик билан ихтисослашган бўлимга ётқизиш, ётоқ режими ва комплекс даво
Яқин натижаси	Стабил ҳолатда бўлади	Натижаси номаълум, беморларнинг 12—16%да МИ ривожланиши ва тўсатдан ўлим хавфи мавжуд	Эрта ва кечки асоратлар кузатилиш эҳтимоли ва тўсатдан ўлим юқори

Асосий лаборатор ва асбобий текшириш усуллари. Стабил ўзгаришлар стенокардиясида лаборатор кўрсаткичларда ўзгаришлар кузатилмайди. Ундан фарқли ўларок, айрим ҳолларда ностабил стенокардияда КФК, АсАТ ва тропонин миқдори (меъёрий кўрсаткичнинг юқори чегарасидан 50% дан ошмайди), бироз ошиши мумкин. МИ ривожланганда, қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлилида касалликнинг даврларига кўра қатор кўрсаткичларда ўзгаришлар кузатилади. Улар 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Миокард инфарктида лаборатор кўрсаткичларда кузатиладиган ўзгаришлар

№	Кўрсаткичлар	Бошланиши	Максимум	Давомийлиги	Меъёрда
1.	Лейкоцитоз	Бир неча соат	2-3 кун	3-7 кун	4-8x10 ⁹ /л
2.	ЭЧТ	2-3 кундан бошлаб	8-12 кун	3-4 ҳафта	1-15 мм/соат
3.	АсАТ	8-12 соат	2-3 кун	7-8 кун	0,10-0,4 ммоль/л

4.	АсЛТ	8-12 соат	3 кун	5-6 кун	0,10-0,68 ммоль/л
5.	ЛДГ	8 соат	2-3 кун	10-12 кун	0,8- 4,0 ммоль/л
6.	ЛДГ1	Биринчи , соатларда	3 кун	Бир ойга яқин	31-33% гача
7.	КФК	4 соатдан кейин	1 кун	5-6 кун	20Е/л гача ёки 1,2 ммоль Р/с х л
8.	МВ КФК изоферменти	2-4 соатларда	18-24 соатларда	5-8 кун	0-6% гача
9.	Тропонин Т ва I	3-12 соатларда	24 соатларда	5-14 кун	Аниқланмайди ёки 0,1 мкг/л дан кам
10.	СРО	Биринчи кунларда	13-18 кун	28-56 кун	Бўлмайди
11.	Фибриноген	48 соат	3-5 кун	1-2 хафта	2-4 г/л
12.	Сиал кислотаси	24 соатда	5-10 кун	1-2 ой	0,130-0,200 оптимал зичлик бирлигида
13.	Серомукоидлар	Биринчи кунларда		10-14 кун	22-28 г/л
14.	Альфа2-глоблин	48 соат	3-5 кун	20-21 кун	4-8%
15.	Миоглабин	2 соат	6-10 соат	28-32 соат	5-8,5 пкг/л
16.	Глюкоза мидори	1 соатларда		10 кунгача	3,3-5,5 ммоль/л

Жадвалда келтирилган лаборатор кўрсаткичлардан тропонин, МВ-КФК, миоглобин МИ ни ташхиллаш учун юқори аҳамиятга эга. Қон зардобида тропонин миқдорини аниқлаш ЎКС негизида МИ ривожланиш хавфини эрта аниқлаш имконини яратди. Қонда тропонин миқдори 0,1 мкг/л кам

бўлса, консерватив даво чоралари олиб борилади. Унинг миқдори 0,1 мг/л дан ошганда, ЭКГ да ST сегменти ўрта чизикдан кўтарилмаган бўлса ҳам, беморларда МИ ривожланиш хавфи юқори. Шу сабабли, зудлик билан уларда тож томирлар инвазив реканализациясини ўтказиш масаласини ҳал қилиш лозим.

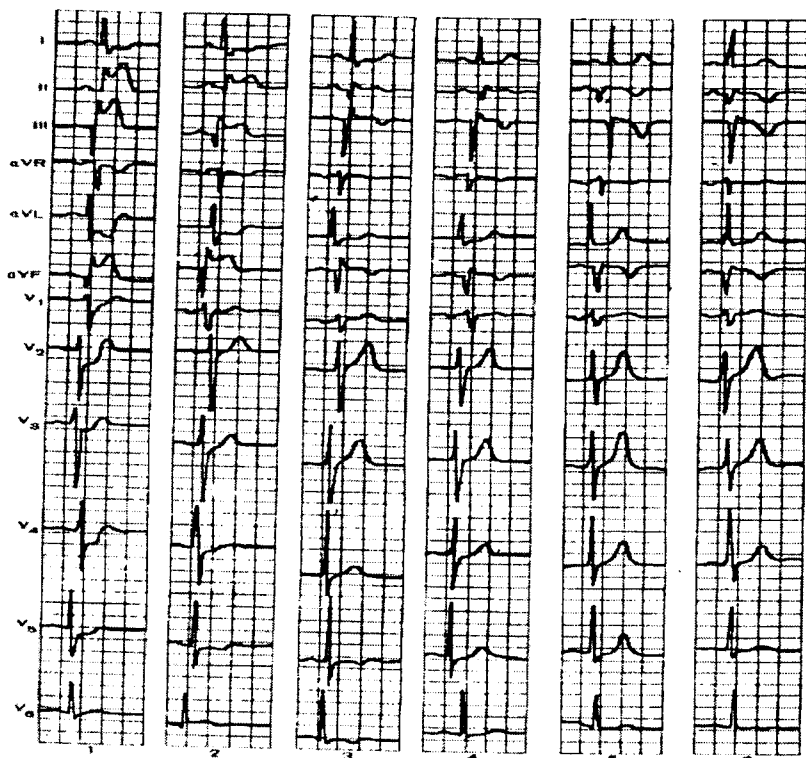
Электрокардиография. Кўкрак қафасидаги оғрикни киёсий ташхислашда ЭКГ муҳим аҳамиятга эга бўлган текшириш усули ҳисобланади. Бу синдром билан УАВ га мурожаат қилган бемор ЭКГ сида ўзгаришлар аниқланмаган ҳолларда, уларни *юклама билан ЭКГ ўтказишга* юбориш лозим. Бу текшириш усули ёрдамида ташхис қўйиш билан бир қаторда, беморни жисмоний зўриқишга индивидуал чидамлилигини (тиббий тиклаш ва меҳнатга лаёқатлилиги), стабил стенокардияни функционал синфини, касаллик прогнозини, ўтказилган (медикаментоз ва жарроҳлик) даво самарадорлигини ҳамда антиангинал дорилар миқдорини аниқлаш мумкин. Юклама билан ЭКГ ўтказиш вақтида турли асоратлар кузатилиши эҳтимоли борлиги сабабли, уни ўтказилишига бўлган қуйидаги қарши кўрсатмаларни УАВ билиши лозим:

- *мутлақ қарши кўрсатмалар:* МИ нинг ўткир даври, ностабил стенокардиялар, юрак ва аорта аневризмаси, миёда қон айланиши бузилиши, ўткир тромбофлебит, ўпка артерияси тромбоземболияси (ЎАТЭ), СҚАЕ нинг III-IV ФС, яққол намоён бўлган ўпка етишмовчилиги, иситмалаш;

- *нисбий қарши кўрсатмалар:* тахикардиялар, Гисс тутами чап оёқчасининг тўлиқ блокадаси, юқори даражадаги синоатриал ва АВ блокадалар.

Ушбу текшириш натижалари асосида мутахассис хулосасига биноан УАВ беморни кейинги олиб бориш тамойилларини белгилайди.

Стабил зўриқиш стенокардиясида ЭКГ фақат хуруж вақтида ва юклама билан ўтказилганда ST сегментининг депрессияси ёки Т тишчасида ўзгаришлар кузатилади. Ностабил стенокардияларда эса бу ўзгаришлар янада яққолроқ намоён бўлади. Унинг айрим турларида, яъни УКС ва Принцметал стенокардиясида ST сегментини МИнинг ўта ўткир давридаги каби ўрта чизикдан ёйсимон кўтарилиши кузатилади. МИнинг ҳар бир даврида ўзига хос ЭКГ ўзгаришлар (ST сегменти, Т ва Q тишчалари) қайд этилиб, улар 4-расмда келтирилган.



4-расм. Миокард инфарктининг турли даврларида
ЭКГда кузатиладиган ўзгаришлар

4-расмдаги МИга хос бўлган ўзгаришлар некроз ўчоғи жойлашиш соҳасига қўра ЭКГдаги маълум бир тармоқларда кузатилади (4-жадвал).

4 –жадвал

**Миокард инфарктининг турли жойлашишларида
ЭКГ тармоқларида кузатиладиган ўзгаришлар**

№	Некроз ўчоғининг жойлашиш соҳаси	ЭКГ тармоқлари
I. Олдинги девор МИ		
1	Олдинги-ён девор	I, aVL, V5, V6
2	Олдинги-тўсиқ соҳаси	V1-V3, I, aVL
3	Олдинги-чўкки	V3, V4

4	Олдинги тарқалган (олдинги-тўсиқ соҳаси ва олдинги-ён девор)	I, aVL, V1- V6, III, aVF
II. Орқа девор МИ		
1	Орқа -диафрагмал	III, aVF, II, I, aVL, V1-V4
2	Орқа - базал	V1-V3 да R тишчанинг баландлашиши ва V1-V4 да ST сегментининг депрессия кўринишидаги реципрок ўзгаришлари. V7-V9 тармоқларда QRS комплекси ва T тишчаси деормацияси.
3	Орқа – ён девор	I, II, III, aVL, aVF, V6. V1-V2 да реципрок ўзгаришлар.
4	Орқа-тарқалган (орқа –диафрагмал ва орқа – ён девор)	II, III, aVF, V5-V9. V1-V3 да реципрок ўзгаришлар.
III	Ён девор МИ	I, II, aVL, V5, 6.

ЮИКни ташхислашда ЭКГ мониторинги (Холтер мониторлаш) муҳим амалий аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида Принцметал стенокардияси, оғриксиз ишемия ҳамда доимий бўлмаган юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларини аниқлаш мумкин.

Эхокардиография. Миокарднинг ишемияга учраган қисмининг қисқарувчанлик фаолиятини баҳолашга ёрдам беради. Баъзан касалликнинг эрта, ҳатто ҳали ЭКГ да ва фермент тизимида ўзгаришлар пайдо бўлмаган даврида ҳам унинг ёрдамида кўпроқ маълумотлар олиш мумкин. Шунингдек, бу усул коронароген оғриқларни юрак нуксонлари (аортал стеноз), идиопатик кардиомиопатиялар, перикардит, митрал клапани пролапси, қаватланувчи аорта аневризмасидаги оғриқлардан фарқлашга ёрдам беради. Беморлар у ёки бу сабабга кўра жисмоний юкламаларни бажара олмасалар, фармакологик синамалар ўтказиш тавсия этилади. Бунда кўпроқ юрак қисқаришлар сонини ошириб, унинг кислородга бўлган талабини кўпайтириш хусусиятига эга бўлган добутамин ёки миокарддан қонни олиб кетувчи (синдром обкрадывания) дипиридамол қўлланилади. Гисс тутами чап оёқчаси тўлиқ блокадаси, WPW-синдроми, юрак ўтказувчанлигининг бошқа бузилишлари, тинч ҳолатда туширилган ЭКГ да ST сегментининг 1 мм дан кўпроқ депрессияси ва беморни етарли даражада фаол жисмоний юкламани кўтара олмаслиги *стресс-ЭхоКГ* ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Ушбу усул добутамин билан ўтказилганда сезувчанлиги 75-85%, спецификлиги эса 85-90% ни ташкил этади.

Коронар ангиография. Коронар ангиография унда атеросклероз мавжудлигини ишончли аниқлаш усулларидадан бири ҳисобланиб, тож

артерияларнинг торайиш даражаси ва ўлчамини аниқлашга катта ёрдам беради. Ушбу текшириш усули қуйидаги ҳолларда ўтказилади:

- кўкрак қафасида оғриқлар бўлиб, беморда ЮИК мавжудлиги бошқа инвазив бўлмаган текшириш усуллари ёрдамида тасдиқланмаганда;

- ЭКГ да миокард ишемияси белгилари мавжуд бўлиб, стенокардия хуружлари кузатилмаганда;

- ўтказилаётган оптимал антиангинал даво чораларига қарамасдан, стенокардиянинг III –IV- ФС лари сақланиб қолса;

- беморнинг яқин қариндошларида тўсатдан ўлим ҳолати ва ўзида ҳаётга хавф солувчи юрак ритмлари бузилиши қўзғатилса;

- беморда ностабил стенокардия ёки МИ нинг клиник белгилари кучайиб борса (зудлик билан кўрсатма);

Коронар ангиография ўтказишга қарши кўрсатмалар:

- + иситмалаш;

- + бошқа паренхиматоз аъзоларнинг оғир ўткир ва сурункали касалликлари;

- + юрак ритмининг оғир бузилишлари (политоп, гуруҳли, залпли экстрасистолиялар, пароксизмал тахикардилар);

- + тотал юрак етишмовчилиги билан кечувчи кардиомегалиялар;

- + мия қон айланишининг ўткир бузилиши;

- + йод препаратларига юқори сезувчанлик.

Юқорида санаб ўтилган текширишлар билан бир қаторда, зарурат бўлганда, мутахассис тавсиясига кўра кизилўнгач орқали юрак бўлмачаларини электр стимуляцияси, изотоп вентрикулография, миокард скантинграфияси, трансмиссион-компьютер томографияси, позитрон эмиссион томография ва ЯМР текшириш усуллари ўтказилади.

Даволаш. ЮИК ни даволаш коронар қон айланишни тиклаш, миокардни кислородга бўлган талабини таъминлаш, метаболизмни яхшилаш ҳамда юрак-қон томир тизими фаолиятини мувофиқлаштиришга йўналтирилган.

ЮИКни даволашнинг асосий тамойиллари:

1. ЮИК га олиб келувчи ва уни қўзғалишига сабаб бўлувчи хавф омилларини бартараф этишга йўналтирилган умумий соғломлаштириш (номедикомендоз даво) тадбирлари;

2. консерватив - медикомендоз даво;

3. эндоваскуляр усуллар: коронар томир ичи тромбозисис, коронар қон томирларни тери орқали транслюмбал балонли кенгайтириш;

4. жарроҳлик йўли билан даволаш: аорта-коронар шунтлаш ва стентлаш, интеркоронар тромбэндоартериоэктомия.

Юрак ишемик касаллигини даволашга умумий тавсиялар:

- ◆ ЮИК ва унга олиб келувчи хавф омиллари тўғрисида тушунча бериш ва уни самарали даволаш усуллари ишлаб чиқилганлигини беморга тушунтириш;

- ◆ беморда мавжуд бўлган хавф омилларни аниқлаш ва уларни бартараф

этиш йўллари тушунтириш (хайвон ёғлари ва ош тузи миқдори чегараланган мева-савзавотларга бой парhezга риоя қилиш, зарарли одатлардан воз кечиш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш, тана вазнини камайтириш, касаллик оғирлигидан келиб чиқиб жисмоний машғулотлар билан шуғулланиш);

◆ эмоционал ҳолатлар ва атрофдаги келишмовчиликлардан тез таъсирланувчи беморларга психотерапия ўтказиш;

◆ беморга стенокардия хуружини олдини олиш ва уни бартараф этиш усулларини ўргатиш.

Дорилар билан даволаш. Дорилар билан даволашдан мақсад стенокардия хуружларини бартараф этиш, касаллик авж олиши ва асоратланишининг олдини олишдан иборатдир. Ҳозирги вақтда амалиётда ЮИК муолажасида қўлланиладиган 300 дан ортиқ турли дори воситалари ва даволаш усуллари мавжуд. Лекин улардан жуда оз қисмининг самара бериш кўп марказли текширувлар асосида исботланган. УАВ ўз иш фаолиятида самараси исботланган даволаш усуллари қўллаши лозим. 5-жадвалда стабил стенокардияни даволаш амалиётда кенг қўлланилаётган усуллари ва самараси исботланган усуллар келтирилган (Грехем Джексон 2000 й).

5-жадвал

**Юрак ишемик касаллигини даволашда
қўлланиладиган самараси исботланган усуллар**

Даволаш	Юракда кузатиладиган ўзгаришларни камайтиради (МИ ёки ўлим)	Касаллик белгиларини енгиллаштиради	Изоҳ
Аспирин	Ҳа	Йўқ	Кунига 75 мг. 1 марта
Статинлар	Ҳа	Йўқ	Мақсад: ПЗЛП \leq 3,2 ммоль/л
Бета-блокаторлар	Ҳа	Ҳа	Оптималь даражада қўллаш
Кальций антагонистлари, нитратлар, калийни фаоллаштирувчилар	Йўқ	Ҳа	Касаллик белгиларини енгиллаштиришда самарали

ТКА	Йўк	Ҳа	Медикаментоз даволаш фойда бермаганда самарали
Стентлар	Йўк	Ҳа	ТКА даги каби
Коронар шунтлаш	Ҳа	Ҳа	Кўрсатма бўлганда
Гармон ўрнини босувчи даво	Ҳа (назорат остида, лекин кўп марказли кузатувлар йўк)	Йўк	Таъсири номалум
Антиоксидантлар	Номалум	Йўк	Кўшимча текширишлар ўтказиш зарур
ҚБ ни мақсадли кўрсаткичларда ушлаб туриш	Ҳа	Ҳа	Зарурий чора
Чекишдан воз кечиш	Ҳа	Ҳа	Даволашнинг арзон тури

ЮИК билан оғриган беморлар касаллик хуружи оғирлиги даражасидан келиб чиққан ҳолда амбулатория ёки даврий равишда шифохона шароитида даволаниб туришлари лозим. Қуйида стабил стенокардияни шифохона шароитида даволашга кўрсатмалар келтирилган:

- ▶ амбулатор даво яхши самара бермаганда;
- ▶ касаллик авж олишига ёки МИ га шубҳа туғилганда;
- ▶ асоратлар (ўткир ёки сурункали юрак етишимовчилигининг авж олиши, ўпка шиши, юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши, тромбоземболиялар) ривожланганда;

- ▶ гипертония касаллиги билан бирга кечган ЮИКда гипертоник кризлар кузатилганда;

- ▶ асоратланмаган стабил зўриқиш стенокардиясининг I–II ФСда бемор ҚВП ёки ОП шароитида даволанади. Унинг авж олишининг олдини олиш мақсадида УАВ назорати остида қуйидаги дори воситаларни мунтазам равишда қабул қилиш тавсия этилади:

- аспириин 150 мг кунига 1 марта овқатдан кейин ёки стазекс (клопидогрель);

- оғриқ хуружлари вақтида нитроглицерин таблеткаси ёки дозаланган аэрозоли (изокет) тил остига;

• тавсия этишга кўрсатма бўлганда β -адреноблокаторлар ёки узок таъсир этувчи нитратлар.

- ААФИ;
- статинлар (симгал, липидекс, лавостатин).

Зўриқиш стенокардиясининг III, IV ФСда ҳамда юқорида келтирилган кўрсатмалар мавжуд бўлганда, беморлар кардиология бўлимларида даволанадилар ва аҳволлари яхшилангандан сўнг, УАВ назоратида муолажа амбулатор шароитида давом эттирилади. Дори воситалар касалликнинг клиник-лаборатор текширишлар натижасига асосланган ҳолда танланади ва қуйидагиларни буюриш тавсия этилади:

✦ оғриқ синдроми бартараф этилгунча узок таъсир килувчи нитратлар билан бир қаторда вена ичига изокет ёки перлинганит (ҚБ ни назорат қилган ҳолда) изотоник эритмада томчилаб юборилади;

✦ аспирин 150 мг кунига 1 марта овқатдан кейин ёки стазекс (клопидогрель);

✦ оғриқ вақтида – нитроглицерин (таблеткаси тил остига ёки дозаланган аэрозоль);

✦ кўрсатмалар бўлганда β -адреноблокаторлар (тахикардия, АГ, кўзғалувчанлик) ёки кальций антагонистлари (АГ, Принцметал стенокардияси).

Ушбу гуруҳ беморларида миокард ревазуализациясига (баллон коронар ангиопластика, стентлаш ёки коронар шунтлаш) кўрсатмалар бор ёки йўқлигини ҳал қилиш мақсадида коронар ангиография ўтказилади.

Стенокардия хуружида биринчи ёрдам. Стенокардия хуружи вақтида тез ёрдам сифатида қуйида санаб ўтилган дори воситаларидан бири қўлланилади:

- нитроглицерин -300-600 мкг тил остига;
- изосорбид динитрат ҳар 5 дақиқада тил остига 5 мг дан (3 мартагача)

15 дақиқа давомида;

- нитроглицерин дозаланган аэрозоль, 1-2 нафас олганда (3 мартагача)

15 дақиқа давомида;

• нитрат қабул қила олмаганда – ҚБ ва пульсни назорат қилган ҳолда нифедипин, 5 мг тил остига ёки чайнашга, β -блокатор гуруҳидан (эгилол, метапролол) қабул қилиш тавсия этилади.

Шифохонагача бўлган босқичда узок давом этувчи стенокардия хуружини бартараф этиш учун юқорида санаб ўтилган дори воситалари билан бир қаторда, баъзан тез ёрдам сифатида анальгин 50% - 2 мл, димедрол 1% - 1 мл ва папаверин 2% -2 мл аралашмаси ёки баралгин 5 мл, спазмальгон 5,0 м/о юборилади.

Нитроглицерин тавсия қилишдан олдин беморга қуйидагилар тушунтирилади:

- ✦ ноўя таъсирини, хусусан бош оғриқини;

- ✦ бемор нитроглицеринни илк бор ўтирган ҳолатда қабул қилиши мақсадга мувофиқлигини (ҚБни туширади);
- ✦ уни биринчи марта қабул қилишда кичик дозалардан бошлаш зарурлигини;
- ✦ агар биринчи таблетка қўлланилганда оғриқ қолмаса, у ҳолда ҳар 5 дақиқада (3 та кетма-кет, лекин ундан кўп бўлмаган) 1 та таблетка қабул қилишни;
- ✦ агар 3 та таблетка нитроглицерин қабул қилингандан кейин ҳам оғриқ қолмаса, зудлик билан врачга мурожаат этиш лозимлигини;
- ✦ таблеткаларни қоронғи ва совуқ жойда сақлашни;
- ✦ агар флакон очилган бўлса ва у уйда сақланса, ҳар 3 ойда, чўнтакда олиб юрилса, 3 кундан кейин таблеткаларни янгисига алмаштириб туришни.

Ностабил стенокардияни даволаш. Ностабил стенокардиянинг барча турлари мавжудлигига шубҳа қилинган беморлар шифохона шароитида даволанишлари шарт. Уларга шифохонагача ва шифохона босқичида ўтказиладиган тезкор ёрдам 6-7 жадвалларда келтирилган.

6-жадвал

Ностабил стенокардияда шифохонагача бўлган тезкор ёрдам

Умумий муолажалар	Дорилар билан даволаш	Асоратлар
1. Тинчликни таъминлаш	Нитроглицерин 0,0005 тил остига (1-2 табл.) ёки азразол 1-2 доза, наркотик бўлмаган анальгетиклар: анальгин 50% - 4 мл м/о, в/и баралгин - 5 мл м/о, в/и, самара бўлмаганда 30-60 дақиқадан кейин қайтарилади	ҚБ пасайиши
2. Зарурат бўлганда оксигенотерапия	5. Наркотик анальгетиклар: фентанил 0,005% - 1-2 мл в/и секин, оқим билан (3-5 дақиқа давомида) промедол 2% — 1 мл т/о, в/и оқим билан, секин; морфин гидрохлорид 1% - 1 мл + атропин сульфат 0,1% - 1 мл т/о. 1. Нейролептоаналгезия: фентанил 0,005% - 1-2 мл + дроперидол 0,25% 1-2 мл в/и секин, оқим билан ёки фентанил 0,005% - 1-2 мл + седуксен 0,5% - 2 мл в/и оқим билан юборилади	ҚБ пасайиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, нафас маркази фаолияти сустлашиши

3. ҚБ ва пульс назорати	6. Аспирин - 325 мг; чайналади; гепарин 10 000 БИР - в/и оқим билан, кейин 5000 БИР X 4 маҳал тери остига	Ошқозонда оғрик, қон кетиш
4. Врач ҳамкорлигида ётган ҳолатда тез ёрдам машинасида шифохонага олиб бориш	6. Миокард инфарктига шубҳа бўлганда – тромболитиклар: стрептокиназа 1500000 бирликда (альтеплаза ёки стрептодеказ).	Аллергик асоратлар, артериал ҚБ нинг тушиб кетиши, қон кетишлар

7-жадвал

Ностабил стенокардияда тез ёрдам (шифохона босқичи)

Умумий муолажалар	Дорилар билан даволаш	Асоратлари
Интенсив даволаш бўлимига ётқизиш	Нитроглицерин 0,0005-1-2 табл. тил остига, нитратлар в/и: изокет, перлинганил 0,1% -10 мл. 100 мл. физиологик эритмада (дозаторда) кунлик дозаси 30 мл.	ҚБ пасайиши, бош оғриши
Зарурат бўлганда оксигенотерапия	Наркотик бўлмаган аналгетиклар: аналгин, баралгин, спазмальгон 5 мл в/и, трамал –1-2 мл (50-100 мг) в/и секин оқим билан (3-5 дақиқа давомида)	
	Гепарин 5000 БИР x 4маҳал, ёки фраксипарин 120МЕ/кг/кунига.	Қон кетиш
Зарурат бўлганда йирик венани ва сийдик пуфагини катетерлаш	Наркотик аналгетиклар: фентанил, промедол, морфин; 1-2 мл в/и секин, оқим билан. Нейролептаналгезия: Фентанил 0,005% - 1-2 мл+ дроперидол 0,25% 1-2 мл в/и секин, оқим билан ёки фентанил 0,005% - 1-2 мл +седуксен 0,5% - 2 мл в/и оқим билан юборилади	ҚБ пасайиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, нафас маркази фаолияти сустлашиши

Қоннинг клиник ва биокимёвий кўрсаткичларини назорат қилиш	Зарурат бўлганда наркоз учун қўлланиладиган воситалар: натрий оксибутирати 20%-10мл в/и томчилаб; Кетамин (50мг) +седуксен (10мг) в/и томчилаб - 100мл 0,9% NaCl эритмасида	Кўнгил айнаши, қайт қилиш, нафас маркази фаолияти сустлашиши
--	--	--

Беморда оғрик синдроми бартараф этилгандан сўнг, узок таъсир қилувчи гитратлар, β-адреноблокаторлар, аспирин, гепарин ва ААФИ лар билан индивидуал танланган дозаларда режали даво чоралари давом эттирилади.

Миокард инфарктини даволаш. МИга шубҳа қилинганда, беморни тезда интенсив даволаш бўлимига ётқизиб, керакли чора-тадбирларни кўриш касалликнинг асоратланишини ва ўлим хавфини камайтиради. Касалхонагача бўлган босқичда беморга юқорида келтирилган, ностабил стенокардияни даволашдаги чора-тадбирлар олиб борилади. Касалликнинг биринчи дақиқаларидан бошлаб бемор қатъи ётоқ тартибига риоя қилиши ва ЭКГ монитор кузатуви остида бўлиши лозим. Бу даврда қоринчалар фибриляцияси ва ангиорентрикуляр блокада хавфи юқори бўлганлиги сабабли дефибрилятор ҳамда электрокардиостимулятор тайёр туриши керак.

Интенсив даволаш бўлимида олиб бориладиган даво чоралари оғрик синдромини тўлиқ бартараф этиш, юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишини олдини олиш ҳамда некроз ўчоғини чегаралашга қаратилган бўлиши лозим. Бу мақсадга эришиш учун МИ чалинган беморларга тромболитиклар (стрептокиназа, стрептодеказа), антикоагулянтлар (гепарин, фраксипарин, клепсан), антиагригантлар (аспирин, кардиомагнил, стазекс (клопидогрель), нитратлар (нитросорбид, нитронг-форте, моносан, оликард), β-блокаторлар (атеналол, эгилог, небилет), ААФИ (берлиприл, прендоприл, лизинатон), антиаритмик (кордарон, β-блокаторлар, аллопинин) воситалар бемор ҳолатидан келиб чиққан ҳолда индивидуал дозаларда тавсия этилади. Уларни тавсия этишда кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар мавжудлигини инобатга олиш лозим.

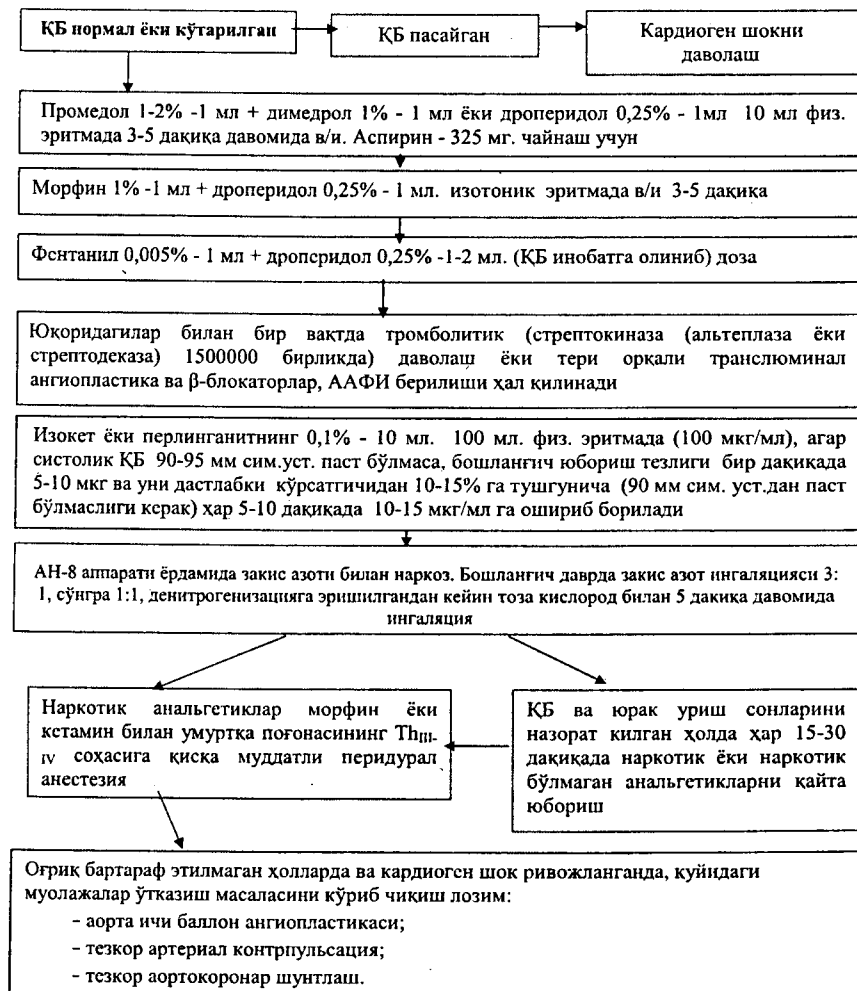
МИ ривожланган беморларда оғрик синдромини бартараф этиш учун ўтказиладиган чора-тадбирлар 4—чизмада келтирилган ва унда тавсия қилинаётган даволаш кетма- кетлигига риоя қилинади.

Шифохонада ўтказиладиган кейинги чора-тадбирлар:

- бемор биринчи 24-28 соат давомида мажбурий ётоқ тартибига риоя қилиши;
- парҳезга риоя қилиш (енгил овқатланиш);
- 7-12 кундан кейин беморни доимий фаол ҳаракатланиш ҳолатига қайтариш (асоратсиз кечганда);
- қон зардобиди мунтазам электролитлар миқдорини аниқлаш;
- тинчлантирувчи дори воситаларини тавсия этиш;
- тромбоземболик асоратлар, жумладан, чап қоринча тромбоземболияси

ривожланиш хавфи юқори бўлганда, ҳилпилловчи аритмияда, беморлар узоқ вақт ётоқ ҳолатида бўлганда, юрак қон отиш ҳажми паст ҳолларда варфарин буюриш;

• юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлганда ААФИ билан бир қаторда диуретиклар (верашпирон, фуросемид, гипотиазид) бериш.



4-чизма. Шифохона босқичида беморни ангиноз ҳолатдан чиқариш алгоритми

Асоратлар ривожланганда кўрсатиладиган даволаш тамойиллари

Ўтқир чап қоринча этишмовчилиги ривожланганда:

- намланган кислород билан нафас олдириш;
- наркотик анальгетиклар (морфин ёки омнопон) в/и;
- юкори дозаларда сийдик ҳайдовчи воситаларни (фуросемид 80-1000 мг.гача в/и) буюриш;

• изокст ёки перлинганит 10 мл. изотоник эритмада в/и ёки дозаторда, нитроглицерин тил остига тавсия этиш;

- ААФИ буюриш;
- ҚБ паст бўлиб, буйрак гипоперфузияси кузатилган ҳолларда, допамин бир дақиқада 2,5-5 мкг/кг дан, ўпкада димланиш белгилари билан кечганда, добутамин бир дақиқада 2,5 мкг/кг дан буюрилиб, зарурат бўлганда ҳар 5-10 дақиқада дори миқдори 10 мкг/ кг гача оширилади;

• левосимендин (кальций сенситизатори) бошланғич дозаси 12-24 мкг/ кг в/и.

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларида.

Қоринчалар (тахикардияси, экстрасистолияси) аритмиясида:

• лидокаин 40-80 мг. (заруратга қараб дозани ошириш мумкин) в/и оким билан ёки томчилаб;

• кордарон 3,0 -12,0 мл. (қунига 600 -1200 мг.гача) изотоник эритмада в/и томчилаб кейин қунига 200 мг дан 3 марта;

• аллапинин кунда 1 таблеткадан 2-3 марта.

• Қоринчалар фибриляциясида:

• тезкорлик билан дефибриляция;

• юрак соҳасига мушт билан зарба бериш ва юракни билвосита массаж қилиш;

• сунъий нафас бериш.

Ритм тиклангандан кейин бемор аҳволидан келиб чиқиб режали давони давом эттириш тавсия этилади.

Қоринча усти аритмияларида:

• кордарон 3,0 -6,0 мл изотоник эритмада в/и томчилаб кейин қунига 200 мг дан 3 марта;

• β-блокаторлар в/и ва ичишга, ҚБ назоратида.

Синусли брадикардияда:

• атропин 0,3-0,5 мг бирламчи доза, кейин қайта 1,5-2,0 мг т/о;

• платифиллин 1,0 -2,0 мл м/о

• самара бўлмаган ҳолларда электрокардиостимулятор (ЭКС) ўрнатиш.

I даража АВ блокадада махсус даво талаб этилмайди, лекин бемор β-блокаторлар, калий ва бошқа антиаритмик воситалар қабул қилаётган бўлса, уларни бекор қилиш.

II даражали АВ блокаданинг I – типиди:

• атропин 0,3-0,5 мг. бирламчи доза, кейин қайта 1,5-2,0 мг т/о;

• платифиллин 1,0 -2,0 мл м/о;

- самара бўлмаган ҳолларда ЭКС ўрнатиш.

II даражали АВ блокаданинг 2 - 3 – типда ва тўлиқ АВ блокадада ЭКС ўрнатилади.

Кардиоген шок ривожланганда:

- беморни горизонтал ҳолатда ётқизиш, тинч вазиятни таъминлаш;
- сийдик қопчасига катетр қўйиш ва диурезни ўлчаш;
- оксигенотерапия, ўпка шиши ривожланганда кислородни 70% спирт орқали бурун катетери ёрдамида 1 дақиқада 8 л тезликда бериш;
- монанд оғриксизлантириш;
- допамин – 200 мг. (5мл) 400 мл 5% ли глюкоза эритмаси билан томир ичига томчилаб юбориш;
- мезатон 1% -0,5-1,0 мл томир ичига изотоник эритмада ёки 5% глюкозада, (юбориш тезлиги ҚБ даражасига қараб аниқланади) томчилаб;
- реополиглюкин 200-400 мл томир ичига бир дақиқада 10-20 мл тезликда томчилаб;
- преднизалон 90-120 мг томир ичига томчилаб;
- оксигенотерапия ва ўпканинг сунъий вентеляцияси.

Рефлектор шокни даволашда юқорида санаб ўтилган муолажалар билан бир қаторда, зудлик билан оғрик синдромини бартараф этиш лозим (5-чизма).

Аритмик шокда эса ритм бузилишларининг туридан келиб чиққан ҳолда антиаритмик воситалар қўлланилади.

Тромбоземблик асоратларда:

- гепарин б.қ.шлангич дозаси 5-10 минг бирликда, ундан сўнг 24 соат давомида 30 минг бирликда тромбоцитларни қисман фаоллашган вақти назоратида вена ичига томчилаб юборилади. Қон кетиш эҳтимоли юқори эканлигини шифокор унутмаслиги лозим;
- варфарин кунига 2,5-5 мг, Халқаро Меъёрлаштирилган Муносабатлар (МНО -ХММ) кўрсаткичини кузатган ҳолда (2,0-3,0 га етгунча);
- тромбоземблик асорат қайси аъзода ривожланганидан келиб чиққан ҳолда симптоматик ва кўрсатмаларга асосан жарроҳлик даво чоралари олиб бориш.

Юракнинг ўткир ва сурункали аневризмасида:

- қарши кўрсатмалар бўлмаганда жарроҳлик йўли билан даволаш;
- СҚАЕ ривожланганда уни бартараф этишга қаратилган даво тадбирлари. Бу чора тадбирлар «Шиш синдроми»га бағишланган маърузада батафсил баён этилган.

Юракнинг ички ва ташқи ёрилиши:

- жарроҳлик йўли билан даволаш.

Дресслер синдромида:

- преднизалон кунига 15-20 мг. 5-10 кун давомида;
- НЯҚВ (диклоберил, вольтарен ва бошқалар) м/о.

Сурункали қон айланиш этишмовчилиги ривожланганда:

СҚАЕ босқичларидан келиб чикқан ҳолда “Шиш синдроми ва уларни қиёсий ташхислаш” маърузасида келтирилган даволаш чора-тадбирлари қўлланилади.

Шифохонадан жавоб беришдан олдин:

- чекишни ташлашни, тана вазнини камайтиришни, фаол жисмоний ҳаракат билан шуғулланишни (масалан, кўпроқ пиёда юриш) тавсия этиш;
- жисмоний юклама билан ЭКГ синамаси ўтказиб, беморни жисмоний зўриқишга чидамлилигини аниқлаш;
- доимий равишда β -блокаторлар (2 йилдан кам бўлмаган даврда), аспириин 100-150 мг ёки стазекс (клопидогрель) 75 мг кунда 1 марта ичиб туришни тавсия этиш;
- айрим ҳолатларда варфарин (3 ойдан кам бўлмаган даврда) ва ААФИ ни буюриш;
- СҚАЕда доимий равишда ААФИ ва кўрсатмаларга кўра диуретиклар қабул қилишни тавсия этиш;
- кўрсатмалар бўлганда (баъзан зудлик билан) беморни коронарография ўтказишга юбориш ва кардиохирурглар билан ҳамкорликда инвазив (баллон коронар ангиопластика, АҚШ, стентлаш) даволаш усулини танлаш;
- беморни мунтазам равишда ОП ва ҚВП шароитида кузатиш.

Профилактика:

- Юрак ишемик касаллигига олиб келувчи хавфли омилларни бартараф этиш:
- чекишдан воз кечиш;
 - тана вазнини камайтириш;
 - таркибида ҳайвон ёғлари кам бўлган парҳезли овқатларни истеъмол қилиш;
 - АГ ҳамда ҚД даволаш, сийдик кислотали диатез ва гиперхолестеринемияни мўътадиллаштириш.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, кўкрак кафасидаги оғриқларга сабаб бўлувчи коронароген ўзгаришлар аксарият ҳолларда бемор ўлимига ёки уни ногирон бўлиб қолишига олиб келувчи асосий омиллардан биридир. Шунинг учун УАВ улари тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим. Шуларни инобатга олган ҳолда биз ушбу гуруҳ касалликларига батафсил тўхталиб ўтдик.

Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлмаган юрак касалликларидаги кўкрак қафасидаги оғриқлар

Коронар томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлмаган кўкрак қафасида оғриқлар билан кечувчи касалликларга перикардитлар, миокардитлар, кардиомиопатиялар ва айрим юрак нуксонлари киради. Қуйида улар тўғрисида қисқача маълумот бериб ўтамиз.

Перикардитлар - юрак ташки қобиғининг яллиғланиши ҳисобланиб, аксарият беморлар юрак соҳасидаги оғриқлар билан УАВ га мурожаат қиладилар. Унинг келиб чиқишига қуйидаги этиологиялик омиллар сабаб бўлади:

▶ инфекция - бактериялар, вируслар, сил микобактериялари, замбуруғлар, паразитлар;

▶ асептик – аутоиммун (бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (БТТК), ревматизм, васкулитлар, МИ), аллергик (айрим дори воситалар таъсири, захарланиш), ёмон сифатли ўсмалар, нур билан даволаш, сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ), СҚАЕ, жароҳатлар;

▶ идиопатик- сабаби номаълум.

Касалликнинг кечиши бўйича ўткир (6 ҳафтагача), ўткир ости (6 ҳафтадан 6 ойгача) ва сурункали (6 ой ва ундан ортиқ) турлари фаркланади. Сурункали перикардитлар ўз навбатида курук, эксудатли (у тўғрисидаги маълумот “Кардиомегалиялар”га бағишланган маърузада келтирилган) ва констректив бўлади.

Курук перикардитлар аксарият ҳолларда кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми билан кечади ва перикард варақлари орасига суюқлик йиғилиши билан ушбу синдром аста-секин йўқолиб, юрак тампонадаси белгилари ривожланади. Одатда оғриқлар тўмтоқ бўлиб, йўталганда, чуқур нафас олганда, баъзида ютинганда кучаяди. Беморлар чуқур нафас олишдан кўрқиб тез-тез ва юзаки нафас оладилар. Айрим ҳолларда стенокардиядаги каби, тўш ортида сиқувчи, юрак соҳасида ва чап елкада пульсацияланувчи оғриқлар бўлиши мумкин. Перикардитга хос белгилар – перикард ишқаланиш шовқини ва унга хос ЭКГ ўзгаришлар мавжуд бўлса, таъхис қўйиш осонлашади. ЭКГда миокард инфарктдан фаркли ўлароқ ST-сегментининг ўрта чизикдан юқорига конкордант кўтарилиши аниқланади. Касалликка хос бўлган белгилардан бири - перикард ишқаланиш шовқини узок вақт сақланиб қолади. ЭхоКГ текшириш усули ёрдамида перикардитлар турини бир-биридан фарқлаш мумкин.

Перикардитларни этиотроп (асосий касаллик ва сабабларни бартараф этиш), патогенетик (НЯҚВ, ГКС (кўрсатма бўлганда)) ва симптоматик даволаш тадбирларини олиб бориш тавсия этилади.

Миокардитлар - юрак мушакларини турли сабаблар таъсирида юзага келган яллиғланиш касаллиги бўлиб, 80% беморларда кардиалгия симптоми билан кечади ва уни бошқа кўкрак қафасидаги оғриқлардан фарқлаш лозим бўлади. Оғриқлар аксарият ҳолларда кўкрак қафасининг чап томонида ёки

прекардиал соҳада жойлашади ва узоқ вақт давом этади. У санчувчи ёки босувчи характерга эга бўлиб, жисмоний ва руҳий зўриқишга боғлиқ эмас. Баъзан оғриқлар стенокардия хуружларини эслатсада, нитроглицерин ва бошқа антиангинал дори воситалари самара бермайди. Аксарият беморларда касалликнинг эрта даврларидан юракнинг турли ритм ва ўтказувчанлиги бузилишлари кузатилади. **Миокардитлар тўғрисидаги тўлиқ маълумот «Кардиомегалиялар»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.**

Кардиомиопатиялар – миокарднинг номаълум этиологияли касаллиги бўлиб, қисқа вақт ичида яққол намоён бўлган кардиомегалия, юракни ритми ва ўтказувчанлиги бузилишлари ва авж олиб борувчи СҚАЕ белгилари билан намоён бўлади. Касаллик нисбатан ёшлар орасида кўпроқ учрайди ва унинг гипертрофик, дилатацион ва рестриктив турлари фарқланади.

Гипертрофик кардиомиопатия билан оғриган беморларда ўчоқли ва диффуз қалинлашган миокардни етарли даражада қон билан таминланмаслиги сабабли (бу ҳолат жисмоний зўриқишда янада ошади) стенокардия хуружларига ўхшаш оғриқ синдроми кузатилади. Беморлар юрак соҳасида ва тўш ортидаги оғриқлар билан бир қаторда бош айланиши, хушдан кетиш хуружлари, ҳансираш, юрак тез уриб кетиши, нотўғри уришига шикоят қиладилар.

Дилатацион кардиомиопатия билан оғриган беморларда оғриқ синдроми хос эмас. У даволашга резистент бўлган авж олиб борувчи СҚАЕ, тромбозмболик синдром ва юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши билан кечади.

Рестриктив кардиомиопатияда эса эндокардни кўп миқдордаги эозинофилли грануляцион тўқима ҳисобига қалинлашиши сабабли, миокарднинг диастолик фаолияти бузилади ва ўнг ёки чап қоринчаларнинг, аксарият ҳолларда эса тотал юрак етишмовчилиги белгилари (катта ва кичик қон айланиш доирасида димланиш, ритм ва ўтказувчанликни бузилиши, эксудатив перикардит) билан намоён бўлади. ЭхоКГ текшириш усули ёрдамида кардиомиопатиялар ва уларнинг турларини фарқлаш мумкин. **Ушбу касаллик тўғрисидаги тўлиқ маълумот “Кардиомегалиялар”га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.**

Митрал қопқоқчалари пролапси – юрак систоласи вақтида митрал қопқоқчаларини (бирини ёки иккаласиниям) чап бўлмача бўшлиғига қараб бўғриб ёки қайрилиб чиқиши бўлиб, аксарият ҳолларда симптомсиз кечади. Бундай беморлар шифокор томонидан кўриқдан ўтказилаётганда касаллик тасодифан аниқланади. Айрим ҳолларда касаллик юрак соҳасидаги турли оғриқлар билан намоён бўлиб бошқа кўкрак қафасидаги оғриқлардан фарқлашни талаб этади. Беморларда оғриқлар одатда ҳаяжонланганда пайдо бўлиб, жисмоний зўриқишга боғлиқ эмас ҳамда қабул қилинган нитроглицерин самара бермайди. Юрак чўққисида яққаланган мезодиастолик ёки кечки систолик туртки (шелчок) ёки кечки систолик шовқин эшитилиши, уни вертикал ҳолатда кучайиб горизонтал ҳолатда

камайиши ҳамда ЭхоКГ маълумотлар ташхис кўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Беморларда юрак соҳасида оғриқлар, ритм ва гемодинамик бузилишлар кузатилмаса, даво чоралари ўтказилмайди. Улар доимо УАВ ва кардиолог назоратида бўлишлари керак. Агарда юқорида қайд этилган шикоятлар пайдо бўлса, тинчлантирувчи дори воситалари, β -блокаторлар ва магний препаратлари тавсия этилади.

Айрим юрак нуқсонлари (аксарият ҳолларда аортал) мавжуд бўлган беморларда ҳам кўкрак қафасида оғриқлар кузатилиши мумкин. Оғриқлар билан бир қаторда, беморларда тегишли нуқсонларга хос равишда юрак чегараларининг ўзгариши ва шовқинларнинг аниқланиши ҳамда ЭКГ ва ЭхоКГ ўзгаришлар ташхисни тасдиқлашга ёрдам беради. Даволаш тамойили гемодинамик ўзгаришлар, нуқсонни келиб чиқишига сабаб бўлган асосий касаллик фаоллигига асосан танланади (**“Юрак соҳасида шовқинлар ва уларнинг қиёсий ташхиси” маърузасига қаранг**).

Йирик томирлар зарарланиши билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

Аортанинг қаватланувчи аневризмаси, аксар ҳолатларда узоқ муддат давомида АГ билан оғриб, мунтазам равишда даволанмаган беморларда, айрим ҳолларда эса Марфан синдромида кузатилади. Юқори ҚБ негизда ривожланган аортанинг қаватланиши, кейинчалик ҚБ нинг кескин тушиши билан характерланади. Ушбу касалликда тўш суяги ортида ёки кураклар орасида тўсатдан жуда кучли оғриқ пайдо бўлиб, у орқага, қорин соҳасига ва оёқларга узатилади ҳамда қаватланиш йўналиши бўйлаб тарқалади. Беморлар хуруж вақтида совуқ ёпишқоқ тер билан қопланадилар, хансираш, нафас сикиши ва хушдан кетиш ҳолатлари кузатилади, айрим ҳолларда аорта устида диастолик шовқин эшитилади. Уйқу, билак ва болдир артерияларида пульснинг ҳар хил бўлиши - асосий ташхисий белги ҳисобланади. Қаватланувчи аорта аневризмаси кўп ҳолларда тож ва буйрак артериялари торайиши (окклюзияси), аорта клапанлари етишмовчилиги, бош мия инсульт, юрак томпонадаси каби азоратларга олиб келиши мумкин. Агар қаватланиш уйқу артериясига тарқалса, гемиплегия, қорин аортасига тарқалса, буйрак инфаркти ёки мезентериал тромбознинг клиник белгилари кузатилади. Жараён орқа мия қон томирларнинг шикастланиши билан кечса, оёқларнинг қон билан таъминланиши кескин бузилиб, турли фалажлар ривожланиши мумкин. Ташхисни тасдиқлашда кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭКГ, ЭхоКГ муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касалликка шубҳа бўлганда, беморларни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлимга ётқизиш лозим. Бемор ҳолати ва кўрсатмалардан келиб чиққан ҳолда, кизилўнғач орқали ЭхоКГ, КТ, МРТ, аортаграфия текшириш усуллари мутахассислар томонидан ўтказилади. Агар беморда ҚБ юқорилиги сақланиб қолса, тез таъсир қилувчи гипотензив дори воситаларидан,

оғрик синдромини бартараф этиш учун эса наркотик ва наркотик бўлмаган аналгетиклардан фойдаланилади. Беморларга шифохонадан кейинги босқичда (жарроҳлик амалиёти ўтказилишидан қатъи назар) β -блкторлар, ААФИ ёки КА индивидуал танланган дозаларда ҚБ назорати остида мунтазам қабул қилиб юриш тавсия этилади.

Бирламчи ўпка гипертензияси - (эссенциал ёки идиопатик ўпка гипертензияси; ўпка артерияларини бирламчи склерози, Айерс касаллиги) – ўпка артерияларида бирламчи (аксарият ҳолларда сабаби ноаниқ) систолик, диастолик ҳамда ўртача ҚБ ни тургун кўтарилиши билан характерланади. Бу касалликнинг асосий сабаби ҳозирча номаълум бўлиб, ГК, одам иммун танқислиги (ОИТИ) инфекцияси, портал гипертензия, коллагенозлар, ўпкада қон оқиб келишини ошиши билан кечадиган туғма юрак нуксонлари, анорексантларни қабул қилиш унга олиб келувчи хавф омиллар ҳисобланди. Беморларни куруқ йўтал, бир оз ҳаракатда ҳам нафас сиқиш ҳисси, тез чарчаши, айрим ҳолларда юрак соҳасида оғриклар, юрак тез уриб кетиши, бош айланиши ва ҳушдан кетиш хуружлари безовта қилади. Объектив кўрикда диффуз цианоз, тинч ҳолатда ҳансираш ва ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари аниқланди. Бирламчи ўпка гипертензиясида гемодинамик ўзгаришлар асосида ўпка томирларида қаршиликнинг ошиши ётади. Бу ўнг қоринчани зўриқиши, кейинчалик унинг қисқарувчанлигининг пасайиши ва оқибатда ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланишига (жигар катталашиши, асцит, шишлар) олиб келади. Бу беморларда кардиалгия, айрим ҳолларда эса ўнг қоринча гипертрофияси ва зўриқиш билан ишлаши сабабли, стенокардияга хос юрак соҳасидаги оғриклар кузатилиши мумкин. Бўйин томирларининг бўртиб чикиши, уйку артериясида пульснинг пасайиши кузатилади. Бемор анамнези, шикоят, объектив кўрик (юқорида санаб ўтилган белгилар билан бир қаторда ўпка артерияси устида II тон акценти, III IV тон пайдо бўлиши, ханжарсимон ўсиқ асосида дағал систолик шовқин) ҳамда кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭКГ, ЭхоКГ, ангиопульмонография, КТ текшириш усуллари натижасига асосланган ҳолда яқуний ташхис қўйилади. Касалликни махсус даволаш усуллари мавжуд эмас.

Ўпка артерияларида босимни ва қаршиликни камайтириш мақсадида қатта дозаларда КА (ҚБ назорати остида кунда 120-240 мг, нифедипин ёки 540-900 мг дилтиазем), шиш синдроми мавжуд бўлганда, диуретиклар тавсия этилади. Узок вақт давомида вена ичига простотиклиларни юбориш бемор ҳолатини яхшилайди ва умрини узайтиради.

Ўпка, плевра ва кўкс оралиғи аъзолари касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриклар

Кўкрак қафасидаги оғрик синдроми плевра, ўпка ва кўкс оралиғи касалликларида ҳам кузатилади. Бу гуруҳга кирадиган, зудлик билан ёрдам беришни (ЎАТЭ, ўткир пневмония, пневмоторакс) ва эрта ташхис қўйиб,

даволаш чораларини бошлашни талаб этадиган (плевра, ўпка, кўкс оралиғи ўсмаси) касалликлар тўғрисида УАВ етарли маълумотга эга бўлиши керак. Куйида ушбу касалликларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Ўпка артерияси тромбоземболияси - УАВ фаолиятида тез учраб турадиган МИ, оёқларнинг варикоз касаллиги, сурункали ўпкали юрак каби хасталикларнинг оғир асоратларидан биридир. Шунингдек, жаррохлик амалиёти, ҳомиладорлик, узок вақт ётоқ тартибда бўлиш, семизлик, оғиз орқали контрацептив воситаларни қабул қилиш каби ҳолатлар тромбозис бўлишига олиб келувчи хавф омиллари ҳисобланади. Юқоридаги сабаблардан қатъий назар, томир эндотелийсини маҳаллий зарарланиши, қоннинг ивувчанлигининг фаоллашиши, маълум соҳада қон айланишининг секинлашиши ЎАТЭ ривожланишида муҳим аҳамиятга эга. Ушбу асорат одатда тўсатдан пайдо бўлган тўш суяги ортидаги қучли оғрик, юрак тез уриб кетиши, аритмиялар пайдо бўлиши, ҳансираш, ҳаво стишмаслиги, қон туфлаш, артериал гипотония ва ҳушдан кетиш белгилари билан кечади. Ўпка артериясининг асосий ҳамда йирик тармоқларининг жароҳатланиши аксарият беморларнинг тўсатдан ўлими билан тугайди. ЎАТЭ 10% ҳолларда ўпка инфаркти ҳамда инфаркт пневмонияси билан асоратланади ва бу нафас олганда оғриқнинг қучайиши, 15-35% ҳолларда эса қон туфлаш билан кечади. Касаллик тўсатдан пайдо бўлган ҳансираш кўринишидаги ягона белги билан кечганда, ташхис қўйиш жуда мураккаб. Агар беморда ҳансираш билан бир қаторда қон туфлаш, ўпка перкутор товушининг тўмтоқлашиши, плевра ишқаланиши ва бошқа шовқинлар кузатилса, тромбоземболия ташхисини қўйиш унча мураккаб бўлмайди. Юқоридаги ҳолларда ўлимга олиб келувчи асосий сабаб тез ривожланиб борувчи ўнг қоринчани ўткир стишмовчилиги ҳисобланади.

ЎАТЭни ташхислашда ЭКГ текшириш муҳим аҳамиятга эга. Унда электр ўқининг ўнгга силжиши, Р тишчасини ўзгариши (P-pulmonale), S₁-Q_{III} T_{III} синдроми (I стандарт тармоқда чуқур S, III тармоқда эса яққол намоён бўлган Q ва манфий T) ҳамда Гисс тутами ўнг оёқчасининг блокадаси аниқланади. Юқоридаги белгилар УАВ га ЎАТЭ ни МИ ва ностабил стенокардиядан фарқлашга ёрдам беради. Шу билан бир қаторда, ташхисни тасдиқлаш учун ихтисослаштирилган бўлимларда кўкрак кафаси рентгенографияси, селектив ангиопульмонография, вентеляцияли-перфузияли сцинтиграфияси ва КТ каби текшириш усуллари қўлланилади.

Даволаш: ЎАТЭ га шубҳа бўлганда, шифокор зудлик билан бемор томири ичига 20000 бирликда гепаринни оқим билан юбориши керак. Оғрик синдромини қолдириш учун нейрелептоанальгезия (дропсидол 0,25% 2 мл+фентанил 0,005%-2 мл) ёки наркотик аналгетиклардан фойдаланилади. Унинг имкони бўлмаганда, оддий аналгетиклар қўлланилади. ҚБ паст бўлган ҳолларда симпатомиметиклар (допамин 4%-5 мл. физиологик эритмада томчилаб), бронхообструктив синдромда эса митилксантиллардан (эуфиллин 2,4% 10 мл) ва намланган кислород

тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир. Юқорида санаб ўтилган тез тиббий ёрдам билан бир вақтнинг ўзида бемор зудлик билан реанимация бўлимига ётқизилиши зарур. Бўлимда гепарин (ёки фраксипарин) 7-14 кун давомида ҳар куни 30000-40000 бирликдан кон ивиши кўрсаткичларини назорат қилган ҳолда вена ичига юборилади. Шунингдек, касалликнинг биринчи дақиқаларида фибринолитиклардан (стрептокиназа, стрептаза, целиаза, стрептодеказа, урокиназа) фойдаланиш яхши самара беради. Ўпка инфаркти пневмониясини олдини олиш мақсадида кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар қўлланилади.

УАВнинг асосий вазифаси ушбу оғир асоратни олдини олишга қаратилган бўлиб, унга олиб келувчи касалликларни ўз вақтида аниқлаши ва даволаш чора тадбирларини олиб бориши лозим.

Спонтан пневмоторакс - анамнезида бронхиал астмаси, ўпка эмфиземаси, сили, абцесси, гангрена, бронхоэктатик касаллиги бўлган беморларда тўсатдан кўкрак қафасининг бир томонида кучли оғрик, хансираш, курук йўтал пайдо бўлганда иккиламчи пневмоторакс ҳақида ўйлаш керак. Бу ҳолатларда ўпка плевраси бутунлиги бузилиши оқибатида унинг оралиғига ҳаво тўпланади. Пневмоторакс баъзида (бирламчи) ўлкаси соғлом бўлган озгин ёш эракларда ҳам учраши мумкин. Беморларда оғриқлар жойлашиши ва интенсивлиги турлича бўлади. Оғриқнинг, хансирашнинг кучайиб бориши, беморнинг совуқ тер билан қопланиши, ярим ўтирган ҳолатни эгаллаши пневмоторакснинг зўрайиб бораётганидан далолат беради ва бундай ҳолларда тезда плеврал пункция ўтказилиши шарт. Спонтан пневмотораксда оғриқлар аксарият ҳолларда кўкрак қафасининг ён қисмларида жойлашади. Бу кескин санчувчи оғриқлар нафас олганда ва бошқа ҳаракатлар пайтида кучаяди ҳамда кучли диспноэ ҳолати билан биргаликда кечади.

Юрак тўмтоқлик чегарасининг кенгайиши, пневмоторакс соҳасида гиперрезонанс ҳолатининг кузатилиши, нафаснинг сусайиши ёки йўқолиши, овоз титрашининг аниқланмаслиги, диафрагманинг пастга силжиши каби пневмоторакснинг асосий физикал белгилари ташхис қўйишга ёрдам беради. Кўкрак қафасини рентген ёрдамида текшириш усули якуний ташхис қўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Беморлар зудлик билан жаррохлик бўлимига ётқизилиб, даво чоралари олиб борилади.

Ўткир трахеитда кузатиладиган оғриқлар аксарият ҳолларда тўш ортида жойлашиб, куйдирувчи характерга эга бўлади ва чуқур нафас олганда ҳамда йўталганда кучаяди. Ушбу касалликнинг асосий қакирувчиси вирусли инфекциялар ва грамм мусбат кокк таёқчалари ҳисобланади. Унда юқорида санаб ўтилган белгилар билан бир қаторда, ҳолсизлик, қисқа муддатли иситмалаш ва қонда лейкоцитоз кузатилади. *Даволашда* пенициллин ва цефалоспорин гуруҳидаги антибиотиклар, йўталга қарши ҳамда балғам кўчирувчи дори воситалари қўлланилади.

Ўткир пневмонияда ҳам кўкрак қафасида оғриқлар кузатилади, лекин у касалликнинг асосий белгиси ҳисобланмайди. Оғриқлар санчувчи

характерга эга бўлиб, нафас олганда ва йўталганда кучаяди. Беморлар кўкрак қафасининг шикастланган томонини авайлаб, юзаки нафас оладилар. Оғриқ синдроми билан бир каторда йирингли балғам ажралиши билан кечувчи йўтал, тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳансираш, ўпка аускультациясида жарангли нам хириллашлар эшитилиши, қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ нинг ошиши, кўкрак қафаси рентгенида эса сояланиш кузатилади.

Плевритлар аксарият ҳолларда бирорта касалликнинг белгиси ёки асорати сифатида намоён бўлади. У кўпинча ўпка сили, пневмония ёки ўпка ва шлевра варақларининг хавфли ўсма касаллигида, кам ҳолларда эса бириктирувчи тўқиманинг тизимли ва бошқа касалликларда, шунингдек,, уремияда учрайди. Плевранинг олд девори шикастланиши билан кечувчи барча жараёнлар кўкрак қафасидаги оғриқлар билан кечади. Курук (фибриноз) плевритда эксудация жуда кам бўлиб, ҳосил бўлган суюқлик яллиғланиш соҳасида ушлаб қолинади. Эксудатдан ҳосил бўлган фибрин толалари плевра варақлари устига ўтириб қолади ва нафас ҳаракатида уларнинг бир-бирига ишқаланиши оғриқ пайдо бўлишига олиб келади. Оғриқлар одатда юрак соҳасида, кўкрак қафасининг олд ва ён томонида бўлиб, бўйин, елка, курак соҳаларига узатилади. Аксарият ҳолларда оғриқ маълум бир соҳада жойлашади ва бемор у ерни бармоғи билан аниқ кўрсата олади. Жараён диафрагма нерв толаларига тарқалганда, оғриқ тўш-ўмров-сўргичсимон мушаклар оёқчалари орасида ва ўрта ўмров чизигининг ўнинчи қовурға билан кесишган нуқтасида жойлашади. Айрим беморларда тўхтатиб бўлмайдиган ҳикичоқ кузатилади. Плевранинг диафрагмал қисми шикастланганда эса оғриқлар қоринни олдинги деворига узатилади. Ўпка аускультациясида плевра ишқаланиш шовқинини эшитилиши ташхислашнинг муҳим белгиси ҳисобланади. Шовқин майин ёки дағал (қор ёки янги пойабзал ғижирлашига ўхшаш овоз) бўлиб, нафас олишнинг барча босқичларида, аксарият ҳолларда кўкрак қафасининг ён ва пастки қисмларида яхши эшитилади.

Ўпка сили натижасида юзага келган плевритга кенг соҳада ғижилловчи шовқинлар эшитилса-да, аксарият ҳолларда оғриқ белгиси билан бирга кечмаслиги мумкин. Ушбу касалликка шубҳа бўлган барча ҳолларда, синчковлик билан йиғилган анамнез, объектив кўрик, балғам микроскопияси (3 марта) ва уни бактериологик текшириш ҳамда кўкрак қафаси рентгенографияси натижаларини тўғри таҳлил қилиш ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Плевритларни даволаш унга олиб келган касалликка қаратилган бўлиши лозим. **Ўткир пневмонияда ва плевритларга хос бўлган специфик белгилар, ташхислаш ҳамда даволаш тамойиллари “Йўтал, балғам ажралиши ва қон туфлаш” мавзусига бағишланган маърузада батафсил ёритилган.**

Ўпка ракида кўкрак қафасидаги оғриқлар жараённи плевра варақларига, диафрагмага, йирик бронхларга, трахеяга, кўкс оралиғига

тарқалиши натижасида пайдо бўлади. Аниқ жойлашишга эга бўлган доимий оғриқ нафас олганда, йўталганда, қўл ва елка камари ҳаракатга келганда кучаяди. Беморда ўта кучли оғриқлар кузатилиши ўсмани нерв толаларини босиб қўйганлиги ёки уларга ўсиб кирганлигидан далолат беради. Кўкрак қафасидаги оғриқ йўтал, қон туфлаш, хансираш билан бирга кечганда, ўпка ракига шубҳа қилиш лозим. Ўсма ўпка чўққисида жойлашган ҳолларда куйидаги учлик симптоми кузатилади:

- шикастланган томондаги елка бўғими ва қўлда кучли оғриқ ва кейинчалик мушаклар атрофияси ривожланиши;
- пастки бўйин симпатик тугунлари шикастланиши - Клод Бернар-Горнер синдроми (миоз, птоз, эндофталъм, шикастланган томонда тер ажралмаслиги);

- умуртқа поғонасининг пастки бўйин ва юқори кўкрак қисмлари ҳамда юқоридаги қовурғаларнинг орқа қисмининг емирилиши.

Ташхислашда юқоридаги белгилар билан бир қаторда ўсма касаллигига хос бўлган умумий белгилар, яъни сабабсиз иситмалаш, камқонлик, иштаҳанинг йўқолиши, тана вазнининг камайиши, лимфа тугунларининг катталашиши ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шу ўринда ўпка раки 90% ҳолларда чекувчилар орасида кузатилишини УАВ ёдда тутиши ва чекишга қарши фаол тарғибот ишларини олиб бориши керак. Беморга якуний ташхис қўйишда кўкрак қафаси рентгенографияси, КТ, бронхография (биопсия билан), балғам ва плевра суюқлигини цитологик текшириш усулларини қўллаш лозим. Касалликка шубҳа бўлганда, УАВ ташхисни тасдиқлаш ҳамда даволаш чора тадбирларини эрта бошлаш учун беморни мутахассис—онкологга юбориши керак.

Қизилўнғач касалликларининг аксарияти тўш ортидаги оғриқлар билан кечади. Бу оғриқлар куйдирувчи характерга эга бўлиб, тўш суягининг пастки қисмида ва эпигастрал соҳада жойлашади. У кўп ҳолларда таом истеъмол қилгандан кейин пайдо бўлиб, горизонтал ҳолатда кучаяди ва жисмоний зўриқишга боғлиқ бўлмайди. Ушбу касалликларда оғриқ билан бир қаторда, жиғилдон кайнаши ва кекириш кузатилади.

Кардия ахлазиясида қизилўнғачнинг пастки қисми жоми очилишининг бузилиши кузатилиб, перестальтик қисқаришлар йўналиши ўзгариши билан намоён бўлади. Беморлар дисфагия, кўкракдаги оғриқлар ва овқат регургитациясига шикоят қиладилар. Улар орасида дисфагия касаллигининг энг эрта белгиси ҳисобланади. У қаттиқ ҳамда суюқ овқатлар истеъмол қилганда кузатилиб, эмоционал зўриқиш ва тез овқатланишдан сўнг кучаяди. Бу касалликда кузатиладиган оғриқлар сиқувчи ва тўмтоқ хусусиятга эга бўлиши, (аксарият ҳолларда кексаларда) ҳамда тўш ортида жойлашиши, айрим ҳолларда нитроглицерин яхши самара бериши уни стенокардия хуружларидан фарқлашни талаб этади. Ташхис қўйишда ЭКГ (коронар ўзгаришлар бўлмадлиги) ва рентгенография текшириш усуллари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Кўкрак қафаси рентгенографиясида ошқозон газ пуфакчасининг бўлмадлиги, баъзан аорта ёнида найсимон сояланиш,

касалликнинг кечки даврларида эса қизилўнгачни S симон кенгайиши аниқланади.

Беморларни даволашда ва оғрикларни бартараф этишда нитроглицерин, узоқ таъсир этувчи нитратлар ҳамда Са-антогонистларидан (нифедипин) фойдаланилади. Кардия ахлазияси яққол намоён бўлган ҳолларда эндоскопик дилатация яхши самара беради.

Рефлюкс-эзофагитда ошқозон ёки 12 бармоқли ичакдаги маҳсулотнинг қизилўнгачнинг дистал қисмига чиқиши оқибатида, унинг шиллик қаватининг таъсирланиши кузатилади. Зарда қайнаши, тўш ортидаги оғрик, дисфагия ва кекиришнинг пайдо бўлиши ушбу касалликка хос белгилар ҳисобланади. Рефлюкс эзофагитда куйдирувчи оғрик тўш ортида ва эпигастрал соҳада жойлашиб, пастки жағ юзасига узатилиши мумкин. Ётган ҳолатда, айниқса,, овқат истеъмол қилгандан кейин оғрик пайдо бўлиб ёки кучайиб, кўпинча ухлашга ҳалақит беради. Эзофагоспазм баъзида рефлюкс – эзофагитсиз ҳам кузатилади. Сўнгги ҳолда оғрик совук ёки иссиқ овқат истеъмол қилгандан кейин пайдо бўлиб, кураклар оралиғига узатилади ва нитратлар қабул қилгандан кейин йўқолади. ЭФГДС ташхисни тасдиқлашда ҳамда унинг оғир асорати бўлган Баррет (қизилўнгачнинг ошқозонга ўтиш соҳасидан 2-3,5 см юқорида унга хос бўлган кўп қаватли ясси эпителияни метаплазияга учраши) синдромини эрта аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касалликни стенокардиядан фарқлаш учун ЭКГ мониторингини ўтказиш, зарурият бўлганда юклама билан ЭКГ олиш керак.

Даволаш қуйидаги тавсиялардан боиланади:

- † тана вазнини камайтириш (семизлик мавжуд бўлганда);
- † ётганда бошни 15-20 см баландроқ қилиш;
- † овқатлангандан сўнг қорин ичи босимини оширувчи барча ҳолатларни (1,5-2,0 соат давомида сайр қилиш) бартараф этиш;
- † кечки овқатни ётишдан 3 соат олдин истеъмол қилиш;
- † газланган ва спиртли ичимликлар, шоколад, цитрусли мевалар истеъмол қилишни чегаралаш;
- † оғир юк кўтармаслик, белни сиқувчи кийимларни киймаслик;
- † чекишдан воз кечиш (чекувчилар);
- † қизилўнгач ҳаракатига ҳамда унинг шиллик қаватига таъсир этувчи дори воситаларини (НЯҚВ, аспирин, гармонлар) қабул қилмаслик.

Беморларда десептик ўзгаришлар яққол намоён бўлганда антацидлар (алюмин гидроксиди, маолокс, ремагель, фосфологель) ёки альгинатлар (топалкан ва бошқалар) тавсия этилади. Ушбу гуруҳ дорилари самара бермаганда, H2 гистамин рецепторлари антагонистларининг (ранитидин, фомотидин, низатидин ва бошқалар) сўнгги авлодлари ва протон помпаси ингибиторлари (омепразол, лансопразол, пантопразол ва бошқалар) ҳамда прокинетиклардан (мотилиум, цизаприд- координакс) фойдаланилади. Беморда Баррет синдроми ёки бошқа ўсма касаллигига шубҳа туғилганда, зудлик билан онкологга юборилади.

Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чуррасида ошқозоннинг юқори қисмининг диафрагма – қизилўнгач тешиги орқали кўкрак қафаси бўшлиғига кўтарилиши кузатилади. Беморлар жиғилдон қайнаши, кекириш билан кечадиган тўш суягининг пастки қисмидаги сиқувчи ва босувчи оғриқларга шикоят қиладилар. Диагфрагма чурраси, калта қизилўнгач, ошқозон ва ўт копи қисқаришининг бузилишлари натижасида пайдо бўлган рефлюкс-эзофагит, баъзида унинг оғир пептик яраси билан асоратланади. Бу ҳолда оғриқлар кўкрак қафасида эмас, балки эпигастрал соҳада пайдо бўлиб, баъзан тўш суягининг пастки қисмига ва ханжарсимон ўсимтага узатилади.

Юқоридаги маълумотлардан кўринадики, қизилўнгач касалликлари натижасида юзага келган оғриқларни юрак оғриқларидан фарқлаш унча мураккаб эмас. Одатда, бу оғриқлар ютинганда кучаяди ҳамда дисфагия билан бирга кечади. Шунингдек, кўнгил айнишисиз қайт қилиш, алиментар ўзгаришлар билан кечувчи кекириш ҳамда озиб кетиш белгилари мавжудлиги уларни бошқа касалликлардан фарқлашга ёрдам беради.

Қизилўнгач касалликларини қиёсий ташхислаш ва даволаш тамойиллари “Дисфагия ва ошқозон диспепсияси”га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Кўкс оралиги аъзолари касалликлари - тўш орқасидаги ёки юрак соҳасидаги оғриқлар баъзан кўкс оралиғидаги аъзолар касалликлари натижасида пайдо бўлиши мумкин. Булар кўкс оралиқи яллиғланиши (медиастинитлар), ўсмалари, аорта аневризмаси юқорида баён этилган қизилўнгачнинг турли касалликларидир. Оғриқлар кўкс оралиғини тўлдирувчи ўсмалар мавжуд нерв толаларини босиб қўйиши натижасида пайдо бўлади. Лекин айрим ҳолларда беморларда оғир медиастинал белгилар (йўтал, нафас олишнинг қийинлашиши, веноз димланиш, цианоз ва бошқа ўзгаришлар) бўлган тақдирда ҳам, у ердаги аъзолар тўқимаси юмшоқ ва силжувчан бўлганлиги сабабли, ўсма ўсиши бу аъзоларни силжитиб, нерв тўқималарини босиб қўймаслиги ва узок вақт давомида оғриқ синдроми кузатилмаслиги мумкин.

Бронхлардан ўсувчи ўсмалар, медиастинал саркома, лимфогранулематоз тўш суяги орти ёки тўш суяги соҳасида кучли оғриқ устуворлиги билан кечади. Жараён тўш суяги ёки қовурғага ўтганда, айниқса, ушбу белги кучли бўлади. Медиастинал ўсмаларда уларнинг жойлашувига қараб оғриқлар бўйинга, елкага ва қўлга узатилади. Агар жараён кўкс оралиғининг орқа қисмига тарқалган бўлса, оғриқ елга ва кураклар орасига узатилади. Ўсманинг умурткага ўсиши ва оқибатда унинг парчаланиши кузатилса, чидаб бўлмайдиган даражадаги кучли оғриқлар пайдо бўлади.

Медиастинит ўткир бошланиб, тўсатдан ривожланади, перикардит, плеврит ва пневмониялар билан бирга қўшилиб келиб, узок давом этувчи субстернал оғриқлар билан кечади. Бунда бемор ҳолати оғир бўлиб, у тана ҳароратининг юқори кўтарилиши, нафас олишнинг қийинлашиши ва ютинишнинг бузилиши билан кечади.

Йирингли медиастинит ҳалқум ёки ҳиқилдоқ абсцесси ёки эмпиемаси, кизилўнғач инфилтратив раки ёрилганда, шунингдек, унинг жароҳатланиши оқибатида ривожланиши мумкин. Сурункали медиастинитга эса кўпинча сил касаллиги сабаб бўлишини унутмаслик лозим. Бунда оғриқлар тўш ортида, доимий ва тўмтоқ бўлиб, ҳаракатда, тананинг кескин бурилишида, ютинганда кучаяди ва орқага узатилади. Беморда сил касаллигининг умумий белгиларидан ташқари нафас олишнинг қийинлашиши, баъзида астматик характердаги йўтал, перкуссияда овознинг бўғиқлашуви, рентгенограммада эса патологик соялар аниқланади. Юқорида санаб ўтилган кўкс оралиғидаги касалликларига шубҳа туғилганда, УАВ беморни кўкрак қафаси рентгенографияси ва кўрсатмалар бўлганда КТ текширишларидан ўтказиши ҳамда тегишли мутахассисларга юбориши лозим.

Қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

Қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари кўп ҳолларда оғрик синдроми билан кечади. Яра касаллиги, панкреатит ва холициститларда баъзан юрак, ўпка ва кўкс оралиғи аъзолари касалликларидаги каби кўкрак қафасида оғриқлар кузатилади.

Ошқозон яра касаллигида кузатиладиган оғриқлар тўш суягининг пастки қисмида ва эпигастрал соҳада жойлашади ва деярли барча ҳолатларда овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ (пайдо бўлади ёки кучаяди) бўлади. Оғрик билан бир қаторда беморларда зарда кайнаши, кўнгил айнаши, тана вазнининг камайиши (оғрик туфайли кам овқат истеъмол қилиши сабабли), қабзият каби белгилар кузатилади. Ушбу касаллик кўпроқ 50-60 ёшдаги беморларда кузатилиши сабабли, уларни ЮИК дан фарқлаш лозим бўлади. Ташхис қўйишда биринчи навбатда, ЮИК ни инкор этиш мақсадида аввал ЭКГ тушириш, ундан сўнг эса ЭФГДС ўтказиш лозим.

12 бармоқ ичак яра касаллиги. Кўпинча ёшлар орасида учрайдиган 12 бармоқ ичак яра касаллигини ҳам асосий клиник белгиларидан бири оғрик синдроми ҳисобланиб, у эпигастрал соҳада жойлашади, баъзан эса тўш суягининг пастки қисмига узатилади. Бу касалликда кузатиладиган ўткир, куйдирувчи ва симмилловчи характерли оғриқлар овқат истеъмол қилгандан сўнг, 1,5-2,0 соат вақт ўтгач пайдо бўлади. Шу билан бир қаторда, уларда тунги оч қориндаги оғриқлар кузатилиши мумкин. Бу ҳолда овқат ва антацидлар қабул қилиш бир неча дақиқадан кейин оғрик синдроми интенсивлигини камайтиради. Бемор ёши, касалликнинг клиник белгилари ҳамда ЭФГДС текшириш натижаларига асосланган ҳолда якуний ташхис қўйилади.

Ўт-тош касаллиги кўпинча ўрта ёшдаги, ортикча тана вазнига эга бўлган аёлларда учраб, унда ўнг қовурга ёйи остида тўсатдан оғрик синдроми пайдо бўлади ва 3-4 соат давом этади. Оғриқлар ўнг қурак остига,

елкага ва тўш суягининг пастки қисмига узатилиши мумкин. Сўнгги ҳолда уни МИ дан фарқлаш лозим.

Ўт қопчасида яллиғланиш жараёни мавжуд бўлганда (ўткир ёки кўзгалган сурункали холецистит) оғриқ синдроми билан бир қаторда, қалтираш билан кечувчи иситмалаш, кўнгил айнаши, қайт қилиш каби белгилар кузатилади. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ва баъзан билирубин миқдорининг ошиши қайд этилади. Айрим ҳолларда ўт қопчаси касалликларида ҳам ЭКГ да манфий Т тишчаси кузатилиши мумкин. Бунда уни ЮИК (МИ) дан фарқлаш учун қон таркибида миокард некрози маркерларини (тропанин, КФК, миоглабин ва бошқалар) аниқлаш ҳамда ЭКГ даги ўзгаришларни динамикада кузатиш лозим. Бу касалликларга шубҳа туғилганда, барча беморлар УТТ дан ўтказилади ва мутахассисга юборилади.

Панкреатитларда (ўткир ёки кўзгалган сурункали) кузатиладиган белбоғсимон оғриқлар маркази эпигастрал ва қиндик соҳасида бўлиб, аксарият ҳолларда белга кўкрак қафасига баъзан қориннинг пастки қисмига узатилади. У бемор горизонтал ҳолатда бўлганда кучайиб, оёқларини тагига йиғиб, олдинга эгилган ҳолда ўтирганга камаяди. Оғриқ синдроми энгиллик келтирмайдиган қайт қилиш, кўнгил айнаши, қорин дам бўлиши ва диарея каби белгилар, айрим ҳолларда эса ЭКГ да манфий Т тишчаси пайдо бўлиши билан кечади. Ташхис қўйишда УТТ, КТ ва қон таркибида амилазалар фаоллигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини қиёсий ташхислаш ва даволаш тамоийллари “Дисфагия ва диспепсия” ҳамда “Қориндаги оғриқлар”га бағишланган маърузаларда батафсил баён этилган.

Умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

Умуртқа поғонаси касалликлари ва аномалиялари билан боғлиқ бўлган оғриқлар қиёсий ташхислаш нуқтай назаридан (айниқса, стенокардиялар билан) тиббиётнинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади ва кўкрак қафасидаги оғриқларнинг $\frac{1}{3}$ қисминг ташкил этади. Келиб чиқиш сабабига кўра бирламчи ва иккиламчи вертеброген оғриқлар фарқланади. Биринчиси умуртқа поғонасининг бўйин ва кўкрак қисмидаги дегенератив дистрофик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, остеохондроз (умуртқалараро дискдаги дистрофик ўзгаришлар), спондилез (умуртқа танасида қўшимча суякли ўсмаларнинг пайдо бўлиши), спондилоартроз (умуртқалар аро бўғим артрози) кўринишида кечади. Иккиламчи вертеброген оғриқлар эса умуртқа поғонасини турли касалликларида (инфекцион, яллиғланишли, онкологик, метаболик, травматик ва ҳоказо) шикастланиши натижасида юзага келади. Кўкрак қафасидаги оғриқларга идиопатик спондилопатия (ўсмирларда лорсал кифоз ёки Шайерман–Май касаллиги), анкилозловчи спондилоартрит (Бехтерев касаллиги), умуртқа поғонаси остеопарози (умуртқа поғонасида

кальций микдорининг камайиши), травматик, кам ҳолларда эса инфекциялар зарарланишлар ва ўсмалар (бирламчи ва метастатик) сабаб бўлиши мумкин.

Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми остеохондрозида 50 % га яқин беморлар кўкрак қафасидаги оғриқлардан шикоят қиладилар ва у чап томонда жойлашганида ЮИК га шубҳа туғилади. Торакалгия келиб чиқишига ушбу соҳанинг ўзига хос анатомик тузилиши сабаб бўлади. Умуртқа поғонаси бўйин қисми умуртқалари кўндаланг ўсимталари илдизлари орасидаги туйнукдан симпатик нерв толалари билан ўралган чап ва ўнг умуртқа артериялари ўтади. Бўйин остеохондрозид дегенератив ўзгаришлар 30-40 ёшлардан бошланиб, умуртқа поғонасини ҳаракатга келтирувчи умуртқаларо диск, бўғимлар, боғламлар ва бошқа тўқималарни қамраб олади. Ушбу ўзгаришлар оқибатида нерв толаларининг кўзғалиши бўйин, энса ва кўкрак соҳасида оғриқлар пайдо бўлишига олиб келади. Айрим ҳолларда остеохондрозининг клиник намоён бўлиши (жумладан, кардиалгия) умуртқаларо диск чурраси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Умуртқа поғонасининг кўкрак қисми нисбатан кам ҳаракат бўлганлиги сабабли, дегенератив ўзгаришлар яққол намоён бўлмайди ва шу сабабли кўкрак қафасидаги оғриқлар нисбатан камроқ кузатилади. Оғриқлар тўмтоқ ва диффуз характерга эга бўлиб, баъзан ўткир илдизча синдроми билан ҳам кечиши мумкин. Бемор йўталганда, акса урганда, тана ҳолатини ўзгартирганда оғриқлар кучаяди.

Умуртқа поғонаси нерви синдроми умуртқа поғонаси тоғай ва суяк қисмидаги ўзгаришларни унинг артерияси симпатик чигаллари таъсири оқибатида юзага келади ҳамда 30-50 ёш оралигидаги аёлларда 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Умуртқа поғонаси нерви синдроми билан кўпроқ қўл ва бўйин мушаклари бир хил ҳаракатда бўладиган (ҳайдовчилар, бўёқчилар, шувоқчилар, ҳисобчилар, тиббиёт хамширалари) ёки оғир юк кўтарадиган (бетон қорувчилар, мунтазам оғир жисмоний иш билан шуғулланадиганлар) кишилар оғрийдилар. Касалликнинг клиник белгиси қуйидаги синдромлар билан намоён бўлади:

- оғрик, жумладан, кардиалгия;
- кохлар – вестибулар ўзгаришлар;
- кўришнинг бузилиши.

Кўкрак қафасидаги оғриқлар беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида учраб, уларнинг 100% да бўйин ва бош оғриқлари кузатилади ҳамда ваҳимали депрессив ҳолатлар билан бирга кечади. Қон босими лабил бўлиб, унинг кўтарилишига мойиллик, совуқ тер чиқиши билан кечади. Ушбу ҳолда кузатиладиган оғриқларга нитроглицерин самара бермайди.

Кохлар-вестибулар ўзгаришлар эшитишнинг бузилиши билан кечувчи бош айланиши, вегетатив реакциялар (кўнгил айниши, қайт қилиш, юз оқариши), ҳаракатдаги енгил бузилишлар каби белгилар билан намоён бўлади. Кўришнинг бузилиши эса кўзда оғриқлар, унга ёт жисм тушганлик ҳисси кўринишида учрайди. Сўнгги қайд этилган икки гуруҳ синдромлар ва ЭКГ да (жумладан, юклама билан туширганда ҳам) ўзгаришлар

аниқланмаслиги, ушбу касалликни ЮИК ва бошқа этиологияли кўкрак қафасидаги оғриқлардан фарқлаш имконини беради.

Бўйин илдизча синдромлари – радикуллопатиялар умуртқалараро диск чуррасида кузатилиб, паталогик жараён кўпроқ Сv- СvI ёки СvI -СvIII жойлашиб, тана ҳаракати билан боғлиқ бўлади. Оғриқларнинг узок вақт давом этиши ҳамда баъзан парестезиялар билан кузатилиши, Спурлинг (бемор бошини шикастланган томонга эгиб, унга юклама берилганда, шикастланган нерв толаси бўйлаб оғриқлар ва парестезияларнинг кучайиши) ҳамда Ласега (бемор бошини соғ томонга эгиб, уни босганда, шикастланган нерв толаси бўйлаб оғриқлар ва парестезияларнинг кучайиши) симптомлари ва Бертш синамаси (бўйин умуртқа поғонасини қўл билан ёки махсус мослама ёрдамида тортганда, оғриқ ва парестезияларнинг камайиши) мусбатлиги радикуллопатиялар мавжудлигидан далолат беради.

Умуртқа поғонаси кўкрак қисми остеопорози суякларнинг тобора мўртлашиши ва синишга мойилликка олиб келувчи тизимли метаболик касаллик бўлиб, ҳозирги вақтда тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Унда кузатиладиган суяклардаги ўзгаришлар ривожланишида куйидаги омиллар муҳим аҳамиятга эга:

- ▶ фарзанд кўрмаган ёки кам болали аёллар;
- ▶ нозик тана тузилишига эга бўлган аёллар;
- ▶ ҳайз кўриши вақтидан олдин тўхтаган аёллар;
- ▶ узок вақт давомида глюкокортикостероидлар қабул қилган беморлар;
- ▶ айрим касалликларга (тиреотоксикоз, Иценко-Кушинг касаллиги ёки синдроми, ҚД I типи, жигар ва буйрак паталогиялари) чалинган беморлар;
- ▶ тана вазни индекси <19 - кг/м² бўлганлар.

Остеопорозда беморлар аввал умуртқа поғонасининг кўкрак қисмида нохушлик ёки оғирни сезадилар. Кейинроқ енгил ва ўртача оғирликдаги оғриқ синдроми безовта қила бошлайди. Узок муддат ўтириш, тик туриш, керилиш оғриқни кучайтиради. Оғриқлар баъзан кучли характерга эга бўлиб, йўталганда, акса урганда, тана ҳолатини ўзгартирганда кучайиб вегетатив (такикардия, ҚБ нинг кўтарилиши, совуқ тер ажралиши) ўзгаришлар билан кечади. Объектив кўриқда кифоз ёки скалиоз аниқланиши мумкин.

Анкилозловчи спондилоартрит (Бехтерев касаллиги). Кўпроқ умуртқа поғонаси ва икки томонлама сакроилиит билан кечувчи ушбу касалликда 20% ҳолларда юрак қон-томир тизими зарарланади. Беморларда аортит, аорта қопқоқчаларининг шикастланиши сабабли юзага келган стенокардия белтилари кузатилади. Кўз ёй пардасининг шикастланиши ҳам ушбу касалликка хос белгилардан бири ҳисобланади. **Бехтерев касаллиги тўғрисидаги батафсил маълумот “Бўғим синдроми”га бағишланган маърузада келтирилган.**

Юқорида қайд этилган касалликлардан ташқари, кўкрак қафасидаги оғриқларга сил касаллиги (жараён умуртқа поғонасида жойлашганда, бирламчи ўчоқ мавжудлиги, касалликка хос рентген ўзгаришлар), умуртқа поғонаси ўсмалари (оғриқлар олдин енгилроқ, кейинчалик чидаб бўлмас

даражада бўлиши, парез ва параличлар кузатилиши), миелом касаллиги (ушбу касаллик тўғрисидаги маълумотлар “Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар”га бағишланган маърузада кенг ёритилган), умуртқа поғонаси кўкрак қисми жароҳатлари ва унинг туғма нуқсонлари (сколиоз, кифоз) ҳам сабаб бўлиши мумкин. Уларга шубҳа бўлганда, УАВ беморларни тегишли мутахассисга юбориши лозим.

Юқорида санаб ўтилган касалликларда кўкрак қафасида кузатиладиган оғриқ синдромини (кардиалгия) стенокардия билан қиёсий ташхислаш лозим ва у қуйидаги 8-жадвалда келтирилган.

8-жадвал

Умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонлари ҳамда
стенокардияларнинг солиштирма ташхиси

Белгилар	Кўкрак қафасида кузатила-диган оғриқ (кардиалгия)	Стенокардия
Беморда юрак қон томир касалликларига олиб келувчи хавфли омилларнинг мавжудлиги	Йўқ	Мавжуд
Оғриқларнинг жойлашиши	Елкада ва кураклар орасида жойлашган бўлиб, юрак соҳасига узатилади	Оғриқлар тўш ортида жойлашган бўлиб, чап қўлга, бўйинга ва настки жағга узатилади
Оғриқларни бош, қўл ва умуртқа поғонасининг бўйин қисми ҳаракати билан боғлиқлиги	Боғлиқ	Боғлиқ эмас
Оғриқ хуружларининг давомийлиги	Узоқ вақт	5-20 дақиқа давомида
ЭКГ даги ўзгаришлар (жумладан, юклама билан ўтказилганда)	Ўзгаришлар аниқланмайди	Миокард ишемиясига ҳос бўлган ўзгаришлар
Вертебрал синдром	Мавжуд	Йўқ
Нитроглицеринни самарадорлиги	Самарасиз	Самарали
Умуртқа поғонаси касалликларини даволашда қўлланиладиган дориларнинг самарадорлиги	Аксарият ҳолларда самарали	Самарасиз

УАВ умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонлари мавжуд бўлган беморлар мурожаат қилганда, юқорида баён этилган хасталикларнинг клиник белгилари билан бир қаторда уларни ташхислашда қўлланиладиган қўшимча текшириш усуллари, даволаш тамойиллари ва зарурият бўлганда, тегишли мутахассисларга юбориш учун кўрсатмаларни билишлари керак. 9-жадвалда ушбу маълумотлар қисқача ёритилган.

9-жадвал

Умуртқа поғонаси касалликлари ва нуқсонларини ташхислашда тавсия этиладиган қўшимча текшириш усуллари ва уларни даволаш тамойиллари

№	Касалликлар	Текшириш усуллари	Даволаш тамойиллари
1	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми остеохондрози	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ, анальгетиклар (трамал кунда 100-200-мг), оғир хо-латларда (ковургалараро невралгия кузатилганда) узок таъсир этувчи анастетик билан (бупивакаин 0,25-0,5%) блокада, физиотерапия муолажалари
2	Умуртқа поғонаси нерви синдроми	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ ва анальгетиклар (касалликнинг кўзиш даврларида). Нерв тўкимаси микроцир-куляцияси ва метаболизмини яхшиловчи дорилар (кавинтон, инстенон, актовегин, кортексин, пирацитам). Бош айланишла-рида бетасерк ёки вертигохель, ваҳима ва уйку бузилишлари кузатилганда кичик дозаларда антидепресантлар ва физиотерапия муолажалари, сузиш, гимнастика

4	Бўйин илдизча синдроми– радикулопатиялар	Умуртка поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ ва анальгетиклар (касалликнинг кўзиш давларида). Бош айланишларида бетасерк ёки вертигохель, ваҳима ва уйқу бузилишлари кузатилганда, кичик дозаларда антидепрессантлар ва физиотерапия муолажалари, сузиш, гимнастика. Мия босилиши белгилари кузатилганда, беморни хирургик даволашга юбориш
5	Умуртка поғонаси кўкрак қисми остеопорози	Умуртка поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда) суяклар денситометриясини ўтказиш билан. Ҳозирги вақтда ушбу касалликни ташхислашда олтин стандарт сифатида биоэнергетик рентген, абсорбциометриядан фойдаланилади	Ётоқ режими (синишлар кузатилганда), анальгетиклар, маҳаллий курук иссиқ компресс. Оғрик камайгандан сўнг энгил массаж, ультратовуш, магнит майдони ва бошқалар. Профилактика мақсадида кальций сакловчи таомлар мунтазам, жисмоний тарбия, синиш ва чикишларни олдини олиш, чекишдан воз кечиш, спиртли ичимликлар ва қаҳва истеъмол қилишни камайтириш тавсия этилади
6	Анкилозловчи спонилоартрит (Бехтерев касаллиги)	Умуртка поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ (кўрсатмалар бўлганда)	НЯҚВ, сульфасалазин (базис дори сифатида), физиотерапия муолажалари, сузиш, нафас гимнастикаси ва бошқалар

7	Сил спондилити	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда силга қарши дори билан ўтказилади
8	Умуртқа поғонасининг кўкрак қисми ўсмалари	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади
9	Миелом касаллиги	Умумий қоғ ва сийдик (Бенс-Жонс оксилени топилиши) тахлили, умуртқа поғонаси, чанок суяклари, бош мия рентгенографияси ва МРТ, тўш суяги пункцияси	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади
10	Умуртқа поғонаси кўкрак қисми жароҳатлари ва унинг туғма нуқсонлари	Умуртқа поғонаси бўйин ва кўкрак қисми рентгенографияси ва МРТ	Даволаш мутахассислар томонидан ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади

Илова: Кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми билан мурожаат қилган ушбу гуруҳдаги барча беморлар ЭКГ текширувидан (кўрсатма бўлганда, юклама билан) ўтказилиши лозим.

Ушбу касалликларнинг бирламчи профилактикаси мунтазам равишда жисмоний тарбия, сузиш, парhezга риоя қилиш, тана вазнини камайтириш, бирламчи инфекция ўчоқларини бартараф этишдан иборат.

Умуртқа поғонасидан ташқари кўкрак қафаси суяклари ва мушакларига боғлиқ бўлган оғриқлар

Кўкрак қафаси суяк-қовурға тузулмалари зарарланиши билан боғлиқ оғриқ синдроми суяк-қовурға тузулмалари зарарланишлари (остеохондрит) оқибатида кузатиладиган оғриқлар (илгари қовурғалараро невралгиялар деб номланган), аксарият ҳолларда ноқулай ҳаракат қилганда ва ўтирганда, йўталганда пайдо бўлиб, чуқур нафас олганда кучаяди. Зарарланган соҳа пайпаслаганда оғриқ аниқланади, маҳаллий анестетиклар ёки кортикостерондлар қўлланилганда, бемор енгиллик сезади.

Кўкрак қафаси суяк-қовурға тузулмалари зарарланишининг қуйидаги клиник синдромлари мавжуд:

- титц синдроми;
- ковурга-тўш синдроми (костохондрит, костостернал хондродиния);
- олдинги қовурга синдроми;
- ксифоидалгия.

Титц синдромида 2,3,4 ковургаларни олдинги учини, айрим ҳолатларда ўмров-тўш суяги бирикмасининг яхши сифатли ўсмасимон йўғонлашиши ёки оғрикли бўлиши кузатилади. Титц синдроми аксарият ҳолларда 40-50 ёшдаги (кўпинча эркаклар) кўпроқ жисмоний иш ва спорт билан шуғулланган аҳоли орасида учрайди. Оғриқлар кўкрак қафасининг юқори қисмида (кўпроқ чап томонда) жойлашган бўлиб, ўткир ёки симмилловчи характерга эга бўлади ва узоқ вақт давом этади. Одатда беморлар оғриқларнинг жойлашиш жойини аниқ кўрсатадилар. Кўриқда шикастланган соҳада шиш аниқланади ва пайпаслаганда оғрик кучаяди. Бемор шикаюти, объектив кўрик ва кўкрак қафаси рентгенографияси натижаларига асосланган ҳолда ташхис қўйилади. Даволашда НЯҚВ ва анальгетиклар қўлланилади.

Қовурга – тўш суяги синдроми – аксарият ҳолларда 2 ва 3 ковургалар тоғай қисми шикастланиши билан кечувчи ушбу синдром 40 ёшдан катта бўлган аёллар орасида кўпроқ учрайди. Оғриқлар асосан кўкрак қафасини олдинги деворида чап тўш олди соҳасида жойлашади ва унинг ҳаракатида кучаяди. Қовурга – тўш суяги синдромида бир қанча оғрикли соҳалар мавжуд бўлиб, объектив кўриқда шиш ва яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Даволашда НЯҚВ, анальгетиклар ва физиотерапия муолажаларидан фойдаланиш яхши самара беради.

Олдинги қовурга синдромида жароҳатланиш ёки кўкрак қафасини кескин буриш натижасида Х, айрим ҳолларда IX ва VIII ковургаларнинг тоғай қисмининг ярим чиқиши кузатилади. Бунда кучли оғрик билан бир қаторда, ушбу ковургалар олдинги қисмининг ҳаракатчанлиги аниқланади.

Ксифоидалгияга тўш суяги ханжарсимон ўсиғини пайпаслаганда ва бемор ярим ўтирган ҳолатда бўлганда кучли оғрик пайдо бўлиши хос. Оғрик меъъридан ортиқ таом истеъмол қилганда, энгашганда, керишганда ёки кўкрак қафасини айлантирганда кучаяди. *Даволаш:* НЯҚВ, анальгетиклар ва физиотерапия.

Кўкрак қафасини миофасциал оғрик синдроми УАВ фаолиятида қуйидаги катта ва кичик кўкрак мушаги, тўш суяги, олдинги нарвонсимон, arrasимон, куракларни кўтарувчи мушаклар кўринишидаги миофасциал синдромлар учраши мумкин. Санаб ўтилган барча ҳолатларда беморлар шикастланган мушак соҳаларидаги оғриқлардан шикают қиладилар. Оғрик синдроми чап томонда жойлашганда, ЮИК ни истисно қилиш мақсадида, бемор анамнезини, оғрик хусусиятларини мукамал ўрганиш ва кўрсатмаларни инobatга олган ҳолда қўшимча текшириш усулларини (ЭКГ тинч ҳолатда ва юклама билан, холтер ЭКГ, ЭхоКГ) ўтказиш лозим. *Даволаш:* НЯҚВ, анальгетиклар.

Сут бези раки. Аёллар кўкрак қафасидаги оғриқларга, баъзи ҳолларда сут бези касалликлари сабаб бўлиши мумкин. Оғриқлар бир ёки икки томонлама, чегараланган ёки тарқалган характерга эга бўлиб аксарият ҳолларда хомиладорлик мастопатияси оқибатида юзага келади. Тахминан 10% ҳолларда оғриқлар сут бези раки туфайли кузатилади. Шунингдек,, оғриқлар мастит оқибатида ҳам пайдо бўлишини УАВ унутмаслиги лозим. Юқорида санаб ўтилган ҳолатлар ичида сут бези раки алоҳида ўрин эгаллайди ва шунинг учун уни батафсилроқ баён этамиз. Касаллик қатор бошқарилмайдиган (50-65% ҳолларда 50 ёшдан кейин, наслий мойиллик – онаси, опа-сингилларида сут бези раки кузатилган аёллар икки марта кўпроқ касалланадилар) ва бошқариладиган (ҳайз кўришнинг эрта бошланиши – 13 ёшгача, фарзандсизлик ёки 30 ёшдан кейин фарзанд кўрганлар, 50 ёшдан кейин кузатилган менопауза, 5 йилдан узоқ давом этган гармонлар билан ўрин босувчи даволаш, нотўғри овқатланиш, семизлик, чекиш, спиртли ичимликларни меъёридан ортик истеъмол қилиш) хавфли омиллари мавжуд бўлган аёлларда кўпроқ кузатилади. Сут бези раки 70% ҳолларда оғриқсиз, 14% оғриқли қаттиқлашган ҳосила, 6% фақат кўкрак қафасида оғриқ билан намоён бўлади. 3% беморлар бездан кон аралаш ажралма чиқишидан шикоят қиладилар. Айрим беморларда (5%) сут бези тери қопламалари, ўлчамлари ҳамда кўриниши (2%) ўзгарган, 2% ҳолларда сўргич орқага тортилган бўлиши мумкин.

Касалликни эрта ташхислаш учун УАВ кўрик вақтида аёллар сут безини (айниқса,, хавфли омиллари мавжуд бўлганларини) синчиклаб пальпация қилиши ҳамда аёлни ўзига ҳам бу усулдан фойдаланишни ўргатиши лозим. Мабодо безда қаттиқлашган ҳосила аниқланса, беморни УТТ, маммографиядан ўтказиш ҳамда биопсия олиш учун мутахассис шифокорга юбориш керак. 15-35 ёшдаги аёлларда сут безидаги қаттиқлашган ҳосилага гармонал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган яхши сифатли фиброаденома ёки киста ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Рухий ҳолатлар билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

УАВ ўз фаолиятида кўкрак қафасидаги оғриқларга сабаб бўлувчи нафақат органик, балки функционал касалликлар билан ҳам мурожаат қилган беморлар билан мулоқотда бўлади. Турли манбалардан олинган маълумотларга кўра, тиббиётнинг бирламчи бўғинига 25-30% дан кўпроқ турли даражада намоён бўлган функционал касалликларга чалинган беморлар, аксарият ҳолларда юрак кон–томир ва ошқозон–ичак тизими касалликларига хос шикоятлар билан мурожаат қиладилар. Кейинги чуқур текширишлар уларнинг 1/3 қисмида органик касалликлар эмас, балки нейроциркулятор дистония (НЦД), климактерик (дисгармонал) кардиопатия ёки депрессив ҳолатлар мавжудлигини тасдиқлайди. Ушбу касалликларда оғриқ симптоми юрак чўккисидан ёки кўкрак қафасининг бошқа соҳаларида

жойлашади ва улар бошқа соҳага узатилмайди, ammo айрим ҳолларда кўчиб юрувчи хусусиятга эга бўлиши мумкин. Оғриқлар босувчи, эзувчи, сиқувчи характерга эга бўлиб, тўлқинсимон кечади. Баъзан оғриқ стенокардия хуружига ўхшаб санчувчи ёки сиқувчи хусусиятга эга бўлса-да, ундан фаркли равишда беморни бир неча соатдан бир неча кунгача безовта қилиб, жисмоний зўриқиш таъсирида ўзгармайди ҳамда нитроглицерин самара бермайди. Бу оғриқларга кейинроқ безовталанишнинг кучайиши, уйқунинг бузилиши ва ўлимдан кўркиш ҳисси кўшилади. Ушбу ҳолатларда бемор уйқуга кетиши кийинлашади ёки уйғонгандан кейин кўкрак қафасида оғриқ сезади. Оғриқ безовта қилган соҳа терисида гиперестезия белгиларининг мавжудлиги уни функционал характерга эга эканлигидан далолат беради.

Юқорида санаб ўтилган белгилар билан 40-60 ёш оралиғидаги беморлар УАВ га мурожаат қилганда, ташхис қўйиш анча мураккаблик туғдиради. Чунки уларда соматик оғриқлар билан бир қаторда ЮИК бўлиши эҳтимоли юқори. Шунинг учун уларни кўрсатмалар асосида синчковлик билан текширишлардан ўтказиш (жумладан, юклама билан ЭКГ тушириш) лозим.

Турли руҳий синамалар билан ўтказилган текширувлар, юқорида қайд этилган шикоятларнинг аксарияти депрессив ҳолат билан боғлиқ эканлигини тасдиқлайди. Депрессия ёмон руҳият, иш қобилиятининг сусайиши, ҳаёт лаззатларидан қувониш ҳиссининг йўқолиши, атрофдагилар билан мулоқот ўрнатишнинг қийинлашиши, ёлғиз қолишга интилиш, безовта ва ҳушёр ухлаш, эрталаблари ёмон кайфият ва кечқурунга келиб унинг бир оз яхшиланиши, аналгетиклардан кейин ўтиб кетмайдиган турли хил оғриқлар (аксарият ҳолларда юрак соҳасида) билан намоён бўлади. УАВ фаолиятида кўп ҳолларда қуйида келтирилган никобли (яширин) депрессия белгилари мавжуд бўлган беморлар учрайди:

- уйқунинг бузилиши (уйқуга кетишнинг кийинлиги, эрта уйғониш, тунлари безовта бўлиб ухлаш);
- иштаҳанинг ёмонлашиши (унинг сусайиши ёки аксинча кучайиши);
- турли соҳада жойлашган сурункали оғриқ синдроми (кўп ҳолларда кардиалгия, бош ва белдаги оғриқлар);
- жинсий алоқадаги турли бузилишлар;
- вегетатив ўзгаришлар (юрак уриб кетиши, нафас сиқиши, бош айланиши).

Баъзан депрессив синдром ваҳима белгилари (сабабсиз безовталиқ, доимо ёмон ҳолат юз беришини кутиш, юрак касаллигидан ўлим ҳисси ва бошқалар) кўринишида намоён бўлиши мумкин. Ушбу беморларнинг бир қисмида тез-тез касаллик варақасини олишга, ногиронликка чиқишга ва шифохонага ётишга интилиш каби социал дезадаптация ҳоллари кузатилади. Улар кунда бир неча марта тез тиббий ёрдам чақиришлари мумкин. Оила аъзоларидан юқори даражада диққат-эътибор талаб қиладилар.

Россия федерациясида 2002 йилда ўтказилган “КОМПАС” йирик тармоқли эпидемиологик текширувлар бирламчи тизимга тиббий ёрдам

учун мурожаат қилган беморларнинг 46 %да энгил депрессив ҳолатлар мавжудлигини кўрсатди. Уларнинг 23,8 %да эса даво чоралари кўришни талаб этувчи депрессив бузилишлар бўлган. Р. Г. Оганов фикрича, ЮИКга чалинган беморларнинг 86,9 %да турли даражадаги депрессиялар мавжуд. Аммо кўп ҳолларда УАВ мавжуд невротик бузилишларни аниқлашда қийналади. Шунинг учун биз А.М. Вайн томонидан тавсия этилган ва амалиётда қўллаш осон бўлган усуллардан фойдаланишни таклиф қиламиз. У уйқу бузилишининг 3 та турига асосланган бўлиб, шифокорга тез хулоса чиқариш имконини беради:

1. Уйқуга кетишнинг бузилиши;
2. Тунда юзаки ва тез-тез уйғониш билан ухлаш;
3. Эрталаб вақтли уйғониш.

Ушбу кўрсаткичлар асосида уйқу бузилишини 4 баллик тизимда баҳолаш мумкин.

0 - уйқу бузилиши белгилари йўқ – бемор 7-8 соат чуқур ва осойишта ухлайди.

1- энгил даражадаги ўзгаришлар- беморда уйқуга кетишнинг бузилиши, юзаки ухлаш ёки эрта уйғониб кетиш каби 1-2 та уйқу бузилишлари кузатилади.

2- ўрта даражадаги ўзгаришлар - беморда доимий бўлмаган уч ёки доимий бир хилдаги уйқу бузилишлари аниқланади.

3- оғир даражадаги ўзгаришлар - беморда доимий 2-3 хилдаги уйқу бузилишлари мавжудлиги.

Ушбу ўзгаришлар даражаси ва психометрик синамалар солиштирилганда, улар мос равишда невротик ўзгаришларни кўрсатиши тасдиқланди. Ундан фойдаланиш УАВга бирламчи тизимда беморда депрессия билан боғлиқ кардиалгия бор ёки йўқлигини аниқлаш имконини беради.

Айрим ҳолларда шифокорлар симпато-адреналик йўналишдаги абортив вегетатив кризлар кузатиладиган беморларга (тўсатдан қувватсизлик, ҳаво етишмаслик ҳисси, калтираш, оёқ ва қўлларнинг музлаши, асоссиз ваҳима белгилари) юрак етишмовчилиги ташхисини қўядилар. Вегетатив асаб тизими сегментар бузилишларида кардиалгия, артралгия ва қоринда оғриқлар кузатилиши мумкин. Оғриқ сезгиси бир ёки бир нечта ички аъзо соҳасини қамраб олиб, беморлар баъзан тез тиббий ёрдам чақиришга мажбур бўладилар. Оғриқ уйқу бузилиши, руҳиятнинг тушиши каби белгилар билан бирга кечади. Ушбу ҳолатларда юклама билан ЭКГ тушириш ташхисга аниқлик киритишга ёрдам беради. Беморда бир хил белгилар (аксарият ҳолларда кардиалгия) билан кечувчи турли хил функционал касалликлар ёки синдромлар, халқаро касалликлар классификацияси бўйича вегетатив асаб тизимининг самататрон дисфункцияси (ВАТСД) деб аталади. Шифокор амалиётида кўп учраб турадиган ушбу ҳолатга УАВ тўғри ташхис қўйиши ва самарали даволаши, рационал психотерапия, аутотренинг, самараси исботланган дориларни (антидепрессантлар, β -блокаторлар) қўллаши лозим.

Беморларнинг асосий шикоятлари оғриқ бўлганлиги сабабли, уларга унинг ички аъзолар касалликлари билан боғлиқ эмаслигини ва ҳаётига хавф солмаслигини сабр тоқат билан тушунтириш керак. Ўтказилган кўшимча текшириш усулларида (ЭКГ, УТТ ва бошқалар) ўзгаришлар йўқлигини кўрсатиш алоҳида аҳамиятга эга. Бундай усуллар суҳбат билан даволаш деб аталади ва унинг асосида врачнинг ишонтириш қобилияти ётади. Аутотренинг эса беморни ўз-ўзини ишонтириш, аъзолардаги функционал ўзгаришларни бошқариш қобилиyatини ривожлантириш асос қилиб олинган.

ВАТСДни даволашда дорилар алоҳида ўрин тутади ва юқорида келтирилган психотерапия ҳамда аутотренинг унга ёрдамчи вазифасини ўтайди. Кузатувлар ушбу беморларга кичик транквизаторларни (диазепам, сибазон, феназипам, нозепам ва бошқалар) буюриш яхши самара бермаслиги ва фақат касалликнинг айрим белгиларини камайтиришини кўрсатмоқда. Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, беморда кузатиладиган шикоят ва белгилар депрессия нуқоби эканлиги инобатга олинса, асосий самарали дорилар антидепрессантлар ҳисобланади. Сўнгги йилларда амалиётга турли салбий таъсирлардан холи бўлган антидепрессантлар қўллаш кенг жорий этилаётганлиги сабабли ВАТСДга чалинган беморларни амбулатория шароитида УАВ томонидан даволаш имконияти кенгайди. Илгари кенг қўлланиб келинган трициклик антидепрессантлар (амитриптелин) ижобий таъсир кўрсатса ҳам, беморларда рефлектор тахикардия, ортостатик гипотония (айниқса,, қарияларда) ва ЭКГ да P-Q, QRS, QT ораллигини узайтириши сабабли, ҳозир амалиётда қўллаш бирмунча чегараланган. Ҳозир антидепрессантларнинг янги авлодлари мавжуд бўлиб, улардан селектив таъсирга эга бўлган серотонинни қайта ушловчи дорилар ингибиторлари (СКУДИ) шулар жумласидандир. СКУДИ юрак қон-томир тизимига салбий таъсирлари кам бўлганлиги сабабли, ЮИК чалинган беморларга ҳам узок муддат қўллаш мумкин. Ушбу гуруҳ дориларидан инталоприм, флуоксетин 20 мг дан кунда 1 таблеткадан, сертралин 100 мг дан кунда 1-2 таблеткадан тавсия этилади. Шунингдек,, улардан ўз таъсир механизми ва кимёвий тузилиши бўйича бирмунча фарк киладиган коаксил (тианептин) юрак қон-томир касалликларига чалинган беморлардаги депрессияни даволашда самарали ҳисобланади (шу жумладан, қарияларни ҳам). Коаксил беморларга ичиш учун 1 таблеткадан (12,5 мг) 3 маҳал тавсия этилади ва нафақат антидепрессив балки гипоталамус-гипофизар-адреналин тизими фаолиyatини ҳам сусайтиради. УАВ антидепрессантлар аста-секин таъсир кўрсатиб, 15 кунлардан сўнг сезиларли ижобий натижа беришишини беморларга тушунтиришлари лозим. Шу билан бир қаторда, ВАТСД га чалинган беморларга антидепрессантлар билан бир қаторда, β-блокаторларни қўллаш яхши самара беради. Унинг энгил кўринишларида фақат β-блокаторларни ўзи тавсия этилади.

Марказий ва периферик асаб тизими касалликлари билан боғлиқ бўлган кўкрак қафасидаги оғриқлар

Бош мия инсультидан кейинги кўкрак қафасидаги оғриқлар - беморларда инсульт ўтказгандан кейин маълум вақт ўтгач кўкрак қафасида нохуш ҳис ва куйдирувчи оғриқлар пайдо бўлиб, кўпроқ неврологик шикастланган томонда (енгил гемипарез, оғрикли гемигипостенизия) жойлашади. Одатда улар куннинг маълум бир вақтларида, жисмоний ҳамда эмоционал зўриқишга (тегиб кетганда ва бир оз босганда кучаяди) боғлиқ ва оғриқсизлантирувчи воситалар, жумладан, наркотиклар яхши самара бермайди. Анамнез (беморларни бош мия инсультини ўтказганлиги), клиник белгилар, бош мия МРТ си, ЭКГ (қоронар ўзгаришлар ва ритм бузилиши йўқлиги) асосланган ҳолда ташхис қўйилади. Даволаш учун антидепрессантлар, оғриқ пароксизмларида карбозепин ва эпилепсияга қарши дорилар (ламотриджин, габапентин), кексаларга трамал тавсия этилади.

Тарқалган склерозда кўкрак қафасидаги оғриқлар. Тарқалган склероз бу марказий асаб тизимини сурункали қайталанувчи касаллиги бўлиб, бош ва орқа миёда кўплаб тарқалган демиелинизация ўчоқлари пайдо бўлиши билан кечади. Юзага келиш механизмига кўра, 4 та турдаги оғриқлар фаркланади:

1. тўғридан-тўғри асаб тизимини шикастланиши билан боғлиқ бўлган неврологик оғриқлар;
2. мушак тонусини ошиши билан боғлиқ бўлган бўғим ва мушаклардаги оғриқлар;
3. ички аъзолар касалликлари натижасида юзаги келган висцерал оғриқлар;
4. психоген оғриқлар.

Оғриқ синдроми кўкрак қафаси билан бир қаторда, тананинг бошқа соҳаларида ҳам жойлашиши мумкин. Ташхис синчиклаб анамнез йиғиш, мутахассис маслаҳати, ички аъзоларни УТТ (висцерал оғриқлар бўлганда), бош ва орқа миёни МРТ сига асосланган ҳолда қўйилади. Даволаш мақсадида неврологик оғриқларда антидепрессантлар ва антиэпелептик воситалар (ламотриджин, габапентин), бўғим ва мушакларда оғриқ бўлганда эса миорелаксантлар (мидокалм) буюриш тавсия этилади.

Орқа мия ўсма касаллигида кўкрак қафасидаги оғриқлар. Тахминан 50% ҳолларда орқа мия ўсмалари бевосита нерв толаларидан ёки унга яқин соҳаларда ва қобикларидан ривожланиб, радикуляр кўзғалишлар билан кечади. Кўпроқ орқа миёнинг кўкрак қисмида, асосан D4 ва D8 ораллигида жойлашган экстремедулар ўсмалар учрайди. Оғриқлар ўсма жойлашган соҳага кўра тўсатдан пайдо бўлиши, бир ёки икки томонлама кучайиб бориши мумкин. Ҳаракатда оғриқнинг бир мунча камайиши кузатилиб, аксарият ҳолларда тинч ҳолатда ёки тунлари шикастланган нерв толалари бўйлаб сезишни бузилиши кузатилади. Ташхис орқа мия МРТ сидаги

ўзгаришларга асосланган ҳолда қўйилади. Орқа миёдаги ўсмага шубҳа килинганда, бемор мутахассис шифокорга юборилади.

Сирингомиелияда кўкрак қафасидаги оғриқлар. Бу орқа миё таркибида суюқлик билан тўлган ва кенгайишга мойил бўлган нейроглиал бўшлиқлар ҳосил бўлиши билан кечувчи касаллик ҳисобланади. Туғма (кранио-вертебрал) аномалиялар ва орттирилган (орқа миё катта тешиги ёки унинг ўзини ўсмаси, миё жароҳатлари, сил, захм, арахноидит) касалликлар унинг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Беморнинг умуртқа поғонасида, кўкрак қафасида ва қўлларида ҳаракат билан боғлиқ бўлмаган оғриқлар пайдо бўлади. Улар тунда ва ҳаво ўзгарганда кучаяди. Битта қўлда сезувчанликнинг пасайиши ва кейинчалик унинг кўкрак қафасига тарқалиши, пастки спастик парапарез ва тос аъзолари фаолиятининг бузилиши кузатилади. Клиник белгилар ва орқа миё МРТ сига асосланган ҳолда ташхис қўйилади. Сирингомиелияга шубҳа туғилганда, УАВ беморни мутахассисга юбориши лозим.

Қамраб олувчи темиртки. Қўзғатувчиси ДНК–сақловчи дерматонейротроп вирус *Varicella Herpes* бўлиб, қуйидаги белгилар ушбу касалликка хос ҳисобланади:

- кўкрак қафасининг бир томонида ўта кучли оғриқлар;
- шикастланган соҳада куйдириш ҳисси ва гиперестезия;
- баъзан гипостезия ва анестезия;
- зарарланган соҳада қизариш камари билан ўралган эритематоз папула

ва везикулалар.

Даволаш: вирусга қарши воситалар (ацикловир 400 – 800 мг дан кунига 5 марта 7-10 кун давомида ёки валацикловир кунига 1000 мг дан 3 марта, фамцикловир 800 мг 5 марта), анальгетиклар, НЯҚВ.

Постгерпетик невралгия. Герпетик тошмалар билан пайдо бўлган кўкрак қафасида оғриқлар 50% беморларда йўқолмасдан, 3 ой ва ундан кўпроқ вақт давомида сақланиб қолади.

Постгерпетик невралгиялар қуйидаги белгилар билан кечади:

- кўкрак қафасида доимий ачитувчи, куйдирувчи хуружсимон оғриқларнинг мавжудлиги;
- шикастланган соҳа тери қопламига тегиб кетилганда, оғриқларнинг кучайиши;
- айрим ҳолларда чидаб бўлмайдиган даражада қичиш безовта қилиши;
- гиперестезия, гипостезия ёки анестезия соҳаларининг аниқланиши.

Ташхис анамнез, клиник белгилар, кўрсатмага кўра ўтказилган кўкрак қафаси рентгенографияси ва умуртқа поғонаси кўкрак қисми МРТ хулосаси ҳамда ички аъзолар УТТ натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

Даволаш: антидепрессантлар, пароксизмал оғриқ хуружларида қўшимча карамазепин (финлепсин), антиэпелептик воситалар (ламотриджин, габапентин). Улар самара бермаганда, мексилетин (кунига 200 – 600 мг) ёки в/и 5 мг/кг миқдорда лидокаин томчилаб юборилади.

Кўкракдаги оғриқлар маърузасини яқунлар эканмиз, УАВ мурожаат қилган ҳар бир бемордан синчиклаб анамнез йиғиши, объектив кўриқдан ўтказиши, кўрсатмалардан келиб чиқиб қўшимча текшириш усулларини тавсия этиши, зарурат бўлганда, тор мутахассислар билан маслаҳат қилиши кераклигини доимо ёдда тутиши лозим. Даво чораларини танлаганда кўп сонли дорилар ичидан у ёки бу касалликни даволашда самараси исбот қилинганларини беморларга тавсия этиши зарур.

Бунда машҳур клиницист У.Ослернинг «тажрибали шифокор тажрибасизидан фақат бир нарса билан фарқланади: биринчиси 10 касалликка қарши битта дори тайинласа, иккинчиси битта касалликка 10 дори тайинлайди», деган иборасини ёдда тутиш керак.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Асосий. ЮИК: стабил зўриқиш стенокардияси ФК II. ГК III босқич, АГ 2 даража, хавф 4 (ўта юқори);

✓ Ёндош: қандли диабет II тип тана вазни юқорилиги билан. Семизлик II даража;

✓ ЮИК: зўрайиб борувчи стенокардия (ёки Принцметал стенокардияси ёки илк бор пайдо бўлган стенокардия ва ҳ.к.) ритм бузилиши билан. Қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича II синф;

✓ Асорати: сурункали қон айланиши етишмовчилиги II А босқич (НУНА бўйича II ФС);

✓ ЮИК: чап қоринча орқа девори Q тишчали (ёки Q тишчасиз) миокард инфаркти, ўткир ости даври ритм бузилиши билан. Ҳилпилловчи аритмия тахисистолик шакли;

✓ Асорати: сурункали қон айланиши етишмовчилиги II Б босқич (НУНА бўйича III ФС);

✓ Вирус (ёки бактериал ёки токсик ва бошқа) этиологияли ўткир (ёки сурункали) миокардит оғир (ёки ўргача оғирликдаги ёки енгил) кечиши ритм бузилиши билан. А-В блокада I даражаси;

✓ Умуртқа поғонаси кўкрак ва бўйин қисми остеохондрези иккиламчи илдизча синдроми билан.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Алексеева О.П. Неотложная терапия в таблицах и схемах. Нижний Новгород, 2002.
2. Голиков А.П., Закин А.М., Стажадзе Л.Л., Неотложная кардиологическая помощь на догоспитальном этапе. Москва: Аякс, 2002.
3. Гусева Н.Г. Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы. Москва: Медицина, 1993.
4. Заин Ул Абидин, Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. и др. Клиническая медицина, 1999, № 7.

5. Калюжин В.В., Красовский С.В. Сибирский журнал гастроэн. и гепатологии. Новосибирск, 1998, № 274.
6. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Москва: Медицина, 1999.
7. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
8. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, 1994.
9. Лайт Р.У. Болезни плевры (перевод с англ.). Москва: Медицина, 1986.
10. Мадьяр М. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1987.
11. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Москва: Практика, 1988.
12. Мэнкин Г. Дж., Адамс Р. Д. Боль в области спины и шеи // Броунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни (перевод с англ.). Москва: Медицина, 1993.
13. Нестеров Ю.И., Костин В.И., Расвская Л.Г. Москва: Тер. архив, 1996, № 4.
14. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. Ишемическая болезнь сердца. Руководство для врачей. Москва: Издательский дом Синергия, 2002.
15. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология. Руководство для врачей. Москва: Проектно-издательский центр, 2007.
16. Окоорок А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Москва: Мед. лит., 2003, том-3; 2005, тома-6, 9.
17. Поздняков Ю.М., Волков В.С. Стенокардия. Москва, 2006.
18. Поздняков Ю.М., Волков В.С. Боль в грудной клетке. Москва, 2007.
19. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джскобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бинном 2003.
20. Симбирцев С.А., Гурин Н.Н. Общая врачебная практика. Санкт-Петербург: издательство СПб МАПО и «Лига», 1996.
21. Соколов В.А. Плевриты. Екатеринбург, 1998.
22. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. Москва: Информ агенство Медицина, 1998.
23. Усманов Р.И., Зуева Е.Б. Алгоритмы диагностики и лечения. Ташкент: Кардиология, 2007.
24. Чазов Е.И. Руководство по кардиологии. Москва: Медицина, 1992, том-2.
25. Чиркин А.А., Окоорок А.Н., Гонгарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Минск: Беларусь, 1994.
26. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. Болезни нервной системы. Москва: Медицина, 1995.
27. Bayer A.S. Infective endocarditis. Clin Infect Dis, 1993, № 17.
28. Borenstein D. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. Curr Opin Rheumatol, 1992, № 4.
29. Cardiovasc Clin, 1989, № 20 (1).
30. Deyo RA. Conservative therapy for low back pain. Distinguishing useful from useless therapy. JAMA 1983, № 250.

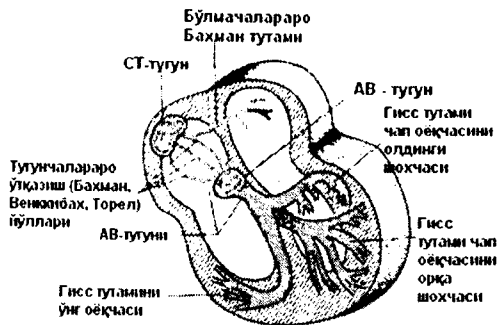
31. Epstein NE, Epstein JA. Lumbar spinal stenosis. In: Camins M., O'Leary P. *The Lumbar Spine*. New York: Raven Press, 1987.
32. Francioli P, Ruch W, Stamboulian D. et al. Treatment of streptococcal endocarditis with a single daily dose of ceftriaxone and netylmicin for 14 days: a prospective multicenter study. *Clin Infect Dis*, 1995, № 21.
33. Freston JW, Malagelada JR, Petersen H, McCloy RF. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 1995, № 7.
34. Howden CW, Freston JW. *Gastroenterology Today*. 1996, № 6.
35. Konstantinides S, Geibel A, Olschewski M, et al. Association between thrombolytic treatment and the prognosis of hemodynamically stable patients with major pulmonary embolism. Results of a multicentre registry. *Circulation*, 1997, № 96.
36. Peters FTM, Kleibeuker JH. *Scand J Gastroenterol*. 1993, № 28 (Suppl. 200).
37. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J*, 2000, № 21.

АРИТМИЯЛАР

*«Тиббиёт фан, врачлик
фаолияти эса санъат»*

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши деганда унинг қисқаришлари сони ва кўзғалиш манбаи мунтазамлигининг ўзгариши ҳамда бўлмача ва қоринчалар фаолликлари ўртасидаги боғлиқлик ва кетма-кетликнинг бузилишлари тушунилди. Улар турли сабаблар туфайли юрак асосий функцияларининг (автоматизм, кўзғалувчанлик, ўтказувчанлик, қисқарувчанлик) ўзгариши туфайли юзага келади. УАВ фаолиятида тез-тез учраб турадиган ушбу ритм бузилишлари сўнгги йилларда эришилган ижобий натижаларга қарамадан, тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Уни даволаш самараси куйидаги учта муаммо тўғри хал қилинишига боғлиқ:

1. юрак ритми бузилиши турини аниқлаш (идентификацияси);
2. ритм бузилиши сабаби, ривожланиш механизми ва турини ҳисобга олган ҳолда даволаш тактикасини танлаш;
3. юрак уриш сонини (ЮУС) меъёрида ушлаб туриш, ритм бузилиши хуружларини ҳамда у туфайли ривожланиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш учун тўғри режали, самараси исботланган дорилар билан даволашни танлаш.



1-расм

Бу муаммоларни хал қилиш йўлларини баён қилишдан олдин юракнинг меъёридаги ритми ва ўтказувчи тизими ҳамда соғлом одам ЭКГси тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Соғлом одамда юрак қисқариши учун импульслар юқори ковак венани ўнг бўлмачага туташган соҳасида жойлашган синус (СТ) тугунида (I тартибдаги ритм бошқарувчиси) тинч

ҳолатда 60-90 тагача ишлаб чиқарилади ҳамда бир вақтнинг ўзида чап ва ўнг бўлмачаларга асосан учта - Бахман, Венкибах, Торел йўллари орқали тарқалади ва атриовентрикуляр (АВ) тугунга етиб боради. АВ (Ашоф-Товар) тугуни (II тартибдаги ритм бошқарувчиси) бўлмачаларо тўсикнинг пастки қисмида, ўнг томонда, уч тавақали қопқоқча бириккан соҳада жойлашган бўлиб, тинч ҳолатда бир дақиқада 40-60 та импульс ишлаб чиқаради. Гисс тутани тўғридан-тўғри АВ тугундан бошланиб, аввал иккита-ўнг ва чап оёқчаларга, кейин чап оёқчаси олдинги-юқори ва орқа-пастки шохчаларга бўлинади.

Шохчалар охири (терминал қисми) ўз навбатида, майда толаларга (Пуркинъе толалари) тармоқланиб, миокарднинг барча қаватларига кириб боради ва юрак мушакларини синхрон қисқаришига олиб келади. Бу соҳа (III тартибдаги ритм бошқарувчиси) ҳам бир дақиқада 15-40 тагача импульс ишлаб чиқариш хусусиятига эга. Соғлом одамда СТ ҳар доим ритм бошқарувчиси вазифасини ўтаб, ўздан пастда жойлашган автоматизм манбалари фаолиятини тўхтатиб туради. II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари фақат патологик ҳолатларда, жумладан СТ ҳолсизлигида ёки улар фаоллиги ошганда, ритм бошқаришни ўз зиммасига олади (1-расм).

Беморда юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишининг мавжудлиги унинг шикоят, объектив кўрик ва ЭКГ текшириш ёрдамида аниқланади. Улар орасида аритмияларни ташхислашда ЭКГ алоҳида ўрин тутади. Шунинг учун УАВ меъёридаги ЭКГни, яъни синус ритмининг қуйидаги кўрсаткичларини яхши билиши зарур (2-расм):



- ҳар бир QRS комплексидан олдин Р тишчасининг бўлиши;
- I, II тармоқларда Р тишчаси мусбатлиги, aVR тармоқда манфий ва ҳар бир тармоқда шаклининг доимийлиги билан характерланиши;
- Р тишча давомийлиги 0,1 с, амплитудаси 2,5 мм. бўлиши;
- PQ (R) интервали 0,12 – 0,20 с оралиғида бўлиши;
- юрак ритми (уриши) сони тинч ҳолатда бир дақиқада 60 – 85 тага тенглиги;
- QRS –қоринчалар комплекси кенглиги 0,06 – 1,0 с бўлиши;
- R-R (P-P) оралиғи максимал ва минимал 0,05 – 0,15 тенглиги.
- ST сегменти ўрта чизиғда бўлиши ёки ундан пастга силжиши (0,5 мм.гача) ва фақат ўнг тармоқларда юқорига кўтарилиши (1,5-2 мм.дан ошмаслиги);
- Т тишчаси I, II, aVF тармоқларда доимо мусбат, III, aVL ва V1 тармоқларда икки фазали, aVR да эса доимо манфий бўлиши.

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларининг асосий сабаблари

1. *Интراكардиал* – юрак кон-томир тизимининг барча туғма ва орттирилган касалликлари (ЮИК, миокардитлар, шу жумладан, ревматик, миокардиопатиялар, миокардиосклерозлар юракни туғма нуқсонлари) натижасида миокарднинг таркибий ва метаболик зарарланиши;

Наслий мойиллик натижасида кузатиладиган Бругада синдроми ҳам ушбу гуруҳга киради ва Гисс тутами ўнг оёқчасининг блокадаси, ST сегментининг V₂-V₃ тармоқларда ўрта чизикдан юқорига кўтарилиши,

P-R оралиғининг узайиши, коринчлар ритмининг тез-тез кузатиладиган бузилиши, синкопал ҳолатлар билан намоён бўлади ва айрим ҳолларда тўсатдан бемор ўлими билан тугайди;

2. *Экстракардиал* - юрак-қон томир тизими фаолияти ва миокард метаболизи бошқаришининг бузилишига олиб келувчи (нейро-гуморал, эндокрин бошқарувининг ўзгариши, электролит, кислота-ишқор алмашинувининг бузилиши) омиллар:

- *рефлектор омил* - ошқозон-ичак тизими ҳамда дисметаболик касалликларда (ўт тош касаллиги, диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси ва бошқалар);
- *нейроген омил* - марказий ва вегетатив асаб тизими зарарланишларида;
- *психоген омиллар* - неврозлар, психопатиялар, НЦД;
- *эндокрин ва дисметаболик омиллар* (тиреотоксикоз, гипотериоз, камқонлик ва бошқа касалликлар);
- захарланишлар ва бошқа қатор ҳолларда;

3. *Юрак-қон томир фаолияти мунтазамлигини физик ва химик омиллар таъсирида бузилиши:*

- кофеин, никотин, алкогольга юқори сезувчанлик;
- дориларнинг аритмоген таъсири;
- гипоксия;
- гипо ва гипертермия;
- механик таъсирлар (жароҳатлар, вибрациялар);
- ионловчи нурлар таъсири, ўта юқори тўлқинли майдон ва бошқалар.

Бу рўйхатни яна давом эттириш мумкин, лекин УАВ айрим ритм бузилишлари, ҳатто яккаланган экстрасистолиялар мутлақо соғлом одамда ҳам учраши мумкинлигини эсдан чиқармаслиги лозим. Унинг сабаби ва механизми тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, вегетатив асаб тизимининг икки қисми орасидаги антогонистик таъсирлар оқибатида юзага келади деган тахминлар мавжуд. Уйқунинг турли босқичларида кузатиладиган аритмиялар айнан симпатик ва парасимпатик тизим таъсири билан боғланади. Бундан ташқари, соғлом одамларда психоэмоционал таъсирланиш вақтида қонга кўп миқдорда аритмоген хусусиятга эга бўлган катехоламинлар чиқади. Гиперадренемия ҳолати қисқа муддат ичида секин тикланадиган аритмияга сабаб бўлиши мумкин бўлган гипокалиемияга олиб келади.

Аритмияларнинг ривожланиш механизмлари мураккаб ва кўп турли бўлиб, миокард электрофизиологияси, авваломбор ўтказувчанлик тизими ўзгаришлари билан боғлиқдир.

Аритмияларнинг асосий патофизиологик механизмлари:

I. импульслар ҳосил бўлиш механизмларининг бузилиши – синус тугуни автоматизми ва унинг яширин (латент) марказлари ўзгаришлари; патологик автоматизмнинг шаклланиши; осциллятор (триггер) фаоллик;

II. импульслар ўтказувчанлигининг бузилиши: рефрактерликнинг узайиши ва юрак ўтказувчанлик тизимида импульс ўтишининг сусайиши;

анатомик-юрак ўтказувчанлик тизимида органик шикастланиш; кўзгалишнинг қайта кириш феномени (re-entry);

III. импульслар пайдо бўлиши ва ўтказувчанлик бузилишининг бирга келувчи механизмлари - просистолик фаоллик.

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши классификацияси

Юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилиши классификацияси ЭКГ текширувлар хулосасига асосланган бўлиб, бир нечта турлари мавжуд. Бизнинг назаримизда, М.С. Кушаковский ва Н.Б. Журавлева (1981) томонидан таклиф қилинган, В.В. Мурашко ва А.В. Струтинскийлар томонидан такомиллаштирилган классификация ҳар томонлама мукамал бўлиб, барча ритм ва ўтказувчанлик бузилишларини камраб олган. Ушбу классификацияга кўра, қуйидаги ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари тафовут этилади:

1. Импульс ҳосил бўлишининг бузилиши:

А. СТ автоматизми бузилиши (нормотоп аритмиялар);

1). синусли тахикардия;

2). синусли брадикардия;

3). синусли аритмия;

4). СТ тўхташи;

5). бўлмача асистолияси;

6). СТ ҳолсизлиги синдроми (СТХС);

Б. Эктопик марказ автоматизми устунлиги сабабли юзага келган гетеротроп ритм:

1. секин (ўрнини босувчи) сирғалиб чикувчи комплекслар ва ритмлар:

а) бўлмачадан;

б) АВ тугунчадан;

в) қоринчадан;

2. Суправентрикуляр ритм бошқарувчиси миграцияси (кўчиб юриши);

3. Тезлаштирилган эктопик ритм (пароксизмал бўлмаган тахикардиялар):

а) бўлмачадан;

б) АВ тугунчадан;

в) қоринчадан;

В. Асосан ритм автоматизмининг бузилишига боғлиқ бўлмаган (re-entry механизми кўзгатувчи тўлқинни қайта кириши) эктопик (гетеротроп) ритмлар:

1. Экстрасистолиялар (ЭС): бўлмачалардан, АВ - тугундан, қоринчалардан;

2. пароксизмал тахикардия: а) бўлмачалардан; б) АВ- тугундан; в) қоринчалардан;

3. бўлмачалар титраши;

4. бўлмачалар хилпиллаши (фибрилляцияси);

5. қоринчалар титраши ва ҳилпиллаши (фибрилляцияси).

II. Ўтказувчанликнинг бузилиши:

- 1). синоатриал блокада;
- 2). бўлмача ичи блокадаси;
- 3). антриовентрикуляр блокада: а) I даража; б) II даража; в) III даража (тўлик).
4. Қоринчалар ичи (Гисс тутами) блокадаси:
 - а) битта шохча (монофасцикуляр);
 - б) икки шохчали (бифасцикуляр);
 - в) учта шохчали (трифасцикуляр);
5. Қоринчалар асистолияси.
6. Қоринчаларнинг вақтидан олдин кўзғалиши:
 - а) Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми (WPW);
 - б) P-Q интервалини қисқариш синдроми (CLC).

III. Комбинацияланган (қўшилган) ритм бузилишлари:

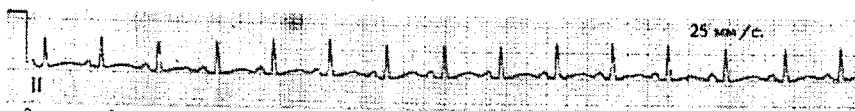
1. парасистолиялар;
2. чиқиш блокадалари билан кузатилувчи эктопик ритмлар;
3. атриовентрикуляр диссоциация.

Қуйида УАВ фаолиятида кўп учрайдиган юрак ритми ва ўтказувчанлиги бузилишларини ташхислаш ва даволаш тамойилларига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

А. Импульс ҳосил бўлишининг бузилиши

Синусли тахикардия. Синусли ритм сақланган ҳолда юракнинг қисқаришлар сонини бир дақиқада (секин-аста) 90 тадан 150-180 гача кўпайиши синусли тахикардия дейилади. У симпатик тонусни ошиши (катехоламинлар ишлаб чиқариш ва улар таъсири), адашган нерв фаолиятининг пасайиши ҳамда тўғридан-тўғри СТ хужайраларига таъсир (гипоксемия, ацидоз, интоксикация ва инфекция) натижасида биринчи тартибдаги ритм бошқарувчисининг автоматизми ошиши билан боғлиқ. Синусли тахикардия соғлом одамларда ҳам кузатилиб, жисмоний ва эмоционал зўриқишда пайдо бўлади. Бундан ташқари, у гиперкинетик синдромда, тана харорати кўтарилганда, (сепсис, пневмония, сил, ангина ва бошқа ўчоқли инфекцияга боғлиқ касалликлар), нейроциркулар дистонияда, тиреотоксикозда, юрак нуксонларида, ГК, миокардитларда, кардиомиопатияларда, камқонликда, айрим дори воситалари (атропин, адреналин, кофеин, ГКС, никотин) ва озик моддаларнинг (аччиқ чой, қаҳва, алкоголь) токсик таъсири таъсирида юзага келиши мумкин. Унинг клиник белгиларини ташхисий аҳамияти ва даволаш тамойиллари олиб келувчи сабаблари каби турличадир. Аксарият ҳолларда беморлар шикоят билдирмаслиги ёки юрак уриб кетиши ва юрак соҳасида оғирлик ҳамда ҳаво етишмаслик ҳиссига шикоят қиладилар. Юрак аускультациясида кучайган ёки иккиланган I ва сустлашган II тон аниқланади.

ЭКГ-белгилари: ритм синусли, ЮУС бир дақиқада 90-160 (180-200) та. R-R оралиғи бир хил ва қисқарган, ST сегментининг бошланғич қисми ўрта чизикдан пастга қийшиқ силжиган бўлиши мумкин. Барча тармоқларда P тишча ва уни QRS комплекси билан боғлиқлиги ҳамда кетма-кетлиги сақланган. PQ интервал ва QRS комплекс давомийлиги бир оз қисқарганлиги ҳамда II, III, aVF тармоқларда P тишча амплитудаси ошганлиги аникланади (3- расм).

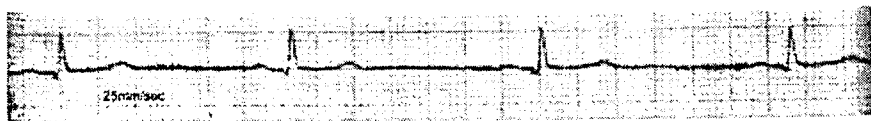


3- расм. Синусли тахикардия

Синусли брадикардия. Синусли ритм сақланган ҳолда юрак қисқаришлар сонини бир дақиқада 60 тадан кам бўлишига синусли брадикардия дейилади. У ST ритм бошқарувчиси автоматизми пасайиши билан боғлиқ. Аксарият ҳолларда синусли брадикардия адашган нерв тонуси ошиши, симпатик нерв тизими фаолиятининг пасайиши ҳамда СТ хужайраларига тўғридан-тўғри таъсир (гипоксемия, ацидоз, интоксикация ва инфекция) сабабли юзага келади. Бу турдаги ритм бузилиши мунтазам равишда спорт ва жисмоний иш билан шугулланган соғлом одамларда, уйку ва кучли зўриқишдан кейин дам олаётган вақтда, кўз олмасини ва каротид синусини босганда, нафас олишни тўхтатиб турганда, айрим ҳолларда ҳаяжонланганда, ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, қайт қилганда кузатилади. Шунингдек, синусли брадикардия депрессия, меланхолия, бош мияда босим ошиши, менингит, бош мия ўсмаси, атеросклеротик кардиосклероз, МИ (орқа деворда жойлашганда ёки ишемия ҳисобида СТ ҳолсизлиги ривожланганда), кардиомиопатия, ошқозон яра касаллиги, сариклик, корин тифи, гипотереоз, нефрит ва бошқа айрим касалликлар билан оғриган беморларда ҳам аникланади. Айрим дори воситалар (хииндин, лидокаин, резерпин, транквилизаторлар, морфин, волокардин, юрак гликозидлари, β -блокаторлар ва бошқалар) билан даволаш оқибатида брадикардия ривожланишини УАВ ёддан чиқармаслиги лозим. Синусли брадикардия мавжуд бўлган соғлом одамлар одатда шикоят билдирмайдилар. Лекин ЮУС кескин камайиб кетганда, прекардиал оғрик, бош айланиши, хушдан кетиш, диспноэ ҳолатлари кузатилиши мумкин. Беморлар эса брадикардияга олиб келган касалликка хос шикоятлар билан шифокорга мурожаат қиладилар. Синусли брадикардияда Ашнер-Даньин (кўз соққасини), Чермак-Геринг (уйку синуси) соҳаси босилганда, брадикардиянинг кучайиши, атропинли (мушак орасига 0,1%-0,5-1 мл. атропин юборилгандан кейин 20-30 дақиқа ўтгач, ЮУС ошади), ортостатик, эмоционал ёки жисмоний зўриқиш ёрдамида ўтказиладиган (синусли брадикардияда юрак фаолияти ортади) синамалар мусбат бўлиши, уни СТХС да кузатиладиган брадикардиядан фарқлашга ёрдам беради.

Асосий ЭКГ- белгилари: ритм синусли, ЮУС бир дақиқада 60 та ва ундан кам. R-R оралиғи бир хил ва кенгайган (синусли аритмия билан бирга

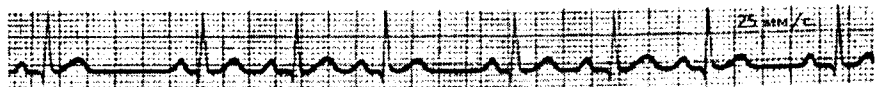
келганда, R-R оралиғи ҳар хил бўлади). Барча тармоқларда амплитудаси бир оз пасайган Р тишча ва унинг QRS комплекси билан боғликлиги ҳамда кетма-кетлиги сақланган. PQ интервал 0,12-0,22 сек.гача узайган. ST сегменти ўрта чизикдан бир оз юқорига силжиган, Т тишча амплитудаси эса ошган бўлиши мумкин (4- расм).



4- расм. Синусли брадикардия

Синусли аритмия - нотўғри синусли ритм бўлиб, унга ЮУС ни секин-аста тезлашиб ва секинлашиб туриши хос. Аксарият ҳолларда нафас олиш билан боғлиқ бўлган синусли аритмия кузатилади ва нафас олганда ЮУС ортиб, нафас чиқарганда камаяди. Бу турдаги аритмия кўпинча синусли брадикардия билан бирга келиб, нафасни ушлаб турганда, жисмоний зўриқишда ёки атропни юборилганда белгилари йўқолади. Нафас олиш билан боғлиқ бўлмаган синусли аритмия (нафасни ушлаб турганда, аритмия белгилари йўқолмайди) ҳам мавжуд бўлиб, унинг даврий ва даврий бўлмаган турлари фарқланади. Даврий синусли аритмияга нафас олишдан қаътий назар, аввал аста-секин тезлашиб, кейин секинлашиб бориш хос. Даврий бўлмаган аритмияда эса бу кетма-кетлик кузатилмайди. Синусли аритмияга СТ да импульсларни ҳар хил ва тартибсиз ишлаб чиқарилиши, адашган нерв тонусининг ўзгариб туриши ёки нафас олиш вақтида юракни қон билан тўлишининг бузилиши сабаб бўлиши мумкин. Бу аритмия соғлом ўсмирларда, юқумли касаллик билан оғриган беморлар соғая бошлаганда, айрим дори воситалари (морфин, наперстянка, ваготониклар) таъсирида, қарияларда ҳамда НЦД кузатилади. Клиник текширувда юрак ритмининг ҳар хиллигидан бошқа ўзгаришлар аниқланмайди.

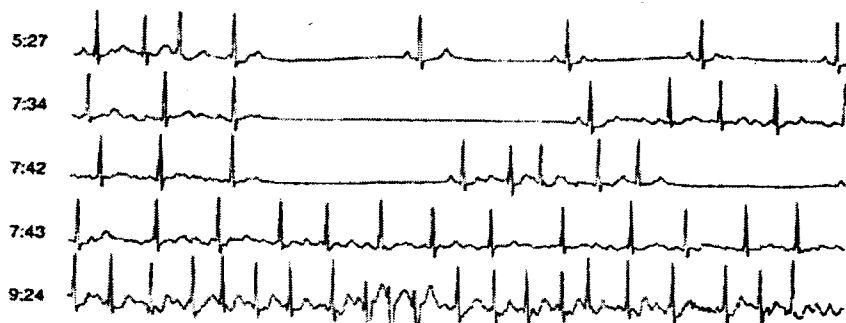
Асосий ЭКГ- белгилари: ритм синусли, барча тармоқларда мусбат Р тишчаси сақланган, фақат нафас олишга боғлиқ ҳолда R-R оралиғи (0,15-0,44 дақиқа) камайиб ва узайиб туради; Синусли ритмнинг ЭКГ-белгилари (Р тишчаси ва QRS-Т комплекси кетма-кетлиги) сақланган (5- расм).



5- расм. Синусли аритмия

Синус тугуни ҳолсизлиги - синус тугуни автоматизмининг ҳолсизлиги ёки тўхтаб қолиши. Унинг асосий белгиси СТ нинг ритм бошқарувчиси сифатида фаолиятининг сустлашиши сабабли, турғун брадикардия ва синоартрал блокада пайдо бўлишидир. Бундан ташқари, бу синдромга ритм бошқарувчиси миграцияси, секин эктопик ритм ёки алохида

сирғаниб чиқувчи комплекслар, экстрасистолиядан кейинги узоқ сукунатли экстрасистолиялар (экстрасистолиядан кейинги ритм депрессияси), суправентрикуляр тахикардия ва ҳилпилловчи аритмия пароксизмлари, ҳар ҳил даражадаги атриовентрикуляр блокада, юрак асистолияси хуружлари (синоатриал синкопе) хос (6- расм).



6- расм. Синус тугуни ҳолсизлиги

СТХСга СТни ва у жойлашган бўлмача миокардини склеротик, ишемик ёки бошқа патологик жараёнлар таъсирида шикастланиши, парасимпатик таъсирланиш (СТнинг вегетатив дисфункцияси), эндокрин (гипотериоз) ва СТ артерияларидаги ўзгаришлар (атеросклероз), гипотермия сабаб бўлиши мумкин. УАВ катта ёшдаги беморларда СТХС га, аксарият ҳолларда ЮИК, болаларда ва ўрта ёшдагиларда эса турли этиологияли миокардитлар ва ундан кейинги кардиосклероз олиб келишини унутмаслиги лозим. Бундан ташқари, бу ритм бузилиши баъзан юрак гликозидлари билан заҳарланиш, антиаритмик (амиодарон, β -блокаторлар, верапамил ва бошқалар) воситаларни кўп миқдорда қабул қилиш оқибатида юзага келади. Юқоридаги сабаблар таъсирида СТ пейсмер фаоллиги пасайиши натижасида ритмнинг яширин бошқарувчилари (II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилар) автоматизми фаоллашади. Бўлмачалар электрофизиологик хусусиятлари бузилиши, пароксизмал суправентрикуляр ритм бузилишлари кўринишидаги иккиламчи аритмиялар пайдо бўлишига шароит яратади.

Клиник белгилари: юрак ритми секинлашиши натижасида биринчи клиник белгилар дисциркулятор энцефалопатия ёки мия дисфункцияларининг бошқа кўринишлари (беҳоллик, бош айланиши, уйку бузилиши ва ҳ.к.) билан намоён бўлади. Оғир ҳолатларда церебрал гемодинамик бузилишларни келтириб чиқарувчи Морганье-Адамс-Стокс хуружлари кузатилиши мумкин. Қуйида СТХС нинг клиник кўринишига кўра классификацияси келтирилган:

- СТХС яққол намоён бўлмаган клиник белгилар билан (яширин);
- СТХС яққол намоён бўлган брадикардия билан (гиподинамик-манифест);
- тахикардия – брадикардия синдроми;

- СТХС турғун ҳилпилловчи аритмия билан;
- СТХС Морганье-Адамс-Стокс синдроми хуружлари билан.

Биринчи турида беморлар умуман шикоят билдирмаслиги ёки уларни вақти-вақти билан умумий ҳолсизлик, бош айланиши, юрак тўхтаб қолиши ёки нотўғри уриш ҳисси безовта қилиши мумкин. Объектив кўриқда брадикардия, вақти-вақти билан юракни алоҳида систоласи тушиб қолиши ёки навбатдан ташқари қисқариш ҳисобига нотўғри ритм кузатилиши мумкин. ЭКГ даги ўзгаришлар (синусли брадикардия, синусли аритмия, ритм бошқарувчиси миграцияси) ҳар доим ҳам аниқланавермайди. Ташхисни аниқлашга узоқ вақт давомида ўтказиладиган (12-24 соат) ЭКГ мониторинг ёрдам беради.

СТХСнинг *иккинчи турига* турғун ёки транзитор, яққол намоён бўлган брадикардия ва тўсатдан ҳушни йўқотиш, ярим ҳушсиз ҳолат, сўзларни “ямлаб” гапириш, парезлар ва бошқа белгилар билан кечувчи миёда қон айланиши бузилишлари ҳамда Морганье-Адамс-Стокс хуружлари ҳос. Бундан ташқари, беморларда юрак соҳасида оғрик, ҳансираш, нафас сиқиш хуружлари, шиш кўринишидаги юрак стишмовчилиги белгилари ҳамда артериал гипотензия кузатилиши мумкин. ЭКГ да турғун синусли брадикардия (ЮУС бир дақиқада 45-50 та), ўтиб кетувчи синоаурикуляр блокада, СТ тўхтаб қолиши ҳоллари ва бу вақтда юзага келадиган АВ тугундан чикувчи ўрин босувчи ритм аниқланади.

Тахи - брадикардия - Шорт синдроми яққол намоён бўлган брадикардия асосида ритм тезлашиши (суправентрикуляр тахикардия ёки бўлмачалар ҳилпиллаши ва титраши пароксизмлари) хуружлари билан намоён бўлади. Пароксизмал тахикардия хуружи бартараф этилгач, яққол намоён бўлган брадикардия, айрим ҳолларда эса ёмон оқибатларга олиб келувчи узоқ вақт давом этувчи юрак тўхтаб қолиши хуружи (хушдан кетиш, Морганье-Адамс-Стокс синдроми) кузатилади.

СТХС *турғун ҳилпилловчи аритмияли* тури турғун меъёрдаги ва брадисистолик ҳилпилловчи аритмия билан кечади. Уни ташхислаш учун шифокор бемор анамнезида тўсатдан юрак ритмининг кескин камайиб кетиш, бош айланиш, ҳушни йўқотиш ҳолатлари бўлган ёки бўлмаганлигини аниқлаши лозим. СТХС Морганье-Адамс-Стокс хуружлари билан кечганда, беморда тиричишлар ва нафас марказининг тўхтаб қолиши кузатилади. Бу ҳолат брадикардия ва тахикардия пароксизми бартараф этилгандан кейин юзага келган юрак асистолияси ҳисобига ривожланади. Агар бу хуружлар тез-тез қайталаниб турса, УАВ сунъий ритм бошқарувчиси қўйиш масаласини ҳал қилиш учун беморни мутахассис-шифокорга юбориши керак.

Синус тугуни фаолиятининг тўхташи – ушбу ритм бузилишида синус тугуни вақти-вақти билан юрак қисқариши учун зарур бўлган импульслар ишлаб чиқариш хусусиятини йўқотади. Натижада беморда юрак бўлмачалари ва қоринчаларининг қўзғалиши ҳамда қисқариши кузатилмайди. Бу ҳолат МИ, миокардит, кардиомиопатия, ҳар ҳил

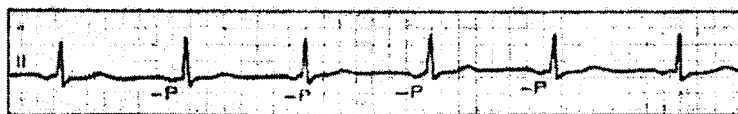
этиологияли кардиосклерозларда ҳамда ЮГ, хинидин ва бошқа антиаритмик дори воситаларини кўп миқдорда қабул қилганда ривожланади.

Асосий ЭКГ- белгилари: СТ тўхтаган вақтда Р тишчаси ва QRS-T комплекси кузатилмай, ўрнига иккита R-R (P-P) оралиқдан узун бўлган пауза - танаффус (фақат тўғри чизик) аниқланади. Синоаурикуляр блокададан фарқли ўлароқ, СТ тўхтагандаги танаффус даври ўзгариб туради ва у меъёрдаги иккита R-R (P-P) оралиғидан анча узун бўлади. Тўхташ даврида СТ автоматизми тикланади ва яна ЭКГ да кетма-кетлиги сақланган бўлмача ҳамда қоринча комплекслари қайд этила бошланади.

Бўлмача асистолияси - бунда битта ёки бир нечта юрак цикли давомида бўлмачаларнинг кўзгалмаслиги тушунилади. У аксарият ҳолларда СТ фаолияти тўхташида ёки синоаурикуляр блокадада кузатилади ва ЭКГ да Р тишчаси ўрнига узок давом этган тўғри чизик аниқланади. Аксарият ҳолларда у қоринчалар асистолияси билан бирга келиб, унда юракнинг тўлиқ асистолияси кузатилади. Лекин бўлмача асистолияси вақтида фаоллашган II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари томонидан ишлаб чиқарилган импульслар қоринчаларнинг қисқаришига сабаб бўлади. Бўлмачалар асистолиясини қоринчалардан чиққан ритм билан бирга келиши беморни агонал ҳолатига тўғри келади. Бу ритм бузилиши асосан ЮИК, МИ, СҚАЕ билан асоратланган юрак нуқсонлари ҳамда гиперкалиемия, ЮГ лари билан заҳарланиш ҳолатларида кузатилади ва одатда ёмон оқибатга олиб келади.

Б. Пассив эктопик (гетеротоп) комплекс ёки ритм

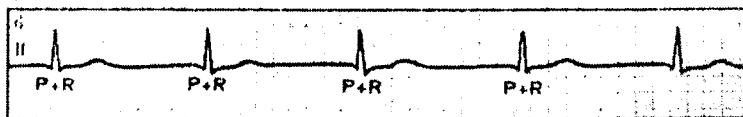
СТ ни функционал ёки органик шикастланиши натижасида юзага келган СТХС да (ёки блокадаси) фаолликни II (бўлмача, АВ тугун, Гисс тутами) ва III (Гисс тутами оёқчалари, Пуркинье толалари ва қоринчалар мушаги) тартибдаги ритм бошқарувчилари ўз зиммасига олишига сабаб бўлади. Бунда эктопик ўчоқ автоматизми СТ автоматизмидан устунлик килади ва юрак унда ишлаб чиқарилаётган импульслар таъсирида қисқаради. Қуйида жойлашган ритм бошқарувчилари юрак мушакларини қисқа ёки узок вақт давомида кўзғатиши мумкин. Бунда эктопик ўчоқдан яқкаланган юрак қисқаришлари юзага келади. Агар II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари таъсирида учтадан кўп юрак қисқаришлари кузатилса, бу эктопик ритм дейилади. II тартибдаги ритм бошқарувчилари автоматик марказ вазифасини бажарганда, (қоринча усти) қоринчалар комплекси ўзгармайди. Ритм III тартибдаги марказдан чиққанда, (қоринча ёки идиовентрикуляр ритм) комплекс кепгайиб деформацияланади. Бу ритм ўзгаришлари ревматизм, миокардитлар, кардиомиопатия, орттирилган ва туғма юрак нуқсонлари, ГК, ЮИК, МИ ҳамда юракнинг бошқа органик зарарланишлари, шунингдек, қандли диабет каби касалликлар билан оғриган беморларда кузатилади (7-расм).



7-расм. Пассив эктопик (гетеротоп) ритми

Бўлмача эктопик ритми юрак қисқаришига олиб келувчи импульс ўнг ёки чап бўлмачанинг маълум бир соҳасидан чиқади. Бунда импульс бўлмача орқали доимий бўлмаган йўналиш бўйича ўтмаганлиги сабабли ЭКГ да асосан P тишга ўзгаради (7-расм). PQ оралиқ ва QRS комплекс эса ўзгармайди, чунки кўзгалиш АВ тугун ва қоринчалар орқали одатий йўналиш орқали ўтади. ЮУС аксарият ҳолларда бир дақиқада 60-100 тагача, R-R оралиғи бир хил бўлади. Агар эктопик ўчоқ ўнг бўлмачада жойлашса, манфий P тишчаси II, III, aVF, V₁-V₆ тармоқларда кузатилади, чап бўлмачада аниқланганда эса aVR тармоқда P тишчаси мусбатлашиб, қолган барча тармоқларда манфий, фақат V₁ тармоқда “қалқон ва қилич” (P тишчанинг мусбат қисми ўткир қиррали тўлқин ҳосил қилади) кўринишда қайд этилади. Бу ритм бузилиши ўтиб кетувчи характерга эга.

Атриовентрикуляр тугунчада ҳосил бўлган ритм - бу аритмияда юрак ритми бошқарувчиси бўлган АВ тугунда бир дақиқада 30-60 тагача ишлаб чиқарилган импульс бўлмачаларга ретроград (пастдан юқорига), қоринчаларга эса антеград (юқоридан пастга) йўналишда тарқалади. Импульснинг ҳосил бўлиш жойи, тарқалиш тезлиги ва йўналишига кўра АВ ритмнинг икки тури фаркланади: а) АВ тугунда ҳосил бўлган импульс бир вақтнинг ўзида бўлмачаларга ва қоринчаларга тарқалади. ЭКГ да P тишча QRS комплексига қўшилиб кетади ва у аниқланмайди (8-расм).



8-расм. Атриовентрикуляр тугунчада ҳосил бўлган ритми (1 тури)

Қоринчаларда импульс тўғри йўналиш бўйича тарқалганлиги сабабли QRS комплекси ўзгармайди. б) АВ тугунда ҳосил бўлган импульс аввал қоринчаларнинг, кейин бўлмачаларнинг қисқаришига олиб келади. ЭКГ да манфий P тишчаси ўзгармаган QRS комплексидан кейин ST оралиғида (камдан-кам ҳолларда T тишчасининг устида) жойлашади (9-расм).



9-расм. Атриовентрикуляр тугунчада ҳосил бўлган ритми (2 тури)

Айрим адабиётларда эктопик ўчоқни АВ тугуннинг қайси қисмидан чиққанлиги ва шу сабабли, ЭКГ даги P тишчанинг QRS комплексга нисбатан

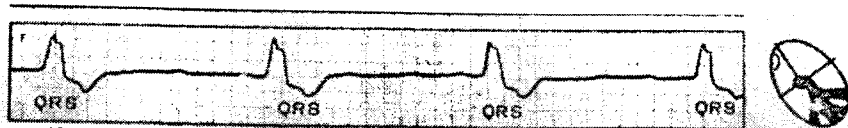
жойлашишидан келиб чикиб “юқори” (манфий Р тишча QRS комплексдан олдинда), “ўрта” (Р тишча QRS комплексга қўшилиб кетган), “пастки” (манфий Р тишча QRS комплексдан кейин жойлашган) АВ ритм фаркланади. АВ ритмнинг клиник намоён бўлиши асосий касалликнинг оғирлик даражаси ва ритм ҳолатига боғлиқ. Касаллик оғир кечганда ва яққол намоён бўлган брадикардияда беморда юрак соҳасида оғрик, бош айланиш, ҳушдан кетиш, айрим ҳолларда Морганье-Адамс-Стокс синдроми кузатилиши мумкин.

АВ ритмни синусли брадикардия ва АВ блокадалардан фарқлашда ЭКГ текшируви муҳим аҳамиятга эга. Бундан ташқари, жисмоний ва эмоционал зўриқишда ёки атропинли синамада АВ ритм бир оз тезлашади, бу ҳолат АВ блокадада кузатилмайди. АВ тугундан чиққан ритм ва ундан юзага келган пароксизмал ва пароксизмал бўлмаган тахикардияда ЭКГ белгилари бир хил бўлиб, ташхисни аниқлашда ЮУС асосланилади. ЮУС бир дақиқада АВ ритмда 30-60 та, пароксизмал бўлмаган тахикардияда 60-140 та, пароксизмал тахикардияда эса 140 та ва ундан ортик бўлади.

Қоринчалар ёки идиовентрикуляр ритм - юракнинг оғир органик касалликлари ва уларнинг асоратлари натижасида синус ва АВ тугунлар фаолияти сустлашганда ёки тўхтаганда (СТХС, юқори даражадаги нотўлиқ ва тўлиқ синоаутрикуляр ва АВ блокадалар) қоринчаларда жойлашган III тартибдаги ритм бошқарувчиси автоматизм марказига айланади. Эктопик ўчоқ Гисс тутами оёқчаларида (чап ёки ўнг қоринчада) жойлашган бўлиши мумкин. Шунинг учун ЭКГ даги белгилар Гисс тутами оёқчалари блокадасига хос ўзгаришларга ўхшайди.

Клиник жиҳатдан бу ритм ҳаракатда ва атропин таъсирида тезлашишга мойил бўлган брадикардия асосида тез-тез ҳушдан кетиш ва тиришишлар билан кечувчи Морганье-Адамс-Стокс хуружлари билан намоён бўлади. Идовентрикуляр ритм аксарият ҳолларда қоринчалар тахикардиясига, титрашига ва ҳилпилашига, юрак тўхтаб қолиши ва тўсатдан ўлимга олиб келиши мумкин. Бу ҳалок бўлаётган юракнинг терминал ритми ҳисобланади.

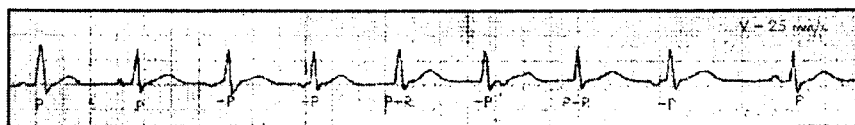
Идовентрикуляр ритм учун хос бўлган ЭКГ ўзгаришлар - QRS комплекс 0,12 с дан кенгайган, деформацияланган, ЮУС бир дақиқада 30-40 (айрим ҳолларда 15-40 та). Баъзан юракни турли жойларидан (ўнг ва чап қоринчадан) чиққан импульсларга жавобан қисқарганлиги сабабли 2-3 хилдаги QRS комплекси аниқланиши мумкин. Аксарият ҳолларда ритм тўғри, R-R оралиғи бир хил бўлиб, Р тишчаси ҳеч қайси тармоқда аниқланмайди (10 -расм).



10 -расм. Идовентрикуляр ритми

Ритм бошқарувчиси миграцияси - бу турдаги аритмия учун юрак циклидан циклига ўтган сари ритм ишлаб чиқариш манбаини СТ дан АВ тугунига кўчиб туриши хос. Ҳар гал юрак ўтказиш тизимининг турли соҳаларида (СТ, бўлмачанинг юқори, ўрта ва пастки қисми, АВ тугун) ишлаб чиқилган импульслар ҳисобига қисқаради. Ритм бошқарувчиси миграцияси соғлом одамларда адашган нерв тонуси ошганда, ЮИК ва юқумли касалликлар билан оғриган беморларда кузатилиши мумкин. Кўпинча бу турдаги аритмия СТХС да кузатилади.

Асосий ЭКГ- белгилари: юрак циклидан циклига ўтган сари секин аста ритм бошқарувчиси каерда жойлашишига кўра Р тишчасининг шакли ва кутбланиши, P-Q(R) давомийлиги ўзгариб туради, ҳамда унча яққол намоён бўлмаган R-R (P-P) оралиғи фарқини аниқлаш мумкин (11- расм).

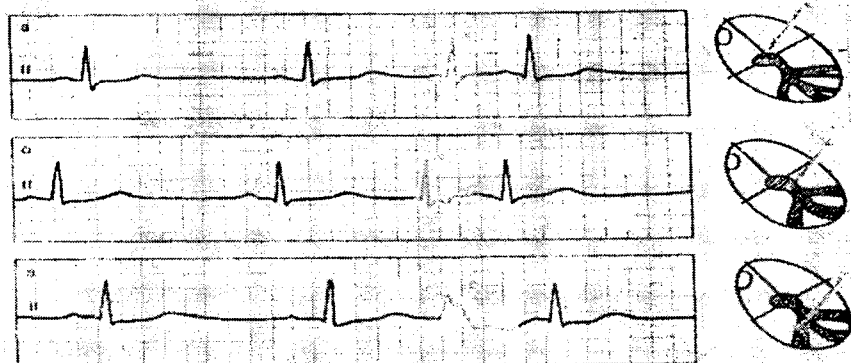


11- расм. Ритм бошқарувчиси миграцияси

Сакраб чиқувчи ритм - асосий ритм бошқарувчиси фаолияти сустлашганда, синус тугунидан пастда (бўлмача, АВ тугун, қоринча) жойлашган ритм бошқарувчиларидан чиққан импульс қоринчаларни қисқартириши натижасида пайдо бўлади. У аксарият ҳолларда синусли брадикардияда, синусли аритмияда, синоаурикуляр ва қисман АВ блокадаларда, синус тугуни фаолияти тўхтаб қолганда, экстрасистолияларда (ЭС), узоқ давом этган компенсатор танаффус ва бошқа шунга ўхшаш ҳолатларда кузатилади.

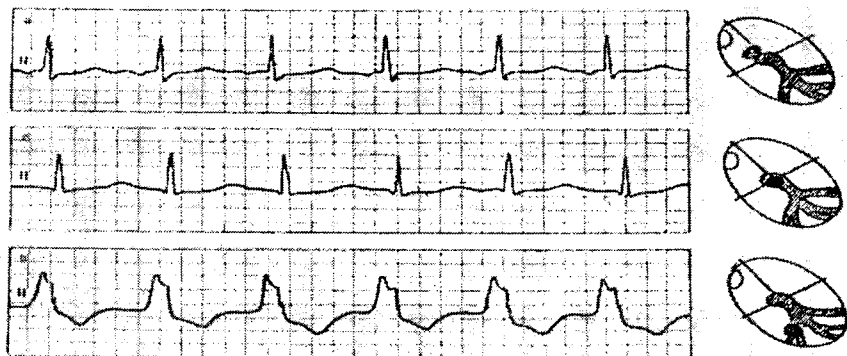
Юқорида санаб ўтилган эктопик ритмдан фарқли ўларок, бу ҳолатда II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари яққаланган қоринчалар қисқаришини чақиради. ЭКГ да сакраб чиқувчи қисқаришдан олдинги R-R оралик меъёрдаги қисқаришга нисбатан узунроқ, ундан кейинги масофа эса қиска, яъни компенсатор танаффус кузатилмайди. Эктопик ритмдан кейинги QRS комплекс одатий вақтда ва синус ритмига хос ораликда қайд этилади. Бу ўзгаришлар сакраб чиқувчи қисқаришни ЭС лардан фарқлашга ёрдам беради. Эктопик қисқариш АВ тугундан ҳосил бўлса, QRS комплекс ўзгармайди, ритм қоринчадан пайдо бўлган ҳолатларда у деформацияланган ва 0,12 с. дан катта бўлади (12- расм).

Тезлашган (фаол) эктопик ритм ёки пароксизмал бўлмаган тахикардиялар - юрак ритмининг секин-аста бир дақиқада 90-130 тагача (хуржсимон бўлмаган ҳолда) тезлашиши ва секинлашиши билан кечади. Унинг юзага келишига СТнинг зарарланиши ёки фаолиятининг сустлашиши асосида юқори қўзғалувчанликка эга бўлган эктопик ўчоқларнинг фаоллашиши сабаб бўлади. Бу ритм бузилиши юрак мушакларида органик ўзгаришлар (ЮИК, МИ, ГК ва бошқалар) мавжуд бўлганда ва ЮГ лари



12-расм. Сакраб чиқувчи ритми

билан заҳарланганда кузатилади. ЭКГ да тўғри қоринчалар ритми қайд этилади. Эктопик ўчок (бўлмача, АВ тугун, қоринча) жойлашишига кўра QRS комплексининг ўзгариши худди пассив эктопик ритмдаги каби бўлиб, ЮУС кўплиги билан ундан фарқланади (13- расм).



13- расм. Тезлашган эктопик ритми ёки пароксизмал бўлмаган тахикардиялар

В. Фаол эктопик комплекс ёки ритм

Пассив эктопик ритм СТ нинг бирламчи шикастланиши асосида ўрин босувчи ритм сифатида юзага келса, фаол эктопик комплекс ёки ритм фаоллиги юқори бўлган эктопик ўчок СТ фаолиятини босиб қўйиб, вақтинча ёки доимо асосий ритм бошқарувчисига айланади. Бу ритм бузилишига ЭС, пароксизмал ва пароксизмал бўлмаган тахикардиялар, бўлмача ва қоринчаларнинг ҳилпиллаши ва титраши, парасистолиялар киради. Қуйида уларга кискача тўхталиб ўтамиз.

Экстрасистолиялар - юракни барча ёки айрим қисмлари ўтказувчи тизимининг турли соҳаларида (бўлмача, АВ – тугун, қоринча) ҳосил бўлган

эктопик импульсларга жавобан навбатдан ташқари қисқариши. Уларнинг ҳосил бўлиш электропатофизиологик механизмлари - re-entry (кўзга тувчи тўлқиннинг қайта кириши) ва триггер (постдеполяризация) фаолликдир. Улар қуйидаги сабабларга кўра юзага келиши мумкин:

▶ функционал, невроген - соғлом одамларда неврозларда вегетатив дистония ва неврорефлектор таъсирлар оқибатида, аччиқ чой, кахва, алкоголь каби ичимликларни суистеъмол қилиш натижасида юзага келиб, улар бартараф этилгач? ўз-ўзидан ўтиб кетиши кузатилади;

▶ органик - барча юрак-қон томир касалликлари (миокардитлар, кардиомиопатиялар, ЮИК, юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари) ва уларнинг асоратлари (СҚАЕ) натижасида кардиомиоцитларнинг шикастланиши сабаб бўлади;

▶ токсик - ЮГ лари, адреналин ва унинг бирикмалари, кофеин, цикотин, эфир, бензол, турли захарли газлар ва бошқа воситалар билан захарланиш натижасида юзага келади;

▶ механик - ангиография, юракда ўтказиладиган хирургик муолажалар (катетеризация, операция) ва унинг жароҳатланишлари келтириб чиқаради;

▶ экстракардиал - юрак қон-томир касалликларига боғлиқ бўлмаган бошқа аъзолар зарарланишларида (ошқозон-ичак ва нафас аъзолари) кузатилади.

Айрим соғлом (юрак қон-томир касаллиги билан оғриманган) одамларда ҳаётининг айрим даврларида маълум ва номаълум сабабларга кўра ЭС учраши мумкин. Бундай ЭС лар узоқ вақт кузатилса ҳам, деярли барча ҳолларда, ҳеч қандай гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди ва меҳнат фаолиятига салбий таъсир этмайди. Эмоционал ЭС лар фақат ҳаяжонланиш, асабийлашиш, кўрқув ва хурсанд бўлиш даврида пайдо бўлиб, асарият беморларда яққол намоён бўлган ваготония (брадикардия, гипотония, нафас аритмияси, ошқозон кислоталигининг ошиши, нам қафтлар, сўлак оқиши) белгилари билан кечади. Баъзан аёлларда ички секреция безлари фаолиятининг ўзгариши (климакс, ҳомиладорлик, ҳайз кўриш циклининг бузилиши) натижасида ҳам ЭС пайдо бўлиши мумкин. Ўпка, кўкс оралиғи аъзоларидаги жараёнлар, плевра ва плевра-перикардиал битиб кетишлар, пневмосклероз, умуртқа поғонасининг бўйин қисми спондилоартрози, ошқозон-ичак тизимининг турли хил касалликлари (диафрагма чурраси, ўт чиқариш йўллари ва ичак, буйрак) ҳам айрим ҳолларда рефлектор ЭС ларга олиб келади.

Клиник белгилари - ЭС мавжуд бўлган беморлар юрак тўхтаб-тўхтаб уришидан, қисқа муддатга унинг тўхтаб қолиши ҳиссидан, юрак соҳасида туртки, худди томоғига бир нарса келиш ҳолатларидан шикоят қиладилар. Айрим беморларни, асосан компенсатор давр узоқ вақт давом этганда юрак соҳасида сиқувчи оғриқлар, кўнгил беҳузур бўлиши, бош айланиши, афазия, ҳушдан кетиш, ўтиб кетувчи гемипарезлар билан бир каторда, кўрқув ва ҳаво стишмаслик ҳисси безовта қилади. Текшириб

кўрилганда, навбатдан ташқари унча кучли бўлмаган кам тўликликка эга пульс тўлқини, ундан кейин келадиган танаффус ёки томир уриши тушиб қолиш белгиси аниқланади. ЭС дан кейинги пульс катта ва юқори тўликликка эга бўлади. Айрим ҳолларда ЭС қисқаришига мос келадиган бўйин веналари пульсацияси кузатилиши мумкин. Юрак аускультациясида чўққида бир вақтнинг ўзида навбатдан ташқари иккита тон эшитилади, яъни қоринчаларни қон билан кам тўлганлиги ҳисобига кучайган I (қоринчалар ЭС да қоринчаларни бир вақтда қисқармаслиги, уч ва икки табақали қошқоқчаларнинг бир вақтда ёпилмаслиги сабабли I тон иккиланиши) ва аортага ҳамда ўпка артериясига кам қон отиб берилгани ҳисобига сустрлашган II тон. ЭС дан кейинги диастолик танаффус ташхислашда муҳим аҳамиятга эга бўлган аускультатив белги бўлса-да, ҳар доим ҳам ишонарли эмас. Қоринчалар ЭС да узоқ давом этган бу танаффус суправентрикуляр (бўлмача ва АВ тугунчали) ЭС ларда бир мунча қисқароқ (нормал диастоладан узунроқ), интерполирланган ЭС ларда эса у кузатилмайди.

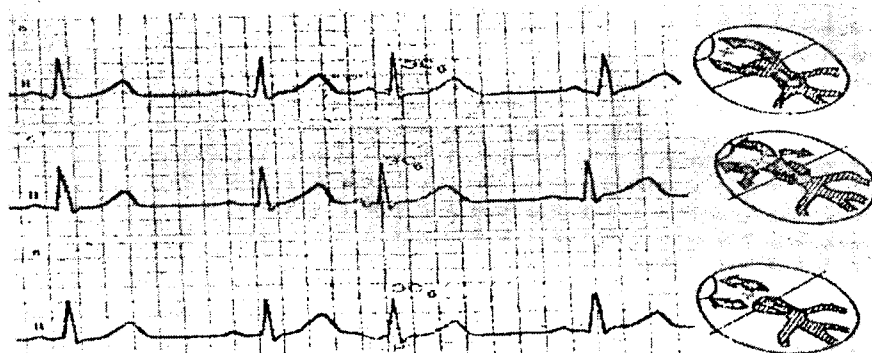
Экстрасистолиялар классификацияси:

- жойлашишига кўра - қоринчалар усти (суправентрикуляр) ва қоринчалар;
 - диастолада пайдо бўлиш вақтига қараб эрта, ўрта, кечки;
 - сонига кўра – кам учрайдиган (1 дақиқада 5 тадан кам), ўрта (1 дақиқада 6 тадан 15 тагача) ва тез-тез учрайдиган (дақиқада 15 тадан кўп);
 - зичлигига қараб ягона (якка) ва жуфтлашган;
 - даврийлиги бўйича – баъзан ва аллоритмик (бигемения, тригеминия ва х.к.);
 - экстрасистолиянинг яширин характериға қараб – яширин экстрасистолиялар.

Суправентрикуляр экстрасистолиялар. Кам учрайдиган суправентрикуляр ЭСнинг келиб чиқиш сабаблари функционал эканлиги тасдиқланса, улар клиник аҳамиятга эга бўлмайди. Турли таъсир натижасида юзага келган кўп (бир дақиқада 5–6 тадан кўп) учрайдиган ЭСлар қоринчаларнинг қон билан тўлишини ёмонлаштириб, кучайиб борувчи юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келувчи гемодинамик бузилишларни келтириб чиқариши, суправентрикуляр тахикардиялар ва бўлмачалар фибрилляциясини юзага келтириши ва юрак ритмининг бошқа оғир бузилишларига сабаб бўлиши мумкин. Улар асосан Гисс тутамидан юқорида жойлашган эктопик ўчоқларда ҳосил бўлади. Бу ўчоқлар бўлмача ёки АВ тугуннинг юқори, ўрта ва пастки қисмларида жойлашган бўлиб, улардан юзага келган ЭС лар бир-биридан фақат ЭКГ белгилари ёрдамида фаркланади.

Бўлмачалар экстрасистолияларининг асосий ЭКГ белгилари (14-расм):

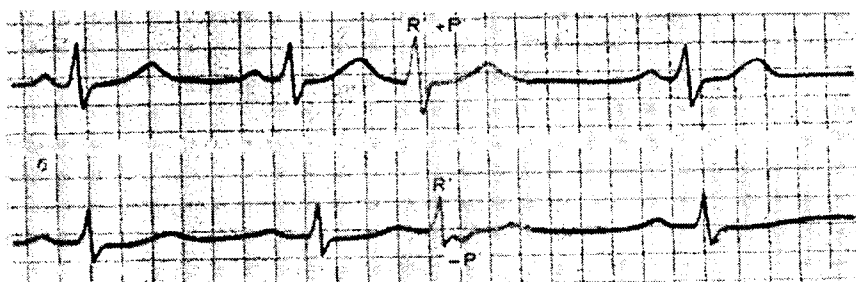
- ✦ навбатдан ташқари бўлмача – қоринчалар комплексининг (P- QRST) пайдо бўлиши;
- ✦ ЭС дан олдинда ўзгарган ёки кенгайган ва деформацияланган P тишча мавжудлиги;
- ✦ эктопик ўчоқ бўлмачанинг юқори қисмида - ST яқин жойда бўлса, ЭС дан олдинги P тишча мусбат ва унча ўзгармаган, ўртасида бўлса – волтажи пасайган ёки икки фазали, пастки қисмида бўлганда эса манфийлиги;
- ✦ ЭС даги P-Q оралик меъёрда, қисқарган ёки узайган (AB тутундан қанча узоқ бўлса, шунча узунроқ бўлади);
- ✦ ЭС даги QRS-T комплекси ўзгармаган;
- ✦ тўлиқ бўлмаган компенсатор танаффус.

Атриоventрикуляр экстрасистолияларнинг асосий ЭКГ белгилари

14-расм. Бўлмачалар экстрасистолияси

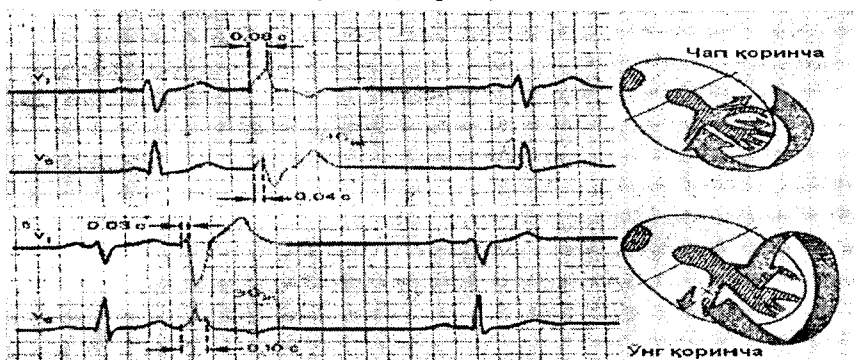
(15-расм):

- ✦ навбатдан ташқари ўзгармаган қоринчалар комплексининг (QRST) пайдо бўлиши;
- ✦ ЭС дан олдин P тишчанинг бўлмаслиги ёки навбатдан ташқари комплекسدан кейин манфий P тишча мавжудлиги;
- ✦ P тишча II, III, aVF тармоқларда манфий, aVR да мусбат;
- ✦ тўлиқ бўлмаган компенсатор танаффус (баъзан тўлиқ бўлиши ҳам мумкин).



15-расм. Атриоventрикуляр экстрасистолия

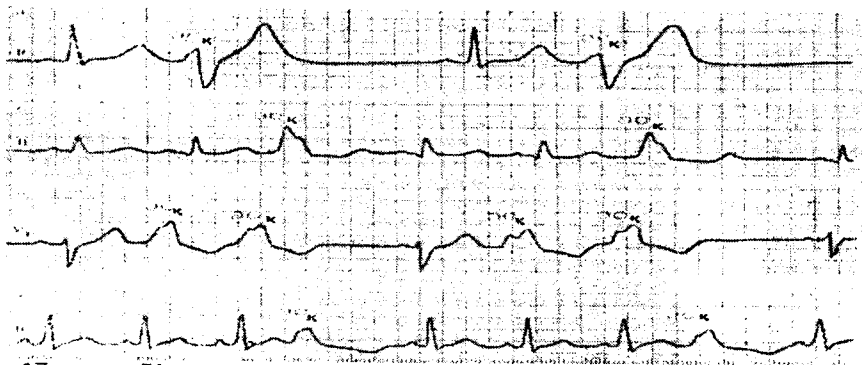
Қоринчалар экстрасистолияси. ЭС ўнг ёки чап қоринчада жойлашган эктопик ўчоқларда ҳосил бўлади (16-расм).



16-расм. Қоринчалар экстрасистолияси

Қоринчалар ЭС ларининг асосий ЭКГ белгилари (17-расм):

- навбатдан ташқари кенгайган, деформацияланган, асосий синус ритмига ўхшамаган QRST комплексининг пайдо бўлиши;
- ЭС комплексдан олдин P тишчанинг бўлмаслиги;
- QRS комплексини 0,10 с. дан ортиқ кенгайиши;
- ЭС даги ST оралиқ ва T тишча асосий тишчага қарама-қарши жойлашиши;
- ЭС чап қоринчадан чиққан бўлса, I, aVL ва V5-V6 тармоқларда QRS комплекс чуқур S тишча, III, aVF ва V1-V2 да эса баланд R тишча ҳисобига кенгайиши;
- ЭС ўнг қоринчадан чиққан бўлса QRS комплекс I, aVL ва V5-V6 тармоқларда асосий баланд R тишча, III, aVF ва V1-V2 да эса чуқур S тишча ҳисобига кенгайиши;
- ЭС дан кейин тўлик компенсатор танаффус.



18- расм. Қоринчалар экстрасистолияси

Қоринчалар экстрасистолиясининг Лаун бўйича классификацияси:

0 синф. 24 соат давомида ЭКГ мониторингда қоринчалар ЭС аниқланмайди;

I синф. Монотоп (битта эктопик ўчоқдан - ўнг ёки чап қоринчадан) ЭС бир соатда 30 тагача.

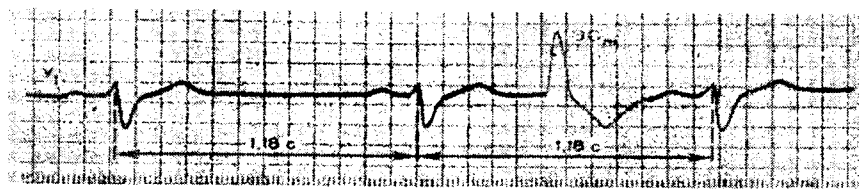
II синф. Монотоп ЭС бир соатда 30 тадан кўп.

III синф. Политоп (иккита эктопик ўчоқдан - ўнг ва чап қоринчалардан) экстрасистолиялар.

IV синф. А- жуфтлашган ЭС (бирин-кетин иккита ЭС); Б-гурухлашган ЭС (бир вақтда бирин-кетин 2 тадан 6 тагача ЭС, 6 тадан кўп бўлса, қоринчалар пароксизмал тахикардияси дейилади).

V-синф. Эрта пайдо бўлган ЭС (ЭС нинг R тишчаси ундан олдинги комплекснинг Т тишчаси устига тушиши).

Юқорида келтирилгандан ташқари, ЭС синус ритмига нисбатан келишига қараб бигеминия (ҳар бир синусли қисқаришдан кейин ЭС келиши), тригеминия (ҳар иккита синусли қисқаришдан кейин битта ЭС ёки кетма-кет келган 2 та ЭС дан кейин битта синусли қисқариш), квадригеминия (учта синусли қисқаришдан кейин ЭС келиши ёки кетма-кет келган 3 та ЭС дан кейин битта синусли қисқариш), аллоритмия (маълум бир кетма-кетликда тўғри синус ритмини ЭС лар билан келиши), интерполирланган (ўртага туриб қолган) турлари фарқланади (18- расм). Сурункали юрак қон томир касалликлари натижасида юзага келган политоп, гурухли, айниқса, Лаун бўйича юқори градацияли қоринчалар ЭС аксарият ҳолларда қоринчалар тахикардияси, фибриляцияси ёки титрашига ва тўсатдан аритмоген ўлимга олиб келади.



18-расм. Интерполяр экстрасистолия

ЭС лар мавжудлиги ва турини эрта аниқлаш, функционал ЭС ларни органиклардан ҳамда бошқа турдаги аритмиялардан фарқлаш, тўғри ташхис қўйиш ҳамда ўз вақтида монанд даво чораларини қўллашга ва бемор ҳаётини сақлаб қолишга ёрдам беради. Бемор шикоят, анамнези, объектив кўрик ва ЭКГ натижаларига асосланган ҳолда функционал ва органик ЭС ларни бир-бирдан фарқлаш мумкин (1-жадвал).

1-жадвал

Функционал ва органик экстрасистолияларнинг солиштирма ташхиси

№	Функционал экстрасистолиялар	Органик экстрасистолиялар
1.	Невротик ва умумий вегетатив белгиларнинг мавжудлиги	Юкумли касалликлар, ревматизм, атеросклероз, юрак нуқсонлари, ЮИК, СҚАЕ, интоксикация белгилари мавжудлиги
2.	Соғлом, ёш одамларда	Аксарият ҳолларда 50 ёшдан катта
3.	Тинч ҳолатда, эмоционал зўриқишда пайдо бўлиб, жисмоний зўриқишдан кейин йўқолиши	Жисмоний зўриқишдан кейин ва асосий касаллик фаоллашганда
4.	Аксарият ҳолларда якка ЭС, брадикардия билан бирга келиши	Аксарият ҳолларда гурухланишга мойил бўлган кўп микдордаги ЭС ларнинг тахикардия билан бирга келиши
5.	Кўпинча нохуш ҳис безовта қилиши	Баъзан беморлар сезмаслиги
6.	Монотоп	Политоп
7.	Алгоритмия ва эрта пайдо бўлган ЭС кузатилмаслиги	Алгоритмия ва эрта пайдо бўлган ЭС кузатилиши
8.	ЭС дан олдинги юрак қисқаришидан кейин қисқа муддатли рефрактер давр мавжудлиги	ЭС дан олдинги юрак қисқаришидан кейин қисқа муддатли рефрактер даврда пайдо бўлиши. ЭС нинг R тишчаси, ундан олдинги синусли QRST комплекснинг T тишчаси устига тушиши

9.	ЭС дан олдинги QRST комплекс билан мустаҳкам боғлиқлик мавжудлиги	ЭС дан олдинги QRST комплекс билан мустаҳкам боғлиқлик йўқлиги
10.	ЭС дан кейин ST оралиғи ва Т тишчасида ўзгариш кузатилмаслиги	ЭС дан кейин ST оралиқ ва Т тишчада ўзгариш кузатилиши
11.	ЮГ қабул қилганда пайдо бўлмаслиги	ЮГ қабул қилганда пайдо бўлиши
12.	ЭС да QRS комплекси кенглиги 0,11-0,15", амплитудаси 10 мм.дан камлиги	ЭС нинг QRS комплекси кенглиги 0,16" дан кенг, амплитудаси 10 мм. кўпроқ, кескин кенгайган ва деформацияланганлиги
13.	Рентген текширишда юрак чегараларининг ўзгармаганлиги	Рентген текширишда юрак чегараларининг ўзгарганлиги
14.	ЭКГ да бошқа ритм ва ўтказувчанлик бузилиш белгилари йўқлиги	ЭКГ да бошқа ритм ва ўтказувчанлик бузилиши мавжудлиги
15.	Седатив воситалар яхши самара бериши	Антиаритмик воситаларнинг самарадорлиги

ЭСни таъхислашда юқоридаги маълумотлар билан бир каторда қўшимча (Холтер мониторинг, велоэргометрия, ЭхоКГ ва бошқалар) текшириш усулларида фойдаланиш лозим.

Парасистолия. Юракда бир-бирининг таъсиридан ҳимояланган мустикал иккита ритм бошқарувчиси мавжудлиги ва уларнинг ҳар бири бўлмача, қоринча ёки бутун юракни қисқаришига олиб келиши парасистолия дейилади. Одатда ритм бошқарувчиларидан бири СТ да (ЮУС бир дақиқада -60-90 та), иккинчиси эса эктопик ўчоқда (ЮУС бир дақиқада 20-60-400 тагача), аксарият ҳолларда қоринчалардан бирида жойлашган бўлганлиги сабабли синусли қисқариш эктопик ўчоқдан чиқаётган ритм (экстрасистолиялар) билан маълум бир кетма-кетликда келади. Парасистолиялар ЭС дан илиниш (сцепление) ва айрим ҳолларда компенсатор (иккита нормал қисқариш орасида жойлашганда) даврларнинг бўлмаслиги билан фарқланади. Парасистолиялар ҳар хил вақт оралиғида жойлашган бўлса-да, лекин орасида маълум математик боғлиқлик мавжуд. Бу ритм бузилишига қўшилиб келган юрак қисқаришлари ҳам ҳос. Иккита ритм бошқарувчисидан чиққан импульслар бир вақтда келганда юрак мушакларининг бир қисми СТ дан қолган қисми эса парасистолик ритмдан қисқаради ва натижада олдида мусбат Р тишчаси мавжуд бўлган оралик (қўшилган) қисқариш - P-QRS комплекси ҳосил бўлади. Парасистолияларни аниқлаш учун узоқ вақт давомида олинган ЭКГ даги ЭС ларни жойлашиши ва бир-бирига боғлиқлигини ўрганиш лозим.

Юрак ритмининг пароксизмал бузилишлари. *Пароксизмал тахикардия (ПТ) – тўсатдан пайдо бўлиб ва тўсатдан (ўз-ўзидан ёки даволаш чоралари натижасида) ўтиб кетадиган аксарият ҳолларда тўғри мунтазам ритмини сақлаган ҳолда юракни (бир дақиқада 140-250 та) тез уриб кетиши хуружидир. У бўлмача, АВ тугун ва қоринчаларда жойлашган эктопик ўчоқдан чиқаяётган кўплаб импульслар ҳисобига ҳосил бўлади. Синусли тахикардиядан фарқли ўлароқ, ПТ да юрак ритми ва тезлиги жисмоний ёки эмоционал зўриқишда, чуқур нафас олганда ҳамда атропинни м/о юборганда ўзгармайди. Унинг пайдо бўлиши re-entry (импульснинг айланма ҳаракат билан қайта кириши) механизмига ҳамда II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари автоматизмининг фаоллашишига боғлиқ. Эктопик ўчоқ жойлашишига қараб ПТнинг бўлмачали, АВ тугунчали ва қоринчали турлари фарқланади.*

ПТ хуружи бир неча сониядан бир неча соатларгача (айрим ҳолларда кунларгача) давом этиб, беморлар унинг бошланиш ва тугаш вақтини эслаб қоладилар. Бундан ташқари улар хуруж бошланишидан олдин тўсатдан юрак соҳасида туртки ҳисси ва ундан кейин унинг тез уриб кетиши, бош айланиши, бошда шовқин, юрак сиқилишидан шикоят қиладилар. Баъзан гемипарезлар, афазия, метиоризм, кўнгил айниши, қайт қилиш кузатилади. Пульс ритмик, тез, юракда маятникка ўхшаш ритм аниқланади. Тахикардия асосида аввал мавжуд бўлган юракдаги шовқинлар йўқолади, систолик босим пасайиши мумкин. Суправентрикуляр ПТ да хуруждан кейин бир неча соат давомида кўп миқдорда паст зичликка (1001-1003) эга бўлган пешоб ажралади ва турли вагус синамалари (нафас олиш чўққисидан нафасни ушлаб туриш, коринни таранглаш, кўз сокқаларини, уйку артерияларини босиш- коротид синусини уқалаш, катта ютинишлар билан совуқ сув ичиш ва ҳ.к.) ёрдамида уни бартараф этиши мумкин. Ҳар қандай пароксизм бартараф этилгач, бир неча кун давомида ЭКГ да ST ораликни ўрта чизикдан силжиши, Т тишчада ўзгариш, қоринчалар систоласининг (Q-T) узайиши кузатилади. Бу ўзгаришлар кўкрак, асосан чап тармоқларда яққолроқ намоён бўлади.

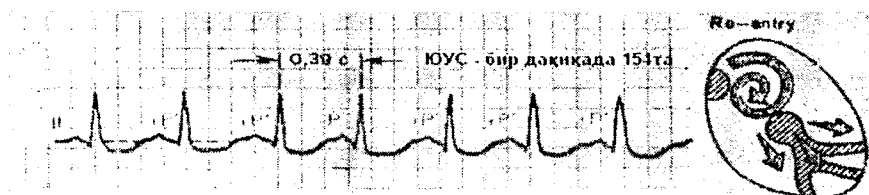
Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия. Бунда (бўлмача ва АВ тугундан) ритм бошқарувчи эктопик ўчоқ бўлмачаларнинг бирида (19-расм) ёки АВ тугунда (20- расм) жойлашган бўлиб, атриоventрикуляр блокада бўлмаганда, қоринчалар эктопик ўчоқдан чиққан ҳар бир импульсга жавоб беради. Айрим ҳолларда бўлмачалар ПТ да АВ тугун бўлмачада ишлаб чиқилган барча импульсларга жавоб бера олмаслиги сабабли I, II даражали блокада кузатилади. Бунда P-Q оралик ўзгариб, даврий равишда қоринчалар комплекс тушиб қолиши кузатилади.

ЭКГ белгилари:

- мунтазам тўғри ритм сақланган, ЮУС бир дақиқада 140-250 тагача кўпайган;
- R-R оралиғи қисқарган, лекин бир-биридан бир хил узоқликда жойлашган;

- бўлмачалар ПТ да ҳар бир ўзгармаган, лекин торайган QRS комплексидан олдин ўзгарган Р тишчанинг мавжудлиги (бўлмачадаги эктопик ўчоқни жойлашишига қараб Р тишча пасайган, икки фазали, манфий бўлиши ёки аниқланмаслиги);

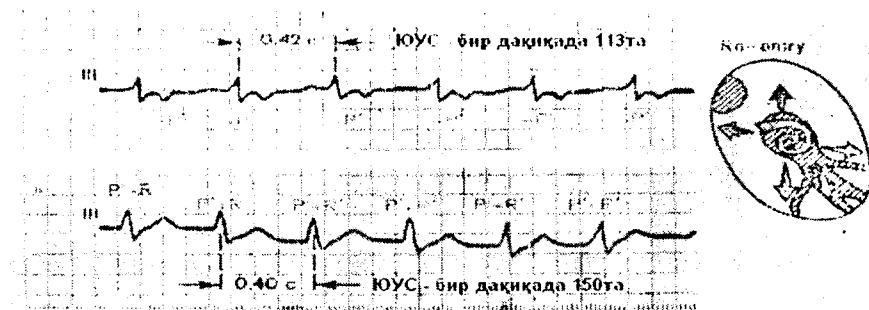
- Р тишча олдинги қоринчалар комплексининг Т тишчаси билан қўшилиб кетиши.



19- расм. Сутравентрикуляр (бўлмачалар) пароксизмал тахикардия

- АВ ПТ да агар АВ тугундан чиққан эктопик импульс бўлмачаларга қоринчалардан олдин тарқалса, II, III, aVF тармоқларда манфий Р тишча, бўлмача ва қоринчаларга бир вақтда етиб келса, Р тишча бўлмаслиги ва ниҳоят у бўлмачага қоринчалардан кейин тарқалса, манфий Р тишча S-T оралиғида аниқланиши (20- расм);

- айрим ҳолларда кенгайган, деформацияланган аберрент қоринчалар комплекси (ўтиб кетувчи Гисс тутами оёқчаларидан бирини блокадаси ривожланганда).



20- расм. Сутравентрикуляр (А - В тугундан) пароксизмал тахикардия

Қоринчалар пароксизмал тахикардияси - унда юракда чуқур қайтмас органик ўзгаришлар кузатилиб, эктопик ўчоқ Гисс тутамида, унинг бирорта оёқчаларида ёки Пуркинъе толаларида жойлашган бўлади. Бу ритм бузилишига атреовентрикуляр (бўлмача-қоринча) диссоциация, яъни бўлмача ва қоринчаларни тўлиқ бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда фаолият кўрсатиши хос. Бунда қоринчаларда ҳосил бўлган эктопик импульслар АВ тугун орқали ретроград (пастан юқорига) ўтмайди ва бўлмачалар СТ да ишлаб чиқарилган ритмдан қисқаради. Қоринчалар пароксизмал

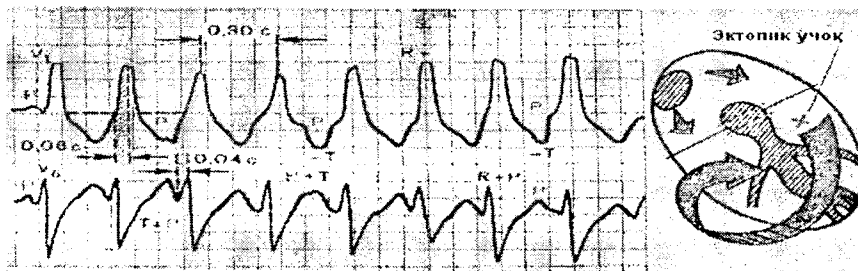
тахикардияси яққол намоён бўлган гемодинамик бузилишлар билан кечади. Юракни қон отиб бериш ҳажми камайиши сабабли ҚБ пасайиб кетади, юрак соҳасида коронар оғриқлар ва юрак етишмовчилиги белгилари кузатилади. Хуруж бартараф этилгач, аксарият ҳолларда ЭКГ да қоринчалар ЭС аниқланади.

ЭКГ белгилари (21- расм):

- мунтазам тўғри ритм сақланган, ЮУС бир дақиқада 140-220 тагача кўпайган;

- ўзгармаган, QRS комплексга боғланмаган, оралиғи бир хил, бир дақиқада 70-90 тагача бўлган Р тишча (ҳар доим ҳам ЭКГ да аниқланавермайди);

- QRS комплекси деформацияланган, кенгайган ($\geq 0,12''$), S-T оралик ва Т тишча асосий тишчага дискордант жойлашган.



21- расм. Қоринчалар пароксизмал тахикардияси

Бўлмачалар ҳилпилловчи аритмияси. Бўлмачалар ҳилпиллаши (фибрилляцияси) ёки ҳилпилловчи аритмия (ХА) бўлмачада жойлашган кўплаб эктопик ўчоқларда ҳосил бўлган импульсларга жавобан, бўлмача мушаги алоҳида толаларининг тартибсиз, тез-тез (бир дақиқада 350-700 тагача), ҳар хил кучланишда ва амплитудада тартибсиз кўзғалиши ҳамда қисқариши ҳисобланади. Бунда бўлмачаларни бир бутунлик сифатида қисқариши кузатилмайди. Импульсларнинг бир қисми етарли даражада кучга эга бўлмагани учун АВ тугунгача етиб бормаса, яна бир қисми уни рефрактерлик даврига тўғри келади ва бу тўсиқдан ўта олмайди. Шу сабабли уларнинг маълум бир миқдоригина АВ тугун орқали қоринчаларга ўтади ва уларнинг тартибсиз кўзғалиши ҳамда қисқаришига олиб келади. ХА ни пароксизмал ва доимий, шунингдек,, ЮУС га кўра *тахисистолик* (ЮУС бир дақиқада 90 тадан кўп), *нормасистолик* (ЮУС бир дақиқада 60-90 тагача), *брадисистолик* (ЮУС бир дақиқада 60 тагача) турлари фарқланади. Аритмия f тўлқинлар амплитудаси ва сонига кўра йирик тўлқинли (тўлқинлар сони бир дақиқада 350-450 тагача, амплитудаси 0,5 мм.дан баландроқ) ва майда тўлқинли (тўлқинлар сони бир дақиқада 600-700 тагача, амплитудаси 0,5 мм.гача) бўлади.

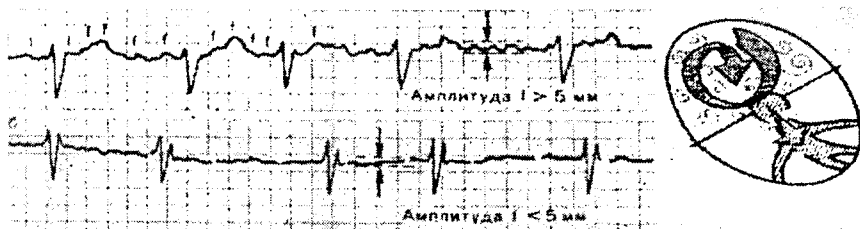
ХА пароксизми вақтида асосий касалликка хос белгилар билан бирга беморларни тўсатдан юрак нотўғри уриб кетиши, умумий ҳолсизлик, юрак

соҳасида нохуш хис, кўкрак қафасида тўмтоқ туртки ёки титраш, ўлимдан кўрқув хисси, кўз олди коронгилашиши, қурук йўтал, хансираш безовта килади. Унинг доимий тахисистолик турида юқоридаги шикоятларга қатта ва кичик қон айланиш доираларида димланиш белгилари, коронар оғриқлар қўшилади. Нормал ва брадисистолик турлирида беморлар шикоят билдирмайдилар. Объектив кўриқда: аускультациясида юрак тонлари турли баландликда ва тўлиқликдалиги (диастола давомийлигига қараб коринчаларни қон билан тўлишига кўра) ҳамда тартибсизлиги, ҳар хил давомийликдаги диастолик оралик аниқланади. Пульс аритмик, турли тўлиқликда, ЮУС ва пульс бир бирига мос келмайди, пульс дефицити кузатилади. Вагусли синамадан кейин ЮУС бир оз камаяди, лекин ритм тикланмайди. ЮУС ва пульс дефицити канчалик кўп бўлса, юрак ва қон айланиш етишмовчилиги белгилари шунчалик яққол намоён бўлади. Ушбу беморларда тромбоземблик (мия, ўпка, буйрак ва бошқа аъзолар қон томирлари) асоратлар ривожланиши ҳамда тўсатдан ўлим хавфи ошиб боради. Шошилиш ҳолатларга олиб келувчи кучли гемодинамик бузилишлар ХА нинг тахисистолик шаклида юзага келади

Ҳилтиловчи аритмиянинг ЭКГ белгилари (22- расм):

- барча тармоқларда Р тишчанинг бўлмаслиги;
- Р тишчанинг ўрнига майда, ҳар хил шаклли ва амплитудали, мунтазам бўлмаган, тартибсиз, баъзан умуман кўринмайдиган f тўлқинлар кузатилиши;

- f тўлқинлар ҳисобига изоэлектрик чизиқни тўлқинсимон кўриниши;
- R-R ораликлари ҳар хил бўлиши;
- QRS комплекси шакли ўзгармаслиги;
- ST оралик ва Т тишчаси f тўлқин ҳисобига деформацияланиши.



22 –расм. Бўлмачалар ҳилтиловчи аритмиясини

Бўлмачалар титраши - тўғри, бошқарилувчи бўлмача ритми сақланган ҳолда уни қисқаришини бир дақиқада 200–400 тагача тезлашишига бўлмачалар титраши дейилади. У доимий (мавжудлиги 2 ҳафтадан кўп) ва пароксизмал (ҳар хил давомийликдаги хуружлар) бўлиши мумкин. Бунда бўлмачанинг турли соҳасида жойлашган эктопик ўчоқлардан чиққан импульсларга жавобан бутун бўлмача эмас, балки унинг маълум бир мушак толалари қисқаради. Бўлмачалар хилпиллашидан фарқли ўларок, бу ритм бузилишида кўзғалишлар сони камрок

ва тартиблирок бўлади. Вақт бирлиги ичида АВ тугун ушбу импульсларни ўтказиш олмайдиган функционал блокада юзага келиб, уларнинг ҳар иккинчиси ёки учинчисини ўтказиш олмайдиган. Агар АВ блокада даражаси турғун бўлса, маълум вақтда қоринчаларга доимий бир хил сондаги импульслар ўтади ва улар турғун ритмда қисқаради. Бу *тўғри турдаги бўлмачалар титрашига* хос. Унинг нотўғри турида эса АВ блокада даражаси ўзгариб турганлиги сабабли вақт бирлиги ичида қоринчаларга турли миқдордаги импульслар ўтади.

Бўлмачалар титрашининг ЭКГ белгилари (23- расм):

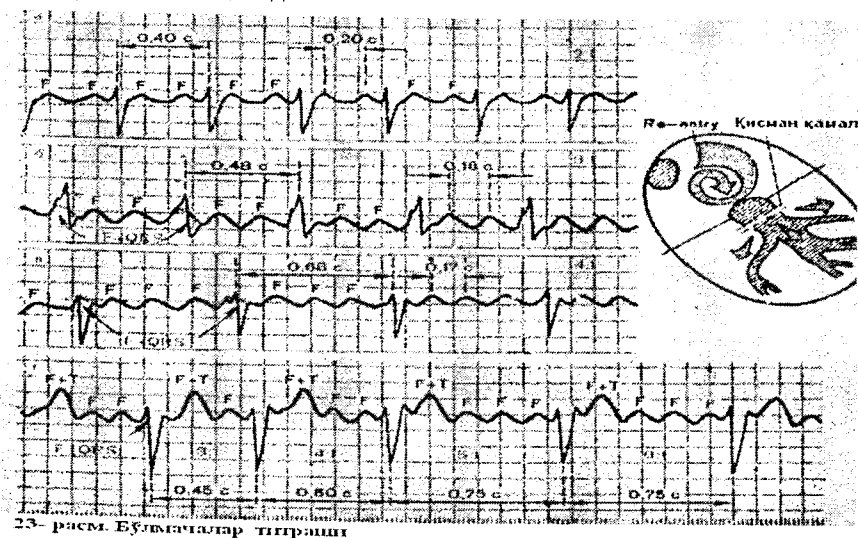
† арра тишлари шаклидаги, бир-бирига ўхшаш ва бир хил узокликда жойлашган бир дақиқада 200-400 тагача бўлмачаларнинг F тўлқини (II, III, aVF V1, V2 тармоқларда яхши кўринади);

† изоэлектрик чизик ўрнига узлуксиз, тўлқинсимон титраш - F тўлқинлари;

† тўғри турдаги, оралиғи бир хил (тўғри турида-R-R оралиғи бир хил) ёки ҳар хил (нотўғри турида-R-R оралиғи ҳар хил) миқдорда F тўлқинлари мавжуд бўлган қоринчалар ритми;

† ҳар бирдан олдин бир хил (F – 2:1, 3:1, 4:1 ёки ҳар хил) миқдордаги F тўлқин мавжуд бўлган ўзгармаган QRS комплекси (бир дақиқада 100-200 та);

Бўлмачалар титраши юракни органик шикастланишида кузатиладиган ритм бузилиши бўлиб, клиник томондан асосий касалликка хос белгилар билан бир қаторда беморларни юрак уриб кетиши, коронар оғриқлар ва хансираш безовта қилади.



23- расм. Бўлмачалар титраши

Қоринчалар титраши ва хилпиллаши (фибрилляцияси) - унда жойлашган кўплаб эктопик ўчоқларда ҳосил бўлган импульсларни

турғун, тўғри айланма (re-entry) ҳаракатига жавобан қоринча мушагининг алоҳида толаларини тартибли (бир дақиқада 200-300 тагача) қўзғалиши ҳамда қисқариши ҳисобланади. У оқибатда қоринчалар ҳилпиллашига (фибрилляцияси) ўтади.

Қоринчалар ҳилпиллашида уни титрашидан фаркли ўлароқ, қўзғатувчи импульслар йўналиши доимо ўзгариб туриши сабабли қоринча мушагининг алоҳида толаларининг тартибсиз (бир дақиқада 200-500 тагача), бошқариб бўлмайдиган даражада қўзғалиши кузатилади. Ўткир ва сурункали юрак–қон томир касалликлари билан оғриган беморларда тўсатдан ўлимнинг асосий сабабларидан бири қоринчалар титраши ва ҳилпиллаши ҳисобланади. Беморларда бу ритм бузилишининг ривожланиши қон айланишини тўхташи билан тенг терминал ҳолат ҳисобланади. Чунки юрак қоринчаларини шу даражада кўп қисқариши гемодинамик жиҳатдан фойдасиздир. Қоринчалар титрашининг биринчи 3-4 сонияларида беморда кучли ҳолсизлик, бош айланиши, 18-20 сония ичида ҳушдан кетиш, 40-50 сониядан кейин эса клоник-тоник тиришишлар ва билмаган ҳолда сийдик копи ва тўғри ичакнинг бўшалиши кузатилади. Биринчи дақиқаларда тери қоплами оқаради, кейин кўкаради, пульс ва ҚБ аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди, нафас олиш сони камаяди ва тўхтайтиди, кўз қорачиғи кенгайди, клиник ўлим ривожланади.

Қоринчалар титрашининг ЭКГ белгилари (24а- расм.):

- қоринчалар қисқариш сони бир дақиқада 200-300 та;
- QRS комплекси, S-T оралик ва Т тишчасини фарқлаб бўлмайди;
- баланд, кенг, бир–бирига ўхшаш, бир хил амплитудали синусоид

тўлқинлар;

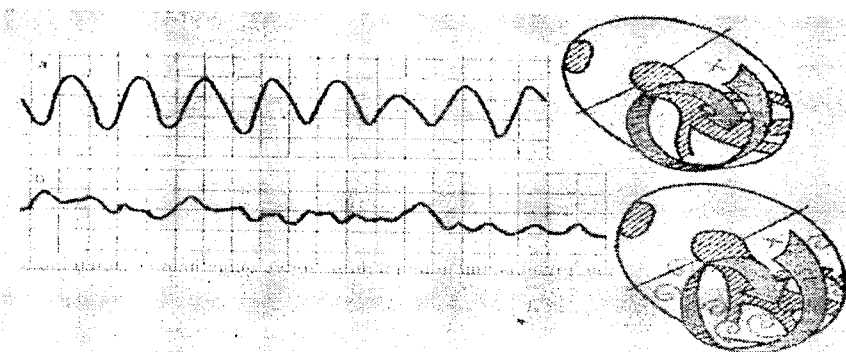
- тўлқинлар ораси бир хил.
- Қоринчалар ҳилпиллашининг ЭКГ белгилари (24 б- расм):
- қоринчалар қисқариши сони бир дақиқада 200-500 та;
- қоринчалар комплексини фарқлаб бўлмайди;
- амплитудаси, кенглиги, шакли ҳар хил, ўткир ёки тўмтоқ чўккили

тўлқинлар;

- тўлқинлар ораси ҳар хил;
- тўлқинлар амплитудаси пасайиб бориб, асистолияга (тўғри чизик)

ўтади.

Ўтказувчанликнинг бузилиши. Юрак ўтказувчи тизими (1-расм) қисмларидан бирида импульс ўтишининг секинлашиши ёки вақти-вақти билан алоҳида ритмлар ўтишининг тўхташи (ногўлик) ёки уларнинг умуман ўтмаслиги (тўлик) юрак блокадаси дейилади. Ўтказувчанлик бузилган соҳа жойлашишига кўра синоатриал, бўлмача ичи, антриовентрикуляр ва қоринчалар ичи блокадалари фарқланади. Блокадалар ритм бузилишлари каби юрак мушакларини органик шикастланиши билан кечадиган касалликларда (миокардитлар, кардиомиопатиялар, ЮИК, МИ, ГК, юракни туғма ва орттирилган



24- расм (а; б) Қоринчалар титраши ва ҳидриллаши

нуксонлари), айрим дори воситаларини (ЮГ, β -блокаторлар, Са каналлари антогонистлари, калий препаратлари ва бошқалар) тартибсиз кўп миқдорда қабул қилганда кузатилади. Улар ўтиб кетувчи ва доимий бўлиши мумкин.

Синоатриал блокада. Синоатриал блокада (СБ) – СТ даги импульсни бўлмачага ўтиши секинлашиши ёки ўтишни бутунлай тўхташи ҳисобланади. У қуйидаги сабабларга кўра юзага келади ва СТ да ҳосил бўлган импульс бўлмача ва қоринчаларни қисқартира олмайди.

- СТ дан импульсларни бўлмачага ўтишида блокада мавжудлигида;
- СТ импульс ҳосил бўлмаганда;
- СТ ҳосил бўлган импульс бўлмачани кўзғатиш учун лозим бўлган даражадаги кучга эга эмаслигида;
- бўлмача СТ дан импульсни қабул қила олмаганда.

СБнинг учта даражаси фарқланади:

Унинг *I даражасида* СТ импульс ҳосил бўлиши ёки уни бўлмачаларга ўтиши секинлашади. Бу даражадаги блокадада клиник белгилар кузатилмайди ва уни оддий ЭКГ текширишлари ёрдамида аниқлаб бўлмайди. Ташхислашда бўлмачаларни электрик кўзғатиш ёки СТ потенциалини ўлчаш усуллари қўлланилади.

СБ ни *II даражасида (нотўлиқ)* СТ да ҳосил бўлган айрим импульслар бўлмачаларга етиб бормайди ва бўлмачалар ҳамда қоринчалар қисқариши тушиб қолишига олиб келади. Уни иккита тури фарқланади:

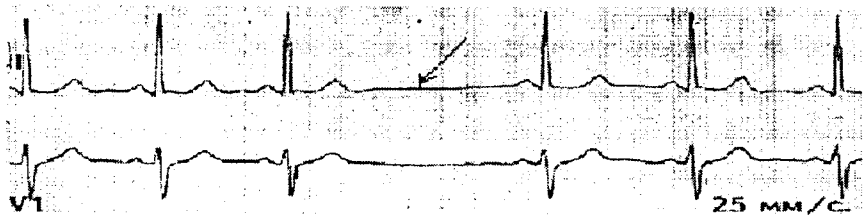
Нотўлиқ СБнинг II даражаси Самойлов – Венкебах даври билан – 1 тур;

Нотўлиқ СБнинг II даражаси Мобиц – 2 тур.

Самойлов – Венкебах даври билан кечадиган нотўлиқ СБ ни II даражаси I- турида синоаурикуляр ўтказувчанлик секин-аста ёмонлашиб бориб, тўсатдан умуман ўтмай қолади. Оқибатда импульс бўлмача ҳамда қоринчаларга ўтмайди ва улар қисқармайди. Танаффус вақтида СТ фаолияти ва синусли ритм тикланади.

ЭКГ белгилари (25- расм):

- ▶ узоқ танаффусдан олдин асосий синус ритмида P-P оралиқ аста-секин қисқариб боради;
- ▶ вақти-вақти билан P-QRS комплекси ва T тишчаси тушиб қолиб, ўрнига тўғри чизик пайдо бўлади;
- ▶ СБ даги P-P оралиқ (P- QRST тушиб қолганда ҳосил бўлган танаффус) синус ритмдаги иккита P-P оралиқдан кам;
- ▶ танаффусдан кейинги синусли P-P оралиқ СБ дан олдинги асосий ритмдаги P-P оралиқдан узунроқ;

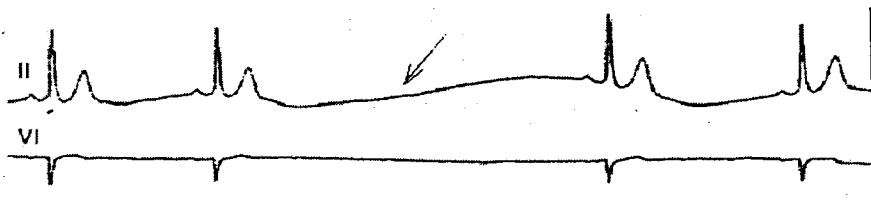


25- расм. Нотўлиқ синюатриал блокада II даража Симофлов – Венкебах даври билан

Нотўлиқ СБ ни II даражаси Мобиз 2-турида СТ ўтказувчанлик ўзгармаган ҳолда вақти-вақти билан ундан импульс ўтиши бузилади ва бўлмача ҳамда қоринчалар қисқаришининг тушиб қолишига олиб келади.

ЭКГ белгилари (26- расм):

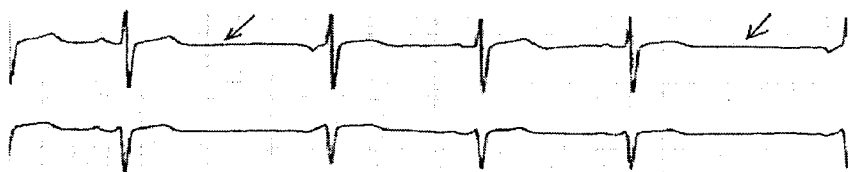
- узоқ танаффусдан олдинги ва ундан кейинги асосий синус ритмида P-P оралиқнинг бир хил бўлиши;
- вақти-вақти билан P-QRS комплекси ва T тишчаси тушиб қолиб ўрнига тўғри чизик пайдо бўлиши;
- СБ даги P-P оралиқ (P-QRST тушиб қолганда ҳосил бўлган танаффус) синус ритмдаги иккита, учта ва ундан кўпроқ P-P оралиқлар йиғиндисига тенг (нечта P - QRST тушиб қолганига қараб) бўлиши.



26- расм. Нотўлиқ синюатриал блокада II даража Мобиз 2- тури

Бу турдаги СБ да бўлмача ва қоринчалар комплекси тартибсиз (иккинчи, тўртинчи, еттинчи ва ҳоказо) ёки тартибли (ҳар иккинчи, ёки учинчи, ёки тўртинчи ва ҳоказо) равишда тушиб қолиши мумкин (27-расм). Айрим ҳолларда эса юқори даражадаги нотўлиқ СБ да бир вақтнинг ўзида бирин-кетин келган бир нечта импульслар ўтмаслиги кузатилади. Натижада ҳосил бўлган 2, 3, 4 та синусли P-P оралиққа тенг бўлган танаффус ўрнини II ва

III тартибдаги ритм бошқарувчиларидан чиққан импульслар таъсиридаги қисқаришлар қопламаса, Морганье-Адамс-Стокс синдроми (МАСС) (ушбу синдром маърузанинг қоринчалар асистолияси қисмида тўлиқ ёритилган) ривожланиши ва тўсатдан ўлим юз бериши мумкин. Беморда кучли ҳолсизлик, бош айланиши, 18-20 сония ичида хушдан кетиш, 40-50 сониядан кейин эса клоник-тоник тиришишлар ва билмаган ҳолда сийдик қопи ва тўғри ичакнинг бўшалиши кузатилади. Биринчи дақиқаларда тери қоплами оқаради кейин кўкаради, пульс ва ҚБ аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди, нафас олиш сони камаяди ва тўхтабди, кўз қорачиғи кенгайди, клиник ўлим ривожланади.



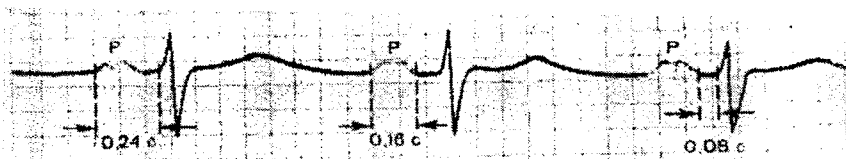
27-расм. Нотўлиқ синусризал блокада II даража Мобит 2-тури

Нотўлиқ СБнинг II даражаси клиник белгилари юрак систоласининг тушиб қолиш даражаси ва ҳосил бўлган танафус давомийлиги ҳамда унинг куйида жойлашган ритм бошқарувчилари томонидан қамраб олинганига боғлиқ. Беморлар юрак нотўғри уришига, тўхтаб қолиш ҳиссига, асистолия вақти бир неча сониядан ошса, бош мияда (бош айланиши, шовқин пайдо бўлиши, қисқа муддатли хушдан кетиш, МАСС) ва юракда (кардиал оғриқлар, юрак етишмовчилиги) қон айланиши бузилиши белгиларидан шикоят қиладилар.

СБнинг III даражасида барча синус тугунида ҳосил бўлган импульслар бўлмача ва қоринчаларга ўтмайди ва ЭКГда P-QRS комплекси ва T тишчаси тушиб қолиб ўрнида тўғри чизик пайдо бўлади. Бундай ҳолларда фаолиятни II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилари ўз зиммасига олади. Натижада юкорида санаб ўтилган ритм бузилишлари ва уларга хос клиник белгилар кузатилиши мумкин.

Бўлмача ичи блокадаси - унда импульсларни СТ дан бўлмача ичи ўтказувчи тизими орқали ўтишининг бузилиши кузатилади. Бу блокада клиник-гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди. Беморлар асосий касалликларга (МИ, атеросклеротик кардиосклероз, митрал стеноз, сурункали бронхит, БА ва бошқа) хос бўлган шикоятлар билдирадилар. Амалиётда нотўлиқ бўлмача ичи блокадаси кузатилади ва ЭКГда P тишчасининг ўзгариши билан намоён бўлади. Унинг давомийлиги 0,11" дан кўпроққа узайиб, икки ўрқачли бўлиб қолади. P-Q оралик P тишча ҳисобига узаяди, QRS комплекси ва T тишчаси ўзгармайди (28-расм).

Антриовентрикуляр блокада - импульсларни бўлмачадан қоринчаларга ўтишининг секинлашиши ёки умуман ўтмаслигидир. Унинг учта даражаси фарқланади.



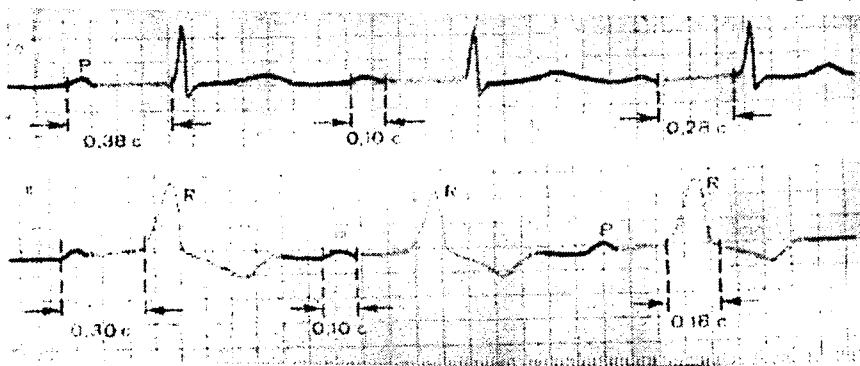
28 – расм. Нотўлиқ бўлмача ичги блокадаси

I даражали АВ блокада - импульсларни бўлмачадан қоринчаларга ўтиши секинлашади ва беморда клиник – гемодинамик ўзгаришлар кузатишмайди.

ЭКГ белгилари:

- P- Q оралик 0,20" дан кенгайган;
- P тишча билан QRST комплекси орасидаги боғлиқлик сақланган;
- агар блокада АВ тугунида импульсни ўтиши қийинлашиши ҳисобига ривожланган бўлса, P- Q оралик узайиб, QRS комплекси ва Т тишчаси ўзгармаган;

• *I даражали АВ блокаданинг* дистал турида импульслар бир вақтнинг ўзида Гисс тутамининг учта оёғи орқали ҳам кийналиб ўтади. ЭКГда P-Q оралик узайиши билан бир қаторда QRS комплекси ва Т тишчасини Гисс тутами блокадасига ўхшаш деформацияси ва кенгайиши кузатилади (29- расм).



29- расм. Бирдиги даражали проксимал (б) ва дистал (в) АВ блокадалар

Бу блокада клиник ва гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди. Беморлар асосий касалликка хос бўлган шикоятларни билдирадилар.

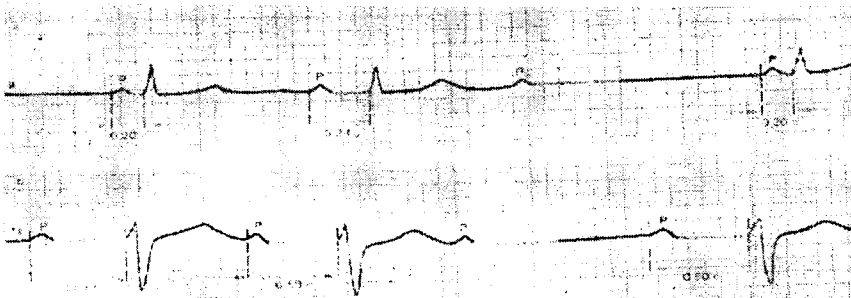
II даражали АВ блокадага вақти-вақти билан алоҳида импульсларнинг бўлмачадан қоринчага ўтмаслиги натижасида битта ёки бир нечта қоринчалар систоласининг тушиб қолиши хос. Қоринчалар комплекси тушиб қолишида ҳосил бўлган танаффус Самойлов-Венкибах даври дейилади. Беморлар юрак тўхтаб-тўхтаб уришига, бош айланишига, юрак соҳасида нохуш ҳисларга шикоят қиладилар. Унинг учта тури фарқланади:

I тип - Мобитц I да аста-секин АВ тугун ўтказувчанлиги ёмонлашиб бориб, битта (кам ҳолларда 2-3 та) импульс у орқали ўтмай қолади.

ЭКГ белгилари (30- расм):

- P- Q оралиқ ни аста-секин узайиб бориши (0,20" , 0,24" , 0, 28" , 0,30);
- P тишча сақланган ҳолда QRS комплекси ва T тишчасини тушиб қолиши- Самойлов –Венкибах даври;
- танаффусдан кейинги P-Q оралиқ меъёрида бўлиши ва кейинчалик яна аста-секин узайиб бориши.

II тип - Мобитц II да P-Q оралиғи (меъёрида ёки бир хил узайган) бир хил бўлган ҳолда алоҳида қоринчалар комплексини вақти-вақти билан тартибсиз тушиб қолиши хос. QRS комплекси меъёрида ёки бир оз кенгайган бўлиб, P тишча билан боғлиқлиги сақланган.



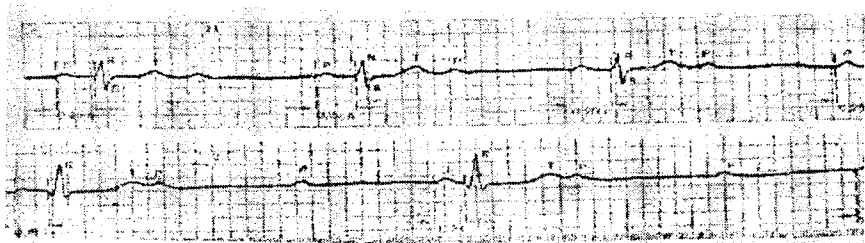
30-расм. Иккинчи даражали АВ блокада (а-Мобитц 1; б-Мобитц 2)

III тип - Мобитц III юкори даражадаги нотўлиқ блокада бўлиб, унда P-Q оралиғи (нормал ёки бир хил узайган) бир хил бўлган ҳолда алоҳида қоринчалар комплексини (ҳар иккинчи ёки учинчи) тартибли равишда тушиб қолиши хос.

ЭКГ белгилари (31- расм):

- ритм синусли;
- P-Q оралиқ барча тармоқларда бир хил (меъёрида ёки бир оз узайган);
- тартибли равишда ҳар иккинчи ёки учинчи, айрим ҳолларда бирданига кетма-кет иккитадан кўп қоринчалар комплексининг тушиб қолиши ҳисобига яққол намоён бўлган синусли брадикардия (қоринчалар қисқариш сони бир дақиқада 40-60 та);
- R-R оралиғи бир хил иккита P-P оралиғига тенг;
- P-P оралиғи бир хил (бўлмачалар қисқариш сони бир дақиқада 60-90 та);
- тартибли равишда Самойлов–Венкибах даври кузатилади;
- QRS комплекси меъёрида ёки бир оз кенгайган ва P тишча билан боғлиқлиги сақланган.

III даражали АВ блокада (тўлиқ кўндаланг блокада) – бўлмачалардан қоринчаларга импульсларнинг бутунлай ўтмаслиги натижасида бўлмачалар СТ дан чиқадиган импульсларга, қоринчалар эса II ва III тартибдаги ритм бошқарувчиларида ҳосил бўлаётган импульсларга жавобан бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда мустақил қисқаради.



31- расм. Мобитц II - юқори даражадаги нотўлиқ блокада

Клиникаси: Беморлар кескин ҳолсизликдан, бош айланиши ва оғриши, кўз олдиниң қоронғилашиши, қисқа муддатли ҳушдан кетиш, юрак соҳасида оғриқ, ҳаво етишмаслигидан шикоят қиладилар. Обьектив кўриқда яққол намоён бўлган турғун, тўғри ритмдаги брадикардия (ЮУС бир дақиқада 40 та ва ундан кам) аниқланади. Юрак аускультациясида аксарият ҳолларда I тон сустлашган, лекин вақти-вақти билан (бўлмачалар ва қоринчалар қисқариши бир вақтга мос келганда) Стражесконинг “тўп ўк отиш товуши” («пушечный тон» Стражеско), айрим ҳолларда узок давом этган диастола даврида бўлмачалар қисқариши тони -“акс-садо”си эшитилади. I тонга мос келувчи бўйин веналарининг кучли пулсацияси, камайган, етарли даражада тўлиқликка эга бўлган, ритмик пульс, систолик босимнинг кўтарилиши, диастолик босимнинг пасайиши, айрим ҳолларда юрак стишмовчилиги белгилари, юракда, буйрак ва бош миёда қон айланишининг бузилиш (МАСС) белгилари кузатилади.

ЭКГ белгилари (32- расм):

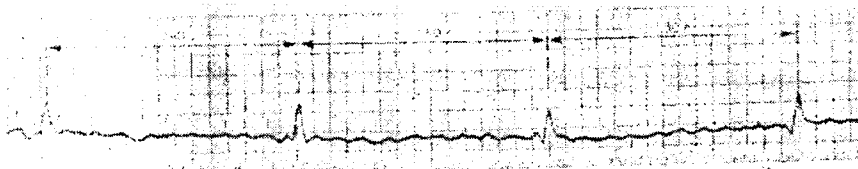
- қоринчалар қисқариш сони бўлмачаларникидан 2-3 баравар кам;
- R-R оралиғи бир хил (бир дақиқада 20-30-50 та);
- P-P оралиғи бир хил (бўлмачалар қисқариш сони бир дақиқада 60-90 та);
- QRS комплекси меъёрида ёки бир оз кенгайган ва P тишча билан боғлиқлиги сақланмаган;
- P тишча QRST комплексига нисбатан турлича жойлашган;
- ўрин босувчи ритмлар кузатилиши мумкин.



32- расм. Учинчи даражали АВ блокада (тўлиқ кўндалнинг блокада)

Фредерик синдромида – тўлиқ АВ блокада билан бирга бўлмачалар ҳилпиллаши ёки титраши кузатилади. ЭКГ да (33- расм): P тишча ўрнига титраш (F) ёки ҳилпиллаш (f) тўлқинлари аниқланади. Тўғри турдаги

коринчалар ритми бир дақиқада 30-50 тагача. QRS комплекси меъёрида ёки кенгайган ва деформацияланган (ритм бошқарувчиси Гисс тутами оёқчалари бўлганда).



33- расм. Фредерик синдроми

Қоринчалар асистолияси - юракни электрик ва механик фаоллигининг тўхташи ҳисобланади. Бу аксарият ҳолларда яккаланган бўлмачалар асистолиясидан (II ва III тартибдаги ритм бошқарувчиларида ҳосил бўлган импульслар ҳисобига коринчалар қисқаради) фарқли ўларок, ўлим билан тугайди. Қоринчалар асистолияси ритм бузилиши эмас, балки юракнинг юқори даражадаги ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари оқибатидир. У кўпинча қоринчалар титраши ва хилшиллаши натижасида юзага келади. Клиник белгилари: бемор тўсатдан ҳушидан кетади, ранги оқариб нафас олишдан тўхтайтиди. Барча периферик ва йирик қон томирларида пульс йўқолади, ҚБ аниқланмайди, юрак тонлари эшитилмайди. 45 сониядан кейин кўз қорачиқлари кенгая бошлайди, бир дақиқа 45 сониядан кейин максимал кенгаяди, тиришишлар пайдо бўлади, билмаган ҳолда сийдик ажралиши ва дефекация кузатилади. ЭКГ да тўғри чизик (юракнинг электрик фаоллик белгилари йўқолиши) аниқланади.

Юрак асистолияси 5 сониядан узокроқ давом этса, бош миёда гипоксия белгилари ва ҳушдан кетиш билан кечадиган МАСС кузатилади. МАСС нинг асосий сабаблари тўлиқ АВ блокада, СТХС ва қоринчалар пароксизмал тахикардиялари ҳисобланади. *Клиникаси:* ахволи қониқарли бўлиб турган беморда тўсатдан қучли бош айланиши, кўз олди қоронгилашиши, қўнғил бехузур бўлиши, умумий ҳолсизлик пайдо бўлади ва кейин ҳушдан кетади. Шу билан бир вақтнинг ўзида танада аввал клоник, кейин тоник тиришишлар ва билмасдан сийдик ажралиши ҳамда дефикация кузатилади. Тахминан бир дақиқа ўтгач, бемор нафас олишдан тўхтайтиди, тери қоплама кўкаради, айрим ҳолларда Чайн-Стокс нафаси пайдо бўлади. Пульс, юрак уриши ва ҚБ аниқланмайди, кўз қорачиқлари кенгаяди. Юрак ритми тикланса, бемор тезда ҳушига келади, ретроград амнезия, аура, тилини тишлаб қолиши кузатилмайди. Лекин бу ҳолат ўлим билан тугайди. Хуруж вақтидаги ЭКГ да тўғри изоэлектрик чизик аниқланади.

Қоринчалар ичи блокадаси - унда (Гисс тутами ва оёқчалари блокадаси) СТ дан ёки эктопик ўчоқдан келаётган импульсни Гисс тутами оёқчаларининг биттаси ёки бир нечтаси орқали ўтишининг секинлашиши ёки тўхташи сабабли қоринчаларнинг бири иккинчисидан кечроқ кўзғалади.

У жойлашишига қараб ўнг ёки чап оёқча, даражасига кўра эса тўлиқ ва нотўлиқ бўлади. Бундан ташқари қоринчалар ичи блокадасининг қуйидаги турлари ҳам фаркланади:

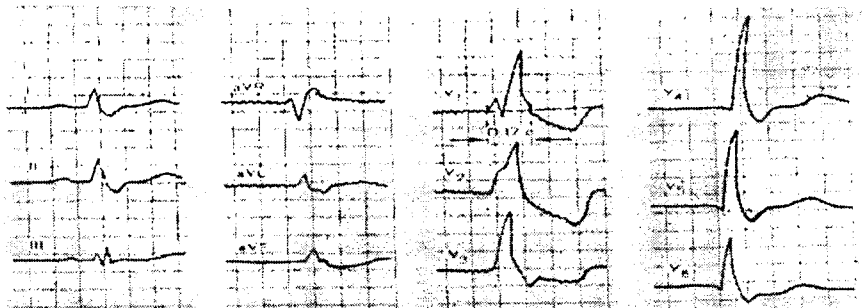
- а) битта шохчали (монофасцикуляр);
- б) икки шохчали (бифасцикуляр);
- в) учта шохчали (трифасцикуляр).

Юрак чўккиси ва Боткин Эрб нуктаси оралиғида, нафас фазасига боғлиқ бўлмаган ҳолда биринчи ва (ёки) иккинчи тонлар кучли иккиланса, Гисс тутами ва унинг оёқчалари блокадаси мавжудлиги тўғрисида шубҳа қилиш мумкин. Лекин ташхис қўйишда ЭКГ натижаларига асосланилади. Чунки беморларда асосий касалликка хос белгилар мавжуд бўлиб, оёқчалар блокадаси ҳеч қандай клиник ва гемодинамик ўзгаришлар билан намоён бўлмайди. Қоринчалар ичи блокадасига хос умумий ЭКГ белгилар:

- QRS комплекснинг $0,12''$ дан узайиши;
- S-T оралиқ ва T тишчанинг асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашиши;
- юрак электрик ўқининг блокланган қоринча томонга силжиши;
- QRS комплекснинг кенгайиши, иккиланиши ва деформацияланиши.

Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ блокадаси - монофасцикуляр (34- расм):

- ✦ блокада классик кечганда юрак электр ўқи вертикал жойлашган- $R_1 = S_1$. Вильсон бўйича S-турида I ва II тармоқларда S тишча чуқур, кенгайган;
- ✦ QRS комплекси давомийлиги - $0,12''$ ва ундан кенг;
- ✦ III, aVF, V_1-V_3 тармоқларида QRS комплекси кенгайган, "М"- симон - rSR', rSR' кўринишда, ST оралиқ ўрта чизикдан пастда, T тишча манфий ёки икки фазали;
- ✦ V_5-V_6 тармоқларда чуқур S тишчаси сақланиши.

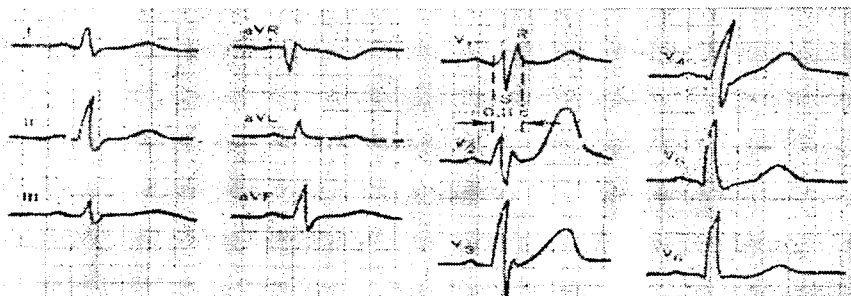


34- расм. Гисс тутами ўнг оёқчаси тўлиқ блокадаси

Гисс тутами ўнг оёқчасининг нотўлиқ блокадаси-монофасцикуляр (35- расм):

- QRS комплекс давомийлиги $-0,10'' -0,11''$;
- III, aVF, V_1-V_2 тармоқларида QRS комплекс кенгайган, "М"- симон - rSr', rSr', rSR' кўринишда, $r'V_1 > rV_1$;

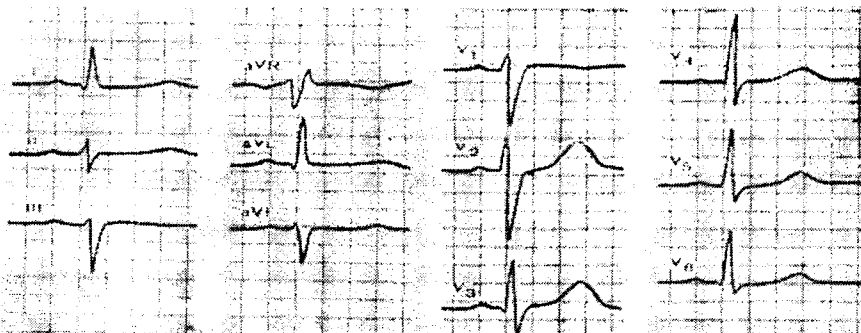
- ST оралик ўрта чизикдан пастда ва Т тишча манфий (икки фазали) ёки меъёрида бўлиши;
- V_5 - V_6 тармоқларда S тишчаси чуқурлашган ва кенгайган;
- S_1 яққол намоён бўлган.



35- расм. Гисс тутами ўнг оёқчаси нотўлиқ блокадаси

Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси блокадаси-монофасцикулар (36- расм):

- юрак электр ўқи кескин чапга силжиган $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$, $S_{II} > R_{II}$, $S_{aVF} > R_{aVF}$, $R_{aVR} > Q(S)_{aVF}$;
- QRS комплекс давомийлиги 0,10"- 0,11";
- QRS комплекс I, aVL тармоқларда qR, III, aVF, II да эса qS кўринишда;
- V_5 - V_6 тармоқларда яққол намоён бўлган S тишчаси аниқланиши мумкин;
- V_1 - V_2 тармоқларида S тишчанинг кўтарилиш қисмида бир оз иккиланиш ёки V_1 тармоқда баъзан унча катта бўлмаган r' аниқланиши;
- V_5 - V_6 тармоқларда q тишчасининг йўқолиши.

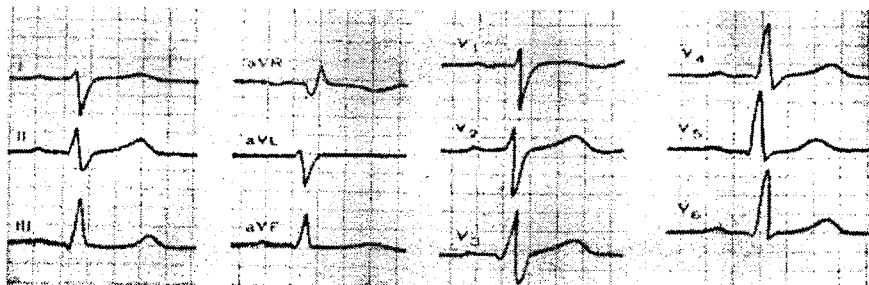


36- расм. Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси блокадаси

Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси блокадаси-монофасцикулар (37- расм):

- юрак электр ўқи кескин ўнга силжиган $R_{III} > R_{II} > R_I$; $S_I > R_I$; $R_{aVR} > Q(S)_{aVR}$;

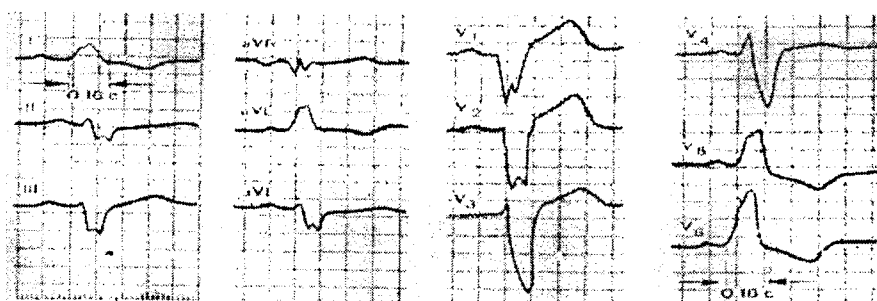
- QRS комплекс давомийлиги $0,10'' - 0,11''$;
- QRS комплекс I, aVL тармоқларда r S, III, aVF да эса qR кўринишда;
- $V_5 - V_6$ тармоқларда баъзан q тишчаси йўқолиши.



37- расм. Гисс тутамди чап оёқчасининг орқа шоқчаси блокадаси

Гисс тутами чап оёқчасининг тўлиқ блокадаси - бифасцикуляр (38- расм):

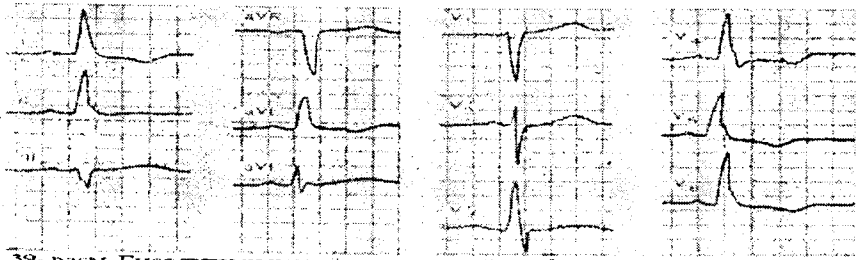
- юрак электр ўқи чапга силжиган;
- QRS комплекс давомийлиги $0,12''$ дан кенг;
- I, aVL, $V_5 - V_6$ тармоқларда R тишчаси кенгайган, иккиланган, q тишчаси йўқолган;
- III, aVF ва V_{2-1} тармоқларда кенгайган, иккиланган S тишча ёки QS комплекс;
- ST оралик ва T тишча QRS комплексининг асосий тишчасига қарама-қарши жойлашган.



38- расм. Гисс тутамди чап оёқчасининг тўлиқ блокадаси

Гисс тутами чап оёқчасининг нотўлиқ блокадаси - бифасцикуляр (39- расм):

- юрак электр ўқи чапга силжиган;
- QRS комплекс давомийлиги $0,10 - 0,11''$;
- I, aVL, $V_5 - V_6$ тармоқларда R тишчаси кенгайган, айрим ҳолларда деформацияланган, q тишчаси йўқолган;
- III, aVF ва V_{2-1} тармоқларда кенгайган, иккиланган QS комплекс ёки rS, айрим ҳолларда бошланғич қисмида иккиланган S тишча.



39- расм. Гисс тутами чап оёқчасини нотўлиқ блокадаси

Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси ва ўнг оёқчаси блокадаси - бифасцикуляр (40-расм):

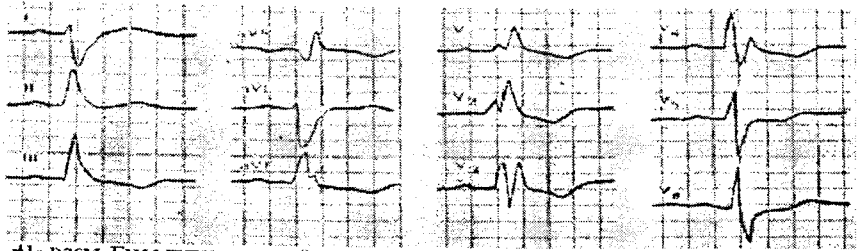
- юрак электр ўқи кескин чапга силжиган;
- QRS комплекс давомийлиги $0,12''$ дан кенг;
- кўкрак тармоқларида Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадасига хос белгилар.



40-расм. Гисс тутами чап оёқчасининг олдинги шохчаси ва ўнг оёқчаси блокадаси

Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси ва ўнг оёқчаси блокадаси - бифасцикуляр (41- расм):

- юрак электр ўқи кескин ўнгга силжиган;
- стандарт тармоқларда $(a > +120^\circ) R_{III} > R_{II} > R_I; S_I > R_I; R_{aVR} > Q(S) aVR;$
- кўкрак тармоқларида Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадасига хос белгилар.



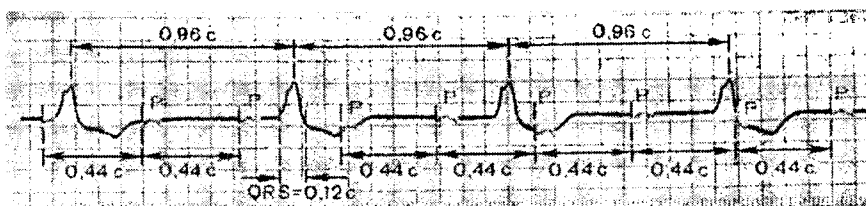
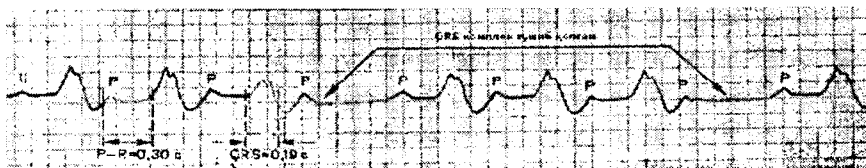
41- расм. Гисс тутами чап оёқчасининг орқа шохчаси ва ўнг оёқчаси блокадаси

Қоринча ичи ўтказувчи тизимнинг охириги толалари блокадаси:

QRS комплекси кенгайган, деформацияланган, барча тармоқларда тишчалар вольтажи пасайган, Т тишчаси текистланган, аксарият ҳолларда манфий.

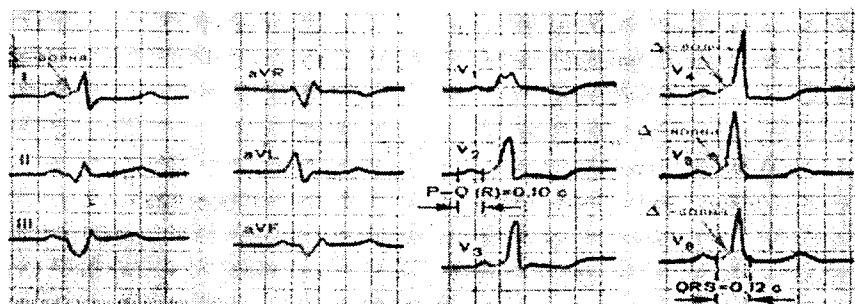
Гисс тутамининг учта оёқчаси блокадаси- трифасцикуляр (42-43- расм):

- ЭКГда АВ блокаданинг I, II, III даражасига хос белгилар;
- Гисс тутами иккита оёғи блокадасига хос ЭКГ белгилар.

**Қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалиши**

Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми (WPW) – бўлмача ва қоринча орасида қўшимча ўтказувчи Кент йўли мавжудлиги сабабли қоринчаларнинг вақтидан олдин қўзғалишидир. Бу синдром мутлақо соғлом одамларда (туғма-қўшимча ўтказувчи йўлак) ва айрим касалликлар (ЮИК, юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари, миокардитлар, кардиомиопатиялар ҳамда кардиомиоцитларда электрофизиологик ҳолатнинг бошқа бузилишлари сабабли) билан оғриган беморларда учраши мумкин. Қоринчалар эрта қисқариши сезиларли гемодинамик ўзгаришлар билан кечмайди. Лекин WPW синдроми айрим гемодинамик ўзгаришлар ёки ўлимга олиб келувчи баъзи ритм бузилишларининг (пароксизмал тахикардия, бўлмачалар фибрилляцияси ёки титраши) манбаи бўлиши мумкин. *ЭКГ белгилари (44-расм):*

- P- Q ораликнинг 0,12" гача қисқариши;
- QRS комплекси таркибида қўшимча дельта тўлкини мавжудлиги;
- QRS комплекси бир оз (0,11-0,15" гача) кенгайиши ва деформацияланиши;
- ST оралик ва Т тишчанинг асосий тишчага нисбатан дискордант жойлашиши, Т тишча кутубларининг ўзгариши.



44- расм. Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми

P-Q интервали қисқариш синдроми (CLC) - бўлмача ва қоринча орасида қўшимча ўтказувчи Джеймс йўли мавжуд бўлганда кузатилади.

- ЭКГ белгилари:
- P-Q оралиқни 0,12" дан камайиши;
- QRS комплекс ўзгармаганлиги;
- QRS комплекси таркибида дельта тўлқини бўлмаслиги.

АРИТМИЯЛАРНИ ТАШХИСЛАШ

1. Юрак ритми бузилишига шубҳа қилинган бемор шикоятлари ўрганилаётганда УАВ куйидагиларни аниқлаши лозим:

▶ беморда юрак нотўғри, тўхтаб-тўхтаб ўриши, тўсатдан тез уриб кетиши мавжудлигини;

▶ бу шикоятлар қайси белгилар (бош айланиши, юрак соҳасида оғрик, ҳушдан кетиш хуружлари, мушакларда тиришишлар, кўп миқдорда рангсиз пешоб ажралиши ва бошқалар) билан бирга кечишини;

▶ унинг пайдо бўлишига (тинч ҳолатда сабабсиз, жисмоний ёки рухий зўриқиш, шамоллаш, сурункали касалликнинг қўзғалиши, режали давони тўхтатиб кўйиш, дори воситаларини тартибсиз қабул қилиш ва ҳоказо) ва ўтиб кетишига (ҳаракатдан тўхташ, синамалар ўтказиш, тинтчлантирувчи ёки антиаритмик воситаларни қабул қилиш) олиб келувчи сабабларни;

▶ ритм бузилиши хуружлари сони ва давомийлигини.

2. Бемор анамнезидан аниқланиши зарур:

▶ шикоятларнинг биринчи бор безовта қилган вақти ва давомийлигини;

▶ биринчи бор шифокорга мурожаат қилган вақтини;

▶ қабул қилган даволаш чораларини (медикаментоз ва медикаментоз бўлмаган);

▶ анамнезида (ўзида ёки яқин қариндошларида) ритм бузилишига олиб келиши мумкин бўлган касалликлар (ЮИК, ревматизм, АГ, миокардит ва ҳоказолар) ва хавф омиллари (ёмон одатлар, қаҳва ва аччиқ чойни кўп истеъмол қилиши, сурункали рухий ва жисмоний зўриқиш, заҳарланиш) мавжудлигини.

3. Объектив кўриқда эътибор бериш керак:

▶ бемор ҳолати (кам ҳаракат, мажбурий ҳолатда бўлиши, кўзгалувчан ва бошқалар);

▶ тери қоплами (рангпар, кўкарган, қуруқ ёки нам);

▶ ҚБ ва пульси кўрсаткичлари;

▶ юрак соҳаси кўриги (юрак букриси, юрак чегаралари, юрак соҳасида ва бўйин томирларида пульсация);

▶ юрак ва йирик томирлар аускультацияси (юрак тонлари ҳолати, функционал ёки органик шовқинлар);

▶ ўткир ёки сурункали ҚАЕ белгилари мавжудлиги;

▶ бош мия, буйрак, жигар касаллигига хос белгилар.

4. Лаборатор ва асбобий текширишлар:

Лаборатор текшириш усуллари аритмияга олиб келган ҳолат ва касалликдан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади. Аритмияни ташхислашнинг асосий асбобий текшириш усули ЭКГ ҳисобланади. Қисқа муддатли олинган ЭКГ ёрдамида транзитор ритм бузилишларини аниқлаш қийин. Бу ҳолатда *Холтерли мониторинг* ЭКГ усулидан (45-расм) фойдаланилади. Бунда кичик кўчма монитор ёрдамида кун давомида юрак фаолияти ЭКГ лентасига туширилади ва кейин олинган натижалар таҳлил қилиниб, хулоса чиқарилади. Бу усул юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиш даражаси, сабаби, хавф омиллар таъсири, аритмияни жисмоний ёки руҳий зўриқишга боғлиқлиги ва дори воситалари самарадорлигини аниқлашга ёрдам беради. Холтер мониторинг вақтида 32% беморларда авваллари оддий ЭКГ текшириш усули ёрдамида аниқланмаган кўшимча ритм ва ўтказувчанлик бузилишларини қайд этиш мумкин. Узок вақт давомида ўтказилган ЭКГ текшириш сунъий ритм бошқарувчиси фаолиятини баҳолашга ҳам ёрдам беради.

5. *Жисмоний юклама билан ўтказиладиган синамалар (велозргометрия)* - яширин ёки ўтиб кетувчи ритм бузилишларини аниқлашда фойдаланилади. Бу текшириш усулига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар «Кўкрак қафасидаги оғриқлар»га бағишланган маърузада ёритилган. Бундан ташқари ОП ва ҚВП шароитида аритмияларни аниқлашда бошқа, ўтказилиши содда ва арзон бўлган текшириш усуллари қўлланилади. Буларга тредмилметрия, зинапояли Мастер, миқдорланган юриш синамалари кирди.

6. *Психозэмоционал синама* аритмияларни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. ЭКГ ёрдамида назорат қилган ҳолда бу синама қўлланилганда, ЮИК билан оғриган 30% беморларда ритм бузилишларини аниқлаш мумкин.

7. *Вагусли синама* (Вальсальви ва синокаротид) ёрдамида аритмия характери, яъни функционал ва органик ритм бузилишларини (синусли брадикардия, СТ блокадаси, СТХС) аниқлаш мумкин.

Медикаментоз синама - айрим ритм бузилишларини (синусли брадикардия, СТ блокадаси, СТХС, WPW синдром) патогенези ва



45-расм. Холтер мониторинг

клиникасини аниқлаш учун атропин, аймалин ёки бошқа дори воситалари ёрдамида фақат шифохона шароитида ўтказилади. Атропинли синамада тери остига 0,1% ли 1 мл. атропин юборгандан кейин 15-30 дақиқа ўтгач, ЭКГ олинади ва натижаси таҳлил қилинади. Юқоридаги маълумотларга ҳамда клиник-лаборатор текширишлар хулосасига асосланган ҳолда, ўз вақтида қўйилган ташхис тўғри даволаш тамойилини танлашга ва бемор ҳаётини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Аритмияларни даволаш

Аритмияларнинг клиник аҳамияти турлича бўлиб, уни асосий баҳолаш мезонларидан бири тизимли ва регионар гемодинамиканинг бузилиш ҳолати ҳамда оғир асоратлар ривожланиш хавф даражаси ҳисобланади. Шунга асосланган ҳолда даволаш тамойиллари танланади ва олиб борилади. Қуйида аритмияларни даволаш чора-тадбирлари келтирилган:

I. МАСС синдроми ёки клиник ўлим ривожланган ҳолатларда реанимация чора-тадбирларини ўтказиш;

II. Аритмияни баргараф этишга қаратилган тезкор даволаш чоралар ёки вақтинчалик кардиостимулятор ўрнатиш:

1. аритмик шок ёки ўпка шиши ривожланганда;

2. яққол намён бўлган тизимли ва регионар (церебрал ва коронар) қон айланишининг бузилиши;

3. қоринчалар фибрилляциясига олиб келувчи аритмиялар (МИ да қоринчалар аритмияси ёки тахикардияси, ўткир коронар етишмовчилиги, WPW синдромда ҳилпилловчи аритмия);

4. қайта пароксизмал тахикардияда, тахиаритмияларда мавжуд бўлган баргараф этиш тадбирлари ва механизмлари билан;

5.МИ, миокардит ва бошқа касалликларда бўлмача-қоринча ўтказувчанлигининг ўткир бузилиши.

III. Фаол назорат остида режали даво чораларини олиб бориш ҳамда доимий электрокардиостимулятор ўрнатиш:

1. гемодинамик ўзгаришсиз биринчи бор пайдо бўлган ритм ва кардиостимулятор иши бузилиши;

2. аритмия асосида асосий касаллик кечишининг ёмонлашиши, СҚАЕ белгиларининг авжланиши;

3. аритмияларнинг қайта пайдо бўлишининг олдини олиш (ушлаб турувчи ва қайталашга қарши даво);

4. юкори ва паст тезликдаги юрак ритмини мувофиқлаштириш.

Биринчи ва иккинчи гуруҳдаги ҳолатлар зудлик билан бартараф этилиши лозим.

Аритмиялар пайдо бўлганда беморни текшириб, ритм бузилишига олиб келган асосий касалликни эрта аниқлаб, самараси исботланган даво чораларини олиб бориш бемор ҳаётини сақлаб қолиш ва унинг сифатини яхшилашга ёрдам беради. Айрим ҳолларда ритм бузилишларини даволашда хавф омилларини (чекиш, алкоголь, қаҳва, айрим дори воситалари қабул қилишни тўхтатиш) бартараф этишнинг ўзи етарли бўлади. Шунингдек,, аритмияларни даволашда фармакологик, электрик, жарроҳлик, физик (рефлектор) усуллар қўлланилади. Фармакологик даволаш миокарддаги электрофизиологик жараёни мувозанатлантиришга йўналтирилган бўлиб, уларни тўғри дозаларда кўрсатмаларга асосланган ҳолда қўллаш яхши самара беради. Акс ҳолда ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. Миокардни қисқарувчанлик ва кўзгалувчанлик хусусиятларини пасайтириб юбориши, янги ритм бузилишларини келтириб чиқариши ҳамда бошқа аъзоларга ножўя таъсир қилиши шулар жумласидандир. Қуйидаги 2- жадвалда амалиётда қўлланиладиган антиаритмик воситалар классификацияси келтирилган.

Ҳозирги вақтда аритмияларни дориларсиз даволашнинг қатор усуллари мавжуд.

Катетерли деструкция. Юкори тўлқинли импульс ёрдамида бузиш йўли билан юрак ўтказувчи тизимининг айрим қисмларини ўзгартириш. Бу усул аста-секин жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўрнини эгалламоқда.

Жарроҳлик йўли билан даволаш. Катетерли деструкция ўтказишнинг иложи бўлмаганда, айрим ҳолларда Вольф-Паркинсон-Уайт синдромида жарроҳлик усули билан кўшимча йўл кесилади. Шу билан бир қаторда, қоринчалар тахикардиясини жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари ҳам мавжуд.

Санаб ўтилганлардан ташқари амалиётда антиаритмик хусусиятга эга бўлган бир қатор дори воситалар ҳам мавжуд бўлиб, улар асосий даволашга ёрдамчи восита сифатида ёки фақат маълум бир ҳолатларда қўлланилади.

Уларга қуйидагилар киради:

1. Пуринергик рецепторларни кўзгатувчи воситалар: Аденозин (2,0 мл в/и) ва натрий аденозинфосфат (1% -1,0 мл) эндоген нуклеотит бўлиб, СТ автоматизмини сушлаштиради ва АВ тугунни рефрактерлик даврини узайтириб, импульсларнинг ўтишини секинлаштиради. У АВ дан чиққан реципрок пароксизмал ва WPW синдромда кузатиладиган суправентрикуляр тахикардияларда қўлланилади. Калий препаратлари (калий хлорид 4%- 50 мл, панангин 10 мл) гипокалимия туфайли юзага келган барча суправентрикуляр ва қоринчалар аритмиясида тавсия этилади. Юрак гликозидлари (дигоксин 0,25, 0,5мг, 0,25% -1,0 мл, строфантин 0,05%- 1,0 мл) асосан СҚАЕ (II–IV ФС) бўлмачалар ҳилпилаши ва титраши билан бирга келганда, суправентрикуляр пароксизмал тахикардияларда тавсия этилади.

Аритмияга қарши дори-лар классификацияси

Дори воситаси	Кўрсатма	Қарши кўрсатма	Ножўй таъсири
<p>I-синф – тез натрий каналлари блокаторлари</p> <p>- натрийни хужайра ичига киришини камайтиради ва қўғалиш тўққинини миокарднинг ўтказувчанлиги пасайган соҳаларида ҳам ўтишини сусайтириб, аритмиянинг олдини олади</p>	<p>бўлмача ва қоринчалар ЭС; -суправентрику-ляр пароксизмал тахикардия; -доимий ва пароксизмал бўлмачалар тит-раши ва мигрилляцияси; -WPW – синдромда пароксизмлар; -қоринчаларнинг пароксизмал тахикардияси ва фибрилляцияси</p>	<p>АВ блокада II ва III даража, СТХС, гипотония, хомилдорлик, яққол намоеён бўлган юрак етишмовчилиги, кардиоген шок, қоринча ичи ўтказувчанлигининг пасайиши, I-гуруҳ дори воситаларига сезувчанлик юқори бўлса</p>	<p>Опкозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши, неврологик ўзгариш-лар, тромبوцитопения, ортостатик гипотония, миокард ни искарувчан-лигининг пасайиши, АВ ва қоринча ичи ўтказувчанлигининг пасайиши, “пирует” турдаги қоринчалар тахикардияси, фибрилляцияси ва тўсатдан ўлим</p>
<p>IA-синф – деполаризация ва реполяризация тезлигини секнлаштиради, таъсир потенциални ва рефрактер даврни узайтиради. Бў гуруҳ дори-лари АВ ва қоринча ичи ўтказувчанлик даврини секнлаштириб, ге-епту механизмининг баргараф этади, икки томонлама блокада чакчириш билан антиаритмик таъсири намоеён бўлади. Шу билан бирга, улар СТ ва Пуркинье тодалари автоматизмининг сустлаштиради</p>	<p>Суправентри-куляр пароксиз-мал тахикардия</p>	<p>Барча даражадаги АВ блокада, қоринчалар ичи ўтказувчанлиги бузилиши, тромбоцитопения, гипотония, хомилдорлик, дигиталисли заҳарланиш, юрак етишмовчилиги, хининдига сезувчанлик юқори бўлса</p>	<p>Тизимли кизил волчанкага ўхшаш синдромнинг ривожланиши, артериал гипотония, опкозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши, АВ ва қоринча ичи ўтказувчанлигининг бузилиши, агранулоцитоз, тромбоцитопения, гемолитик анемия</p>
<p>- хинидин сульфат таблеткада 0,1, 0,2, 0,3 г. (1 таб x 3 марта) капсулада 0,2, 0,3 г, ҳамда узок таъсир қилувчи таблетка 0,25 ва 0,3 г.</p> <p>- хинидин глюконат (хинотлот, дюра -таб) таб. 324 мг, эритмада 80 мг/мл</p>			

<p><i>Новокаинамид</i> (прокаинамид) таб. 250, 375, 500 мг, узок вақт таъсир қилувчи таб. (новокаинамид SR) 250, 500, 750 ва 1000 мг; ампулада 5 мл. -10% эритма.</p>	<p>Пароксизмал тахикардияларда АД ни назорати остида</p>	<p>АВ блокада, гипотония, хомиладорлик, яққол намоён бўлган юрак етишмовчилиги, кардиоген шок, новоканамидга сезувчанлик юқори бўлса</p>	<p>Тизимли қизил волчанкага ўхшаш синдромнинг ривожланиши, артериал гипотония, ошқозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши, АВ ва қоринча ичи ўтказувчанлигининг тромбо-цитопения, гемолитик анемия</p>
<p><i>Дизопирамид</i> (орнтимилен, норпейс) капсула 0,1 ва 0,15 г; узок таъсир қилувчи капсула (дизопирамид SR) 0,1, 0,15, 0,25 г, ампулада 5 мл. (50 мг. фаол маҳсулот)</p>	<p>Пароксизмал тахикардияларда АД назорати остида</p>	<p>II ва III даражали АВ блокада, СТХС, гипотония, хомиладорлик, яққол намоён бўлган юрак етишмовчилиги, кардиоген шок, Q-T оралик узайганда</p>	<p>Оғиз қуриши, сийдик тўтилиши, қоринда оғрик, кабзият, қўришнинг бузилиши, бронхлар секретциясининг пасайиши, АВ блокада, гипокалиемия, “пируэт” турдаги қоринчалар тахикардияси</p>
<p><i>Гитуризмал</i> (аймалин, тахмалин) таб. 0,05 г, ампулада 2 мл. 2,5% эритма</p>	<p>WPW – синдромадаги пароксизмларда</p>	<p>II ва III даражали АВ блокада, қоринча ичи блокадалари, гипотония, хомиладорлик, яққол намоён бўлган оғир юрак етишмовчилиги, кардиоген шок</p>	<p>Бош оғриши, бош айланиши, холсизлик, ортостатик гипотония, диплопия, қоринча ичи ўтказувчанлигининг бузилиши</p>
<p><i>Пульс-нориа-</i> комбинацияланган антиаритмик восита (30 мг. аймалин, 25 мг. пахикаршин, 50 мг. Ангозолон (антигистамин, антиаритмик, анестезияловчи восита), 5 мг. фенобарбитал)</p>	<p>Суправентрикуляр ва қоринчалар пароксизмал тахикардиялари</p>		<p>Иштаханинг ёмонлашиши, эпигастрал соҳада оғрик, қайт қилиш</p>

<p>I В-синф–деполяризация тезлигини секинлаштиради, таъсир потенциални ўзгартирмайди (айрим ҳолларда кискарттиради), миокард реполяризациясини тезлаштиради, АВ ва қоринча ичи ўтказувчанлигига кам таъсир қилади, Q-T оралиқ узунлигини бир оз камайттиради, қоринчалар ҳилпиллаши хаффини оширади. Бу гуруҳ дори воситалари асосан қоринчалар пароксизмал тахикардиясида, қоринчалар ЭС да, ЮГ таъсирида пайдо бўлган аритмияларда қўлланилади</p>	<p>Марказий асаб тизимига токсик таъсир (бош оғриши, тиришишлар, бош айланиши, ўтиб кетувчи кўриш ва гинриш фаолияти-нинг бузилиши ва бошқалар), миокарднинг кискарувчанлиги-нинг пасайиши, гипотония, аллергия реакциялар, парестезия, уйқучанлик, аритмиялар (бўлмачалар ҳилпиллаши ва титраши)</p>
<p>- <i>лидокаин</i>–ампулада в/и юбориш учун 2 мл-2% (40 мг) ва м/о юбориш учун 2 мл. 10% (20 мг), таб. 0,025 г. ичишга, узок вақт томчилаб юбориш учун 40, 100, 200 мг/мл ли эритмалар билан бирга - <i>промаекани</i> 1%-10 мл. в/и тезкор юборишга</p> <p>- <i>токаирид</i> (тонокард) таб. -0,4, 0,6 г; 400-600 мг.дан м/о, узок вақт давомида</p>	<p>СТХС, АВ блокада II ва III даража, суправентрикуляар аритмиялар</p>
<p>Қоринчалар пароксизмал тахикардияси ва ЭС ни даволаш ва олдини олиш</p>	<p>Марказий асаб ва ошқозон-ичак тизимига (кўнгил айниши, қайт қилиш) таъсир, тромبوцитопения, лейкопения, дерматит, СТ фаолиятининг ва миокардни кискарувчанлигини пасайтириши</p>
<p>Мексилетин (мекситил) капсула- 150, 200, 250 мг, таб. -200, 250, 300 мг, ампулада - 2,5%-10 мл в/и юбориш учун</p>	<p>AB ўтказувчанлигининг бузилиши, СТХС, брадикардия, гипотония, буйрак етишмовчилиги, паркинсонизм</p>
<p>Дифенин (фенотин, дилатин) таб - 30, 50, 100 мг, капсула- 30, 100 мг, ампула- 5% -5 мл. эритма</p>	<p>II ва III даражали АВ блокада, гипотония, хомилалорлик, яққол намоён бўлган огир юрак етишмовчилиги, брадикардия</p>
	<p>Марказий асаб ва ошқозон-ичак тизимига таъсир, тромبوцитопения, лейкопения, дерматит, дорили гепатит, милкларнинг гиперплазияси, эпидермал некролиз, анемия, лимфоаденопатия, артралгия</p>

<p>Адриндин</p>	<p>Қоринчалар аритмиялари: WPW – синдромда реципрок пароксизмал тахикардиялар, бўлмачалар ҳилпиллаши ва титраши, ЮГ билан заҳарланишда юзага келадиган қоринчалар аритмияси</p>	<p>СТХС, АВ блокада II ва III даража, суправентрикуляр аритмиялар</p>	<p>Марказий асаб тизимига токсик таъсир (бош оғриши, тиришишлар, бош айланиши, ўтиб кетувчи кўриш ва гапириш фаолияти-нинг бузилиши ва бошқалар), миокарднинг кискарувчанлиги-нинг пасайиши, гипотония, аллер-тик реакциялар, парастезия, уйқучанлик, аритмиялар (бўлмачалар ҳилпиллаши ва титраши)</p>
<p>Этмозин (морицизин) таб.- 200, 250, 300 мг; ампула -2,5%- 2 мл. эритма</p>	<p>Қоринчалар пароксизмал тахикардиясида, ЭС да, WPW – синдромда</p>	<p>Синоатриал ва АВ блокада II ва III даража, СТХС, МИ, симптомсиз қоринчалар аритмияси, гипотония, хомиладорлик, жигар ва буйрак касалликлари</p>	<p>Бош оғриши, бош айланиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, метеоризм, дисфагия, диплопия, сийдик тугилиши, импестенция, мушак тортишиши, тиришишлар, проаритмик самара, АВ ўтказувчанликнинг секинлашиши</p>
<p>Этацизин таб.-0,05 г; ампула 2,5% -2 мл. эритма</p>	<p>Қоринчалар пароксизмал тахикардиясида, ЭС да, WPW – синдромда</p>	<p>Синоатриал ва АВ блокада II ва III даража, СТХС, МИ, симптомсиз қоринчалар аритмияси, гипотония, хомиладорлик, жигар ва буйрак касалликлари</p>	<p>Этмозиндаги каби + синоатриал ва АВ ўтказувчанликни кескин секинлаштиради</p>

ИС–синф–юрак ўтказув тизиминда деполаризация тезлигини секинлаштиради, таъсир потенциални узайтиради, реполяризация тезлигини жуда кам ўзгартиради. Бу гуруҳ дорилари АВ ва қоринча ичи ўтказувчанлик даврини чўзади. Шу билан бирга миокард ва Гисс-Пуркинье тизимига кучлироқ таъсир қилади. Улар юқори проаритмоген хусусиятга эгаликлари сабабли амалиётда кенг қўлланиш тавсия этилмайди

<p>Пропафенон (пропанорм, ритмонорм) узок таъсир килувчи таб. -250, 500, 750, 1000 мг, капсула 150, 250, 300, 375, 500 мг, парэнтэрал юбориш учун ампулада 20 мг.</p>	<p>Қоринчалар пароксизмал тахикардиясида, ЭС да, WPW – синдромда.</p>	<p>Синоатриал ва АВ блокада II ва III даража, СТХС, МИ, симтомсиз коринчалар аритмияси, гипотония, хомилдорлик, жигар ва буйрак касалликлари</p>	<p>Шу гуруҳдаги дори воситаларга нисбатан токсик таъсири камроқ, лекин факат ҳаётий кўрсаткичларга кўра қўлланилади. Юқоридаги барча ноҳуж таъсирлар камроқ намоён бўлса-да, проаритмик хусусияти юқорилигича қолади</p>
<p>Аллапинин таб. 0,025 г, ампула 0,5% 2 мл. м/о ёки в/и изотоник эритмада юбориш учун</p>	<p>Этмозиндаги каби+ брадикардия билан кечган коринчалар ЭС</p>	<p>Синоатриал ва II ва III даражали АВ блокада, СТХС, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги</p>	<p>Бош айланиши, бош оғриши, атакениа, диплопия, юзининг кизариши, коринчалар ичи ўтказувчанлигининг секинлашиши, аритмоген таъсир</p>
<p>Флекаинид 0,05, 0,1 ва 0,15 г.</p>	<p>IC ва III гуруҳларга хос бўлган хусусиятга эга</p>	<p>СТХС, АВ блокада II ва III даража, СКАЕ</p>	<p>Бош миёга токсик таъсир белгилари, СТ ва АВ тугун фаолиятининг бузилиши, миокарднинг кискариш фолитининг пасайиши</p>
<p>II- синф β-адреноблокаторлар β-адреноресепторлар билан боғланиб, уларга адренергик медиаторлар таъсирини блоклайди, тўсатдан диастолик деполаризация тезлигини секинлаштириб, СТ даги ритм бошқарувчи ҳужайраларда ҳамда эктопик ўчоқларда</p>	<p>Қўзғалувчан ёш беморларга, бўлмача ва коринчалар ЭС, суправентрикуляр пароксизмал тахикардия; доимий ва пароксизмал бўлмачалар титраши ва хилпилиши, қоринчалар пароксизмал тахикардия-сида (лекин кам самара беради), стенокардия, ўтказилган МИ, АГ асосан суправентрикуляр</p>	<p>АВ блокада II ва III даража, СТХС, гипотония, кардиоген шок, хомилдорлик, бронхал астма, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, оғир даражадаги юрак етишмовчилиги, периферик кон томирлари атеросклерози, инсулинга боғлиқ қандли диабет, гуруҳ дори</p>	<p>Гипотония, АВ ва коринча ичи ўтказувчанлигининг пасайиши, брадикардия, миокарднинг кискариш фолитининг сусайиши, аритмоген таъсир, йўтал, бронхоспазм, периферик кон томирлари атеросклерози, холестерин, ўйкусузлик, импотенция, липид</p>

импулс ишлаб чиқаришни камайтиради ва уни АВ тугун орқали ўтишини секинлаштиради	ритм бузилишлари билан келганда	воситаларига сезувчанлик юқори бўлса	алмашинувини ва глюкозага чидамлилиқнинг бузилиши
<p>1. Кардиоселектив бўлмаган β_1 ва β_2-рецепторларга таъсир қилувчи β-адреноблокаторлар. (Қандли диабет ҳамда ўпка-бронх тизимининг ўткир ва сурўнқалин обструктив касалликларида қўллаш мумкин эмас)</p>			
<p><i>А. Ички симпатомиметик феоалликсиз:</i> пропранолол (анариллин, индерал, обзидан) 10-40 мг, амп. 5 мл, надолол (коргард) 20, 40, 80, 120 ва 160 мг, соталол (бетакардон) 40 мг, тималол 5 ва 10 мг, нипрадилол, флестролол</p>			
<p><i>Б. Ички симпатомиметик феоалликсиз:</i> окспренолол (тразикор) 20 мг, пиндолол (вискен) 5 ва 10 мг, алпренолол (аптин) 50 мг, пенбуталол (бетапрессин) 20 мг, бопиндолол, буциндолол, дилевалол, каргесолол, лабеталол</p>			
<p>2. Кардиоселектив асосан β_1 рецепторларга таъсир қилувчи β-адреноблокаторлар</p>			
<p><i>А. Ички симпатомиметик феоалликсиз:</i> метопролол (спесикор) 50 ва 100 мг, атеналол (тенормин) 50 ва 100 мг, бетаксолол (керлон) 2,5 мг, эсмолол 2,5%-10 мл. в/и томчилаб юбориш учун, карведилол, небивалол</p>			
<p><i>Б. Ички симпатомиметик феоалликсиз:</i> ацебуталол (сектраль) капсулада 200 ва 400 мг, талинолол (корданум) 50 мг, целнипролол, эпанолол, корданум 50 мг.</p>			
<p>3. Томирларни кенгайтириш хусусиятига эга бўлган β-адреноблокаторлар.</p>			
<p><i>А. Кардиоселектив бўлмаган ($\beta_1 + \beta_2$) блокаторлар:</i> амосулол, буциндолол, дилевалол, лабеталол, дилевалол, метроксолол, нипрадилол, пиндолол</p>			
<p><i>Б. Кардиоселектив (асосан β_1 рецепторлар) блокаторлар:</i> карведилол, небивалол, целнипролол</p>			
<p>4. Узоқ вақт таъсир қилувчи β-адреноблокаторлар:</p>			
<p><i>А. Кардиоселектив бўлмаган ($\beta_1 + \beta_2$) блокаторлар:</i> надолол, бопиндолол (сандонорм) 1 мг, пенбутолол, соталол 40, 80, 160, 200 ва 240 мг, ампулада 1%-4 мл в/и юбориш учун, пропранолол-ретар капсулада 60, 80, 120 ва 160 мг, окспренолол-ретард (слоу-тразикор) 20 мг, алпренолол дурулес 200 мг.</p>			
<p><i>Б. Кардиоселектив (асосан β_1 рецепторлар) блокаторлар:</i> атенолол, бетаксолол (керлон) 2,5 мг, бисопролол, эпанолол (вазакор) 100 мг, метопролол-ретард 100 мг.</p>			
<p>5. Қисқа вақт таъсир қилувчи β-адреноблокаторлар: Эсмолол</p>			
<p>III синф-калий каналларини блоклаб, таъсир потенциални ва реполяризация даврини узайтиради, кам микдорда ўтказувчанлиқни камайтиради. Бундан ташқари, бу гуруҳ воситалари антиадренергик ва мембранани мўътадиллаштириш хусусиятига ҳам эга</p>			

<p>Кордарон (амидарон, седакорон) таблеткада 200 мг, ампулада 5% (150 мг) -3 мл</p>	<p>-суправентрикуляр ва коринчалар ЭС; -суправентрикуляр ва коринчалар пароксизмал тахикардияси; -бўлмачалар тит-раши ва хилпил-лаши пароксизмларини бартараф этиш ва профилактикаси; -ритм бузилиши билан кечган МИда коринча аритмиялари ва фибрилляцияси-нинг профилактикаси</p>	<p>Брадикардия ЮУС <60 та, АВ ва синоаурикулар ўтказувчанликни бузилиши, гипотония, бронхиал астма, қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши, Q-T оралик узайиши, хомиладорлик</p>	<p>Ўпкада интерстициал фиброз ривожланиши, фотосенсибилизация, тери рангининг ўзгариши (сиёҳ рангга кириши), калқонсимон без фаолияти сустлашиши, кўз шох пардасига ўтириб қолиши (кўришнинг пасайиши), брадикардия, АВ ва коринча ички ўтказувчанлигининг секинлашиши, проаритмик таъсир, диспеттик ўзгаришлар, парастезиялар, бош оғриш ва айланмиши, атаксия, эслаб қолишнинг пасайиши, мушакларда ҳолсизлик</p>
<p>Бретиллий тозилат (орнид, бретилло) ампулада 5%-10 мл. в/и юбориш учун</p>	<p>- бошқа антиаритмик воситалар таъсирга рефрактер бўлган қоринчалар тахикардияси; - қоринчалар фибрилляцияси</p>	<p>Гипотония, феохромоцитома, миёда кон айланмишининг ўткир бузилиши, буйрак етншмовчилиги, юрак гликозидлари билан захарланиш</p>	<p>Гипотония, периферик нерв толаларига таъсир, аритмияларнинг кучайиши, қисқа муддатга ҚБнинг кўтарилиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, сўлак оқиш, бош айланиши, тошмалар, буйрак фаолиятининг бузилиши</p>

<p>Нибентан 1%-2 мл. изотоник эритмада в/и. секин-аста юборилади</p>	<p>-суправентрикуляр ва қоринчалар ритми бўзилишини бартараф этншда; -қоринчалар фибрилляцияси профилактикаси</p>	<p>Қордарон ва бритаелыйдаги каби</p>	<p>Қордарон ва бритаелыйдаги каби</p>
<p>IV- синф – секин кальций каналлари антогонистлари – секин каллий каналларини блоклаб силлик мушак хужайралари ичига кальций ионларини кирншини секинлаштиради. Нагнжада артериялар бўшаади, умумий периферик қаршиллик камайиб, ҚБ пасаяди, буыракда кон айланишн яхшиланади. Бу гурух препаратлар тннчликни трансмембран потенциални камайтиради ва рефрактерлик даврини узайтиради. Окнбатда ўтказувчанлик секннлашиб, СТ автоматнзмн пасаяди.</p>	<p>Суправентрикуляр ритм бузилишлари, ГБ, стенокардия СҚАБ</p>	<p>Браднкардия, СТХС, гипертрофнк кардиомнопатия, огнр аортал стеноз, кардиоген шок., яккол намоён бўлган чап қорннча дисфункцияси, WРW синдроми</p>	<p>Бош огрнши, бош айланиши, юз кизариши, юрак уриб кетиши, болдир товон бўғими сохасида шиш, юрак кнсқарувчанлиги-ннинг пасайиши, браднкардия, АВ ўтказувчанликнинг сустлашиши, диарея, қабзият, кўнгил айннши, кичувчи, полиморф тошмалар, дерматит, васкулит</p>
<p>Дифенил алкнламин унумлари (верапамил гурухи): верапамил 40, 80 мг. таблсткада, 0,25% 2 мл. ампулада, изоптин, феноптин, кардилокс, анипамил, галлопамил, фалитамил</p>	<p>Бўлмачалар хиллнллаши ва титраши, суправентрикуляр тахикардия пароксизми, суправентрикуляр ЭС, бронхнал астма, стенокардия. Периферик кон томирлар атеросклерози</p>	<p>СТХС, АВ блокада II ва III даражаси, авж олиб борувчи юрак етишмовчилиги, кардиоген шок</p>	<p>Синусли браднкар-дия, АВ блокада, артериал гипотен-зия, мио-кард кнсқарувчанлиги-нинг пасайиши, кабзият ва бошка-лар</p>

<p>Безотназенин унумлари (дилтиазем гуруҳи): дилтиазем таблеткада ва капсулада 60, 90, 120, 180 мг, кардил, клентиазем, алтиазем</p>	<p>Верапамилдаги каби</p>	<p>Верапамилдаги каби</p>	<p>Бош оғриши, терининг кизариши, юрак уриб кетиши ва бошқалар</p>
<p>Дигидропиридин унумлари (нифедипин гуруҳи): нифедипин 30-60 мг, амлодипин 10 мг, исралдипин 2,5 мг, никардипин капсула 20 ва 30 мг, нисолдипин 5 мг, нитрендипин</p>	<p>Антиаритмик хусусиятга эга эмас. АГ, ЮИКда қўлланилади</p>	<p>Гипотония, тахикардия</p>	<p>Бош оғриши, терининг кизариши, юрак уриб кетиши, гипотония ва бошқалар</p>

Юқоридаги 2-жадвалда келтирилган маълумотлар антиаритмик воситалар махсус кўрсатмаларга асосан қўлланилмаса, ёмон оқибатларга олиб келишини тасдиқлайди. Илмий манбаларда 6-16% ҳолларда беморларда антиаритмик воситалар аритмоген ўзгаришлар чақириши келтирилган. Улар қуйидагилардан иборат: қоринчалар ЭС нинг кўпайиши ёки вақти-вақти билан қоринчалар пароксизмал тахикардияси билан кечувчи жуфтлашган ЭСлар, бартараф этилиши кийин бўлган янги ритм бузилишлари (суправентрикуляр ва полиморф ёки “пируэт” туридаги қоринчалар тахикардияси ва фибрилляцияси) пайдо бўлиши, қиска муддатли пароксизмларнинг узоқ вақт давом этувчи қоринчалар тахикардиясига ўтиши.

УАВ учун ритм бузилишларини даволашда дори воситаларини қўллашни соддалаштириш мақсадида қуйидаги 3-жавалда уларни танлаш тамойиллари келтирилган.

3-жадвал

Ритм бузилишларидан келиб чиқиб даволаш тамойилларини танлаш

Аритмия тури	Даволаш	Изох
Синусли тахикардия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Асосий сабабларини бартараф этиш (гиповолемия, анемия, лихорадка, тиреотоксикоз ва бошқалар); 2. Юрак фаолиятини тезлатувчи аччиқ чой, қахва, спиртли ичимликлар, айрим дори воситаларини (кофеин, адреналин, эфедрин ва бошқалар) қабул қилишни тўхтатиш; 3. Адашган нервни кўзгатиш (каротид синусини уқалаш, Вальсальва синамаси); 4. Седатив воситаларни қабул қилиш (валерьяна илдизи, пустирник ўти дамламалари, корвалол 30 томчидан кунига 3 марта, валокордин 40 томчидан 3 марта); 5. β-блокаторлар (стенокардия ва МИДа), пропранолол (индерал, анаприлин) ҳар 6 соатда 10-40 мг дан (ҚБ назоратида); 6. Яққол намоён бўлган юрак етишмовчилигида юрак гликозидларини қўллаш (дигоксин, дигитоксин, изоланид). 	Кўпинча стресс ҳолатларига хос жараён ҳисобланади. Рефлектор (гиповолемияда) ёки компенсатор (чап қоринча дисфункцияси да) тахикардияни дорилар ёрламида бартараф этиш ҚБ ни кескин тушиб кетишига ва юрак етишмовчилиги белгиларини чуқурлашишига олиб келади
Синусли брадикардия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Унча яққол бўлмаган брадикардияда – холинolitikларни ичиш тавсия этилади: белладона дамламаси кунига 0,015 гдан 3-4 марта ёки белладона суюқлиги кунига 10 томчидан 3-4 марта, Зеленин (T-rae Valerianae 5,0 ml + T-rae Belladonae 	

	<p>5,0 ml + T-rac Convallariae 10,0 ml + Mentoholi 0,2 г) аралашмаси кунига 35-40 томчидан, белласпон, беллоид 1 таб. 3-4 марта, платифиллин гидротартарат 0,05 гдан кунига 3 марта;</p> <p>2. Яққол намоён бўлган брадикардияда холинолитиклар ичишга ёки тери остига тавсия этилади: атропин сульфат 0,1 % эритма 0,5-1,0 млдан кунига 2-3 марта, платифиллин гидротартарат 0,2 % эритмаси 1 мл дан кунига 3 марта;</p> <p>3. Холинолитиклар яхши самара бермаганда миокардни β-адреноресепторлари стимуляторлари: алулент 0,05%-1 мл. эритмаси кунига 3 марта в/и ёки м/о, ёки таблеткада 0,02 г. кунига 3-4 марта ичишга тавсия этилади; Эфедрин 5%-1 мл эритмаси кунига 2-3 марта тери остига ёки таблеткада 0,025 г. кунига 3 марта ичишга буюрилади. Бу гуруҳ воситалари юрак кўзгалувчанлигини ва уни кислородга бўлган талабини оширишини инобатга олган ҳолда ЮИК билан оғриган ҳамда сунъий ритм бошқарувчиси мавжуд бўлган беморларда қўллашда эҳтиёткор бўлиш лозим;</p> <p>4. β-блокаторлар қўллаш натижасида юзага келган синусли брадикардияни даволашда биринчи навбатда уни қабул қилишни тўхтатиш лозим, акс ҳолда даволаш самара бермайди. Бундай ҳолатда 1-10 мг глюкагонни вена ичига томчилаб юбориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади;</p> <p>5. Ўта яққол намоён бўлган брадикардияда (ЮУС бир дақиқада 40 та ва ундан кам) электрокардиостимуляция қўлланилади.</p>	<p>Аксарият ҳолларда меъерий тур ҳисобланади.</p> <p>Агар бу ҳолат стенокардия хуружлари, артериал гипотония, ҳушдан кетиш, юрак етишмовчилиги, коринчалар аритмияси ривожланишига сабабчи бўлгани исботланса даволаш чораларини қўллаш лозим</p> <p>Асосан МИ билан оғриган беморларда</p>
Синусли аритмия	<p>Физиологик (нафас билан боғлиқ бўлган синусли аритмия) аритмия даволанмайди.</p> <p>Агар синусли аритмия яққол намоён бўлган синусли брадикардия билан кечса, юқорида кўрсатилган миқдорда холинолитиклар билан даволаш чора-тадбирлари олиб борилади</p>	<p>Нафас билан боғлиқ бўлган синусли аритмия аксарият ҳолларда ёшларда кузатилади</p>
СТХСни даволаш	<p>Клиник турига кўра:</p> <p>1) СТХСнинг латент турида махсус даво талаб этилмайди;</p> <p>2) манифест (гиподинамик) тури:</p> <p>а) сунъий ритм бошқарувчисини ўрнатиш;</p> <p>б) жарроҳлик муолажасигача 1мл. 0,1% атропин эритмасини кунига 2-3 марта в/и га юбориш;</p> <p>в) алулент 0,05%-1мл эритмаси 20 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида кунига 2-3 марта в/и юборилади;</p>	<p>Бу турдаги ритм бузилишида ҳеч қандай субъектив ўзгаришлар кузатилмайди ва объектив кўрганда брадикардия аниқланади.</p> <p>Айрим ҳолларда умумий ҳолсизлик,</p>

	<p>г) унча оғир бўлмаган кечишида—нонахлазин 0,06 г. кунига 3-4 марта, 0,005 г. изадрин тил остига кунига 5-6 марта;</p> <p>д) яққол намоён бўлган брадикардияда вактинча эндокардиал ёки қизилўнғач ичи электростимуляциясидан фойдаланиш;</p> <p>е) СТ фаолиятини яхшилаш мақсадида миокард метаболизмни, биринчи навбатда оксил синтинини яхшиловчи воситалар: 2% -10 мл. рибоксин, неотон эритмалари в/и.</p>	<p>бош айланиши, жисмоний зўриқишда ҳансираш, юрак тўхтаб қолиш ҳисси, оёқ-қўлларда парез, гапиришнинг бузилиши, пульсни камлиги ва Морганье-Адамс-Стокс синдроми белгилари билан намоён бўлиши мумкин</p>
СТ тўхташи	<p>1. Атропин сульфат 0,5-1,0 мл. 0,1 % эритмаси кунига 2-3 марта в/и ёки тери остига;</p> <p>2. Холинолитиклар самара бермаганда, миокарднинг б-адренорецепторлари стимуляторлари; алу-пент 0,05% эритмаси 1,0 мл дан кунига 3 марта в/и ёки т/о, ёки таблеткада 0,02 г. кунига 3-4 марта ичишга, эфедрин 5% эритма 1 мл.дан кунига 2-3 марта т/о, ёки таблеткада 0,025 г. кунига 3 марта ичишга тавсия қилинади;</p> <p>3. Морганье-Адамс-Стокс синдромида:</p> <p>а) кўкрак қафаси соҳасига мушт билан уриш;</p> <p>б) юракни ташқаридан ўқалаш;</p> <p>в) ўпка сунъий вентилияцияси;</p> <p>г) дефибрилляция;</p> <p>д) тезкорлик билан электрокардиостимуляция;</p> <p>е) юрак ичига 0,5-1 мл 0,1% адреналин эритмасини 10 мл 0,9% изотоник эритмада юбориш.</p> <p>Оғир ҳолатларда вактинчалик ёки доимий электрокардиостимуляция, сунъий ритм бошқарувчисини ўрнатиш</p>	
Бўлмачали эктопик комплекслар	<p>Асосий касалликни даволаш</p> <p>Кордарон 0,2 г. кунига 1т х3 марта.</p>	
АВ бирикмада ҳосил бўлган ритм	<p>1) Холинолитиклар;</p> <p>2) б-адренорецептор стимуляторлари;</p> <p>3) Дори воситалар билан даволаш самара бермаганда вактинчалик ёки доимий электрокардиостимуляция.</p>	
Суправентрикуляр ритм бошқарувчиси миграцияси	<p>Асосий касалликни даволаш</p>	
Барча турдаги экстрасистолиялар	<p>а) Чекишдан, спиртли ичимликлар, аччик қахва ва чой ичишдан воз кечиш ҳамда меъёрида овқатланиш;</p> <p>б) Седатив воситалар билан даволаш (валокордин кунига 25-30 томчидан 3-4 марта, корвалол кунига 20-30 томчидан 3-4 марта);</p>	

	<p>в) Реланиумни 1-2 мл. 0,5% эритмаси м/о ёки в/и, седуксен эритмаси ёки таблеткаси кунига 0,005 гдан 3 марта; г) Кордарон 0,2 кунига 1тх3 марта; Кардиалгия билан кечувчи экстрасистолияларда тиоридазин (меллерил) 0,01 г кунига 3 марта д) Калийли пархез (ковок, туршак ва бошқалар).</p>	
<p>Функционал суправентрикуляр экстрасистолия</p>	<p>1) Белладонна настойкаси кунига 10-15 томчидан 3 марта; 2) Бекарбон кунига 2 таблеткадан 3-4 марта Бу муолажалар самара бермаганда β-адреноблокаторлар: а) пропранолол 0,01 г кунига 3-4 марта, кейин ҳар тўртинчи кун препарат миқдори 0,04 гдан 3-4 мартага етгунча ошириб борилади. б) тразикор 0,02-0,04 гдан кунига 3-4 марта; в) вискен 0,005-0,01 гдан кунига 1-2 марта; г) корданум 0,05-0,1 гдан кунига 3 марта; д) спесикор 0,05-0,1 гдан кунига 3 марта.</p>	<p>Адашган нерв тонуси ошиши асосида кузатиладиган функционал суправентрикуляр экстрасистолияда М-холинолитиклар танлов препарати ҳисобланади</p>
<p>Органик суправентрикуляр экстрасистолиялар</p>	<p>1) β-блокаторлар (даволаш самарадорлиги 1-2 кундан кейин баҳоланади); 2) Самара бўлмаганда кальций антагонистлари тавсия этилади: верапамил (феноптин, изоптин) 0,04 гдан кунига 3 марта, зарурият бўлганда препарат миқдори 3-4 кундан кейин 0,08 гдан 3 мартагача оширилади; 3) Хинидин 0,2-0,3 гдан кунига 3-4 марта тавсия этиш мумкин. Кейинчалик ЭС лар сони камайганда ёки йўқолганда уни миқдори кунига 0,15 гдан 3-4 мартагача камайтирилиб, ушлаб турувчи дозада узок вақт қабул қилиб юриш тавсия этилади.</p>	
<p>Органик коринчалар экстрасистолияси</p>	<p>1) 2% ли 4-6 мл. (10%-80-120 мг) лидокаин эритмаси 20 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида в/и га оқим билан, кейин 300 мг 5% ли глюкоза эритмасида кунига 2 марта в/и томчилаб ксборилади. Юқори градациядаги экстрасистолияларда 2,5% ли 2 мл аймалин 20 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида ёки глюкозада в/и тавсия қилиш мумкин. Ушлаб турувчи терапия – 0,05 г кунига 1-2 таблеткадан 3-4 марта. Кордарон 0,2 г кунига 1 таблеткадан 3 марта 5-7 кун давомида, кейин 1 таблеткадан 2 марта ҳафтада 5 кун 10-14 кун давомида, кейин 1 таб ҳафтада 5 кун. 2) Ритмилен 0,1 гдан кунига 3-6 марта; 3) Аллапинин 0,025 гдан кунига 3 марта, самара бўлмаганда 0,05 г. (2 таб) дан 3-4 марта;</p>	

	<p>4) β-блокаторлар- обзидан 0,02 г дан кунига 3-4 марта ичиш учун, аста-секин миқдори ошириб бориш тавсия этилади;</p> <p>5) Юрак гликозидлари таъсирида юзага келган экстрасистолияларда дифенин 1-2 кунни 100 мг.дан кунига 5 марта, 3-кунни 100 мг.дан 4 марта, 4-5 кунлари эса 100 мг.дан кунига 3 марта бериш тавсия этилади;</p> <p>6) Сийдик ҳайдовчи воситалар билан даволаш натижасида юзага келган экстрасистолияларда 10% -500 мл глюкоза эритмасида 4% ли 50 мл калий хлорид, 25% ли 20 мл магний сульфат эритмалари ҳамда 12 БИР инсулин аралашмаси в/и ҳар дақиқада 40 томчидан юборилади.</p>	
<p>Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия</p>	<p>1. Гемодинамика тургун бўлмаса (систолик АБ 80 мм сим. уст. паст, бемор ҳушсиз, ўткир чап коринча етишмовчилиги) 100-200 Дж. разряд билан тезкор кардиоверсия ўтказилади; 2. Гемодинамика тургун бўлса, ўтиб кетувчи ваготония чакирадиган, АВ-туғунни ўтказувчанлигини сусайтирадиган вагус синамаларидан фойдаланилади ва бу билан кўзгалиш тўлкинлари айланма ҳаракати тўхталиши ҳамда СПТ бартараф этилиши мумкин. Рефлектор усуллар: 1) Вальсальва синамаси – нафас олишнинг юқори фазасида 5-10 сония давомида ушлаб турган ҳолда кучаниш; 2) Йермак-Геринг синамаси – каротид синусини ўкалаш. 3) Ашнер-Данинт синамаси – бош бармоқ билан иккала кўзни 1-3 дақиқа давомида вақти- вақти билан босиш; 4) Қусиш рефлексини чакириш; 5) Шўнгиш рефлексини – юзни совуқ сувга ботириб 10-30 сония давомида нафасни ушлаб туриш. Дорилар билан даволаш: 1) Верапамил 10 мг (ёки 4 мл 2,5% эритмаси) дан эритилмаган ҳолда, ёки 10 мг. верапамил (феноптин) 0,9% - 10 мл. натрий хлорид эритмасида в/и оким билан аста-секин; 2) Натрий аденозинтрифосфат 1-2 мл. 1% эритмасини в/и 10 сония давомида юбориш; 3) Новокаинамид 10 мл. 10% эритмаси 10 мл. 0,9% натрий хлорид билан аралаштириб бир дақиқада 100 мг.дан в/и оким билан ЮУС ва ҚБ кузатган ҳолда бузориш. ҚБ паст бўлганда 10 мл новокаинамид + 10 мл. 0,9% натрий хлорид+1%-0,2 мл мезатон аралашмаси в/и оким билан. Бундан ташқари 10 мл 10% новокаинамид 250 мл 5% глюкоза эритмасида ҳар дақиқада 20 томчидан в/и, ёки 10% 5 мл. эритмаси ҳар 3 соатда м/о юборилади;</p>	<p>Кўнгли айнаши, қайт қилиш, кўкрак тўш ортида босувчи хис, кизиб қетиш, бош оғриши</p> <p>Суправентрикуляр пароксизмал тахикардияда в WPW синдромида самарали</p> <p>Пароксизмал тахикардия хуружларининг такрорланишида - кордарон в/и томчилаб 3 кун, ундан сўнг 3 кун 0,2 г.дан кунда 3-4 марта 10 кун давомида, кейин 0,2 г.дан 3 марта 5 кун давомида</p>

<p>Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия</p>	<p>4) Самара бўлмаганда 1% ли 15 мл. ритмилени 0,9% ли 10 мл. натрий хлорид эритмасида в/и секин аста оқим билан юбориш мумкин; 5) Аймалин -2,5% ли 2-3 мл. эритмаси 0,9% ли 20 мл натрий хлоридда в/и; 6) Этацизин - 2,5% ли 2 мл эритмаси + 0,9% ли 10 мл натрий хлоридда в/и оқим билан; 7) Этмозин- 2,5% ли 6 мл. эритмаси 14 мл. изотоник эритмада суюлтириб в/и секин – аста; 8) Самара бўлмаганда кордарон 300 мг. (6 мл) 250 мл 5% глюкозада 1-2соат давомида в/и томчилаб; 9) β-блокаторлар АВ тугундан чиққан реципрок пароксизмал тахикардияда яхши самара беради. Анаприлин 0,1 % 5 мл эритмаси + 0,9% ли 10 мл натрий хлоридда в/и оқим билан; 10) Дорилар билан ўтказилган даво чоралари самара бермаганда дефибриляция ўтказиш лозим. СІПТ профилактикаси учун энг самарали препаратлар куйидагилар ҳисобланади:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кордарон 200мг кунига 3 марта, 5-7 кундан сўнг миклори камайтиради ва кунда 200 мг. дан 2 махал, 2-3 кундан сўнг 200 мг.дан 1 марта; • верапамил кунда 40-80 мг.дан 3 махал; • соталекс кунда 80-160 мг.дан 2 махал; • дизопирамид 0,1-0,2 г.; • новокаинамид кунда 0,5 г. дан 3-4 марта. 	
<p>Қоринчалар пароксизмал тахикардияси</p>	<p>1) Биринчи танлов препарати кордарон ҳисобланиб, юқорида келтирилган дозаларда в/и оқим билан юбориш яхши самара беради;</p> <p>2) Лидокаин ҳам танлов препарати ҳисобланади. 80-120 мг. лидокаин 10 мл. 0,9% натрий хлорид эритмасида в/и тез оқим билан, кексаларда 40-80 мг бошланғич дозада, кейин 400 мг ёки 300 мг лидокаин 500 мл. 5% ли глюкоза эритмасида в/и томчилаб, пароксизм бартараф этилгач профилактика мақсадида 4-6 мл. 10% ли (400-600 мг) лидокаин м/о га ҳар 3-4 соатда юборилади;</p> <p>3) Новокаинамид иккинчи тартибдаги танлов препарати ҳисобланади. 10 мл. 10% новокаинамид эритмаси 10 мл. 0,9% натрий хлоридда в/и оқим билан ёки 10 мл. 10% эритма 250 мл. 5% ли глюкозада в/и га томчилаб. 5 мл 10% эритмани ҳар 4 соатда в/и юбориш ушлаб турувчи доза ҳисобланади;</p> <p>4) Юқоридаги дори воситалар самара бермаганда орнид (1мл. 5% эритма 50 мл. 0,9% ли натрий хлоридда) в/и оқим билан юборилади;</p>	

	<p>5) Мексилетин (мекситил) 10 мл. 2,5% эритмаси+10 мл. 0,9% натрий хлоридда аста –секинлик билан, кейин эса 3 соат давомида 750 мг. препарат 500 мл. 0,9 % натрий хлоридда (биринчи соатда – 250 мл, кейинги соатларда ҳам 250 мл.дан) в/и буюрилади;</p> <p>Мексилетинни (250 мг. 5 дақиқа ичида) бир вақтнинг ўзида в/и юбориш ва ичишга (400 мг) бериш яхши самара беради. Кейин уни 200-250 мг дан кунига 3-4 марта ичишга тавсия этиш лозим.</p> <p>6) Электрокардиостимуляция.</p>	
<p>Хилпилловчи аритмия пароксизми</p>	<p>1) Верапамил (изоптин, финоптин) 10 мг+10 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида в/и оқим билан;</p> <p>2) Анаприлин -5мг в/и томчилаб;</p> <p>3) Кордарон 150 -300 мг+ 100 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида в/и ёки ичишга;</p> <p>4) Новокаинамид в/и ёки ичишга. Биринчи қабулда 0,5-0,75 г, иккинчида 0,5 г, 2-3 соатдан кейин учинчи қабулда 0,25-0,5 г;</p> <p>5) Ритмилен (дизопирамид) в/и 150 мг ёки 300-400 мг. ичишга. Дорилар самара бермаганда кардиоверсия ўтказилади;</p> <p>Фармакологик давога рефрактер бўлган хилпилловчи аритмия пароксизмида бир дақиқада 90 та ЮУС га эга бўлган сунъий ритм бошқарувчиси ўрнатиш тавсия этилади.</p>	
<p>Хилпилловчи аритмиянинг доимий шакли</p>	<p>Тахисистолик турида:</p> <p>1) Дигоксин - 0,25 мг. кунига 2-3 марта, кейин кунига 0,125 мг.дан ушлаб турувчи дозада 5 кун давомида. Верапамил (дилтиазем 0,06 г дан) дигоксин билан бирга қўлланилганда яхши самара беради;</p> <p>2) Дигоксин ва анаприлинни комбинацияда бериш мумкин;</p> <p>Хилпилловчи аритмиянинг брадисистолик турида холинолитик воситаларни қўллаш баъзан (беллоид, атропин, платифиллин) самарали ҳисобланади. Синкопал ҳолатлар ва гемодинамик бузилишлар билан кечувчи турғун брадисистолияда сунъий ритм бошқарувчиси ўрнатилади.</p>	
<p>Бўлмачалар титраши</p>	<p>Бўлмачалар титрашини пароксизмал турида 50 дЖ разряд билан берилган электрик дефибрилляция энг самарали усул ҳисобланади.</p> <p>Электрик дефибрилляция ўтказишининг иложи бўлмаганда даволашда юрак гликозидлари ва уни I, a, I, c ёки III синф антиаритмик воситалар билан биргаликда қўллаш мумкин</p>	

Блокадаларни даволаш клиник белгиларга эга бўлмаган СТХС мавжудлигидан далолат берувчи синоатриал блокада даволаш чораларини кўришни талаб этмайди. Айрим ҳолларда миокардга парасимпатик таъсирни камайтирувчи (атропин) ёки симпатомиметиклар гуруҳидаги (эфедрин, изопропил норадреналин) дори воситаларни қўллаш тавсия қилинади. Бўлмача ичи ва Гисс тутами оёқчалари блокадасида ҳам махсус даво чоралари ўтказилмайди ва асосий касаллик даволанади. Мабодо ўтказувчанликнинг бузилишига дори воситалари сабаб бўлса, уни қабул қилиш тўхтатилади. Қайталанувчи бўлмачалар хилшиллаши ва титрашига олиб келувчи юқори даражадаги бўлмача ичи ўтказувчанлигининг бузилиши миокарддаги чуқур органик ўзгаришлардан далолат беради. Бунда пароксизмларнинг олдини олиш мақсадида хинидин ва бошқа кардиологик таъсирга эга бўлган дори воситаларини бериш тавсия этилмайди. Фақат оғир кечувчи ва тез-тез қайталанувчи пароксизмларда кордаронни делагил билан биргаликда узоқ вақт давомида қўллаш самарадорлиги аниқланган.

Ўткир пайдо бўлган АВ-блокадалар давоси уни келтириб чиқарган сабабларга боғлиқ. Миокардит, МИ ни даволаш АВ - ўтказувчанликнинг қайта тикланишига олиб келади. Тугунли вагус АВ - блокадалари атропин сульфатни (1 %ли 1 мл) томир ичига юбориш билан бартараф этилади. Алулент (0,5 – 1 мл 0,05 %ли эритма 10 мл. физиологик эритмада) ёки изадриндан (5мг. тил остига) фойдаланиш мумкин. Вужудга келган АВ - блокадалари юрак гликозидлари қабул қилишни тезда таъқиқлашни талаб этади. МАС синдромо ёки юрак етишмовчилиги билан кечадиган сурункали тўлиқ АВ блокадаларда доимий электрокардиостимуляция ўрнатиши лозим. Қуйида 4-жадвалда АВ блокадаларда ўтказиладиган даволаш чоратadbирлари келтирилган.

4-жадвал

Атриовентрикуляр блокадаларни даволаш

I-даражадаги АВ-блокада	Махсус даво талаб этилмайди	
II-даражадаги АВ-блокада Мобитц I	-клиник белгилари кузатилмаганда даво талаб этилмайди Гемодинамик ўзгаришлар бўлганда: атропин 0,5-2,0 мг, кейин эндокардиал ЭКС; -агар АВ-блокада миокарддаги ишемик ўзгаришлар туфайли юзага келган бўлса, тўқималарда аденозин миқдори ошганлиги сабабли аденозин-аминофиллин антагонисти буюрилади.	

II-даражадаги АВ-блокада Мобитц II	Аввал вақтинчалик, кейин доимий ЭКС	
II-даражадаги АВ-блокада Мобитц III 2:1 нисбатда	Аввал вақтинчалик, кейин доимий ЭКС	
III-даражадаги (тўлиқ) АВ-блокада = ε	-доимий ЭКС. Агар сабаби қайтар жараён бўлса, уни бартараф этган ҳолда вақтинчалик ЭКС билан чегараланилади; -туғма тўлиқ АВ-блокада мунтазам равишда АВ тугундан чиқаётган ритм билан бирга келиб, аксарият ҳолларда -гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди ва доимий ЭКС ўрнатишни талаб этмайди.	ЭКС ўрнатишнинг иложи бўлмаганда қуйидагилар тавсия этилади: 1) атропина сульфат 1 мл. 0,1% эритмаси кунига 2-3 марта м/о 2) изопреналин (новодрин, изадрин) 5 мг. 0,5% эритмани 250 мл. 5% глюкозада суюлтирилиб, в/и томчилаб юборилади 3) Алупент 0,5-1 мл. 0,05% эритма 20 мл. 5% глюкозада в/и га оқим билан

Ўтқир, ҳаётга хавф солувчи ритм бузилишларида УАВ шифохонагача бўлган босқичда юқорида келтирилган даво чораларини имкон доирасида бошлаши ва беморни ихтисослаштирилган бўлимга ётқизиш чораларини кўриши лозим. Яхши самарага эришиш учун аритмияларнинг муолажалари асосий касалликни даволаш билан бирга олиб борилиши керак.

Шу ўринда эҳтиётсизлик ёки давога индивидуал ёндошмаслик бемор аҳволини оғирлаштириши, ҳатто ўлимга сабаб бўлишини унутмаслик зарур. Айни вақтда тўғри танланган антиаритмик даво ритмни тез тикланишига; бемор иш қобилияти ва ҳаёт сифатининг яхшиланишига олиб келади. Шунинг учун УАВ ритм бузилишларида кузатиладиган ЭКГдаги ўзгаришлар ҳамда уларда қўлланиладиган базис даво чораларини яхши билишлари лозим. Ушбу маъруза уларга бу борада ёрдам беради деган умиддамиз.

Ташхис қўйиш намуналари

Юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилишлари у ёки бу касалликнинг асорати бўлганлиги сабабли ташхис қуйидагича қўйилади:

✓ ЮИК: Стабил зўриқиш стенокардияси ФК III, инфаркдан кейинги

кардиосклероз (2007) ритм бузилиши билан. Ҳилпилловчи аритмия таҳисистолик шакли (ёки қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича III синф, ёки пароксизмал суправентрикуляр тахикардия ёки II даражали А - В блокада Мобитц 2 ва ҳоказо);

✓ Диффуз миокардит ритм бузилиши билан. Суправентрикуляр ва қоринчалар экстрасистолияси, Лаун бўйича II синф (ёки қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича III синф, ёки пароксизмал суправентрикуляр тахикардия ёки II даражали А - В блокада Мобитц 1 ва ҳоказо);

✓ Дилатацион кардиомиопатия оғир кечishi ритм ва ўтказувчанлик бузилиши билан. Ҳилпилловчи аритмия таҳисистолик шакли (ёки қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича IV синф, ёки пароксизмал суправентрикуляр тахикардия ёки II даражали А - В блокада Мобитц 2 ва ҳоказо).

Фойдаланилган адабиётлар

1. Алексеева О.П. Неотложная терапия в схемах и таблицах. Нижний Новгород, 2002.
2. Инкова А.Н. Неотложная кардиология: ЭКГ. Клиника, лечение. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.
3. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
4. Кушаковский М.С., Журавлёва Н.Б. Аритмии и блокады. Ленинград: Медицина, 1983.
5. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. Ярославль, 1997.
6. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов, том-3, 6, 10. Москва: Медицинская литература, 1999.
7. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. Москва: Медицина, 1989.
8. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
9. Ричард М. Антиаритмические средства. Санкт Петербург: Невский диалект, 1999.
10. Русин В.В. Неотложная кардиология. Санкт Петербург: 2001.
11. Справочник по электрокардиографии (перевод с английского С.А.Повзуна). Санкт-Петербург: Питер, 2000.
12. Струтынский А.В. Электрокардиография: анализ и интерпретация. Москва: МедПресс-Информ, 2006.
13. Томов Л., Томов И.Л. Нарушения ритма сердца. София: Медицина и физкультура, 1976.
14. Фрида М.И., Грайнс С. Руководство по кардиологии в таблицах и схемах. Москва: Практикум, 1996.
15. Хэмптон Дж. Атлас ЭКГ. Москва: Медицинская литература, 2007.
16. Циммерман Ф. Клиническая электрокардиография. Москва, 2008.
17. Чиркин А.А., Огороков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Минска: Беларусь, 1993.

ЮРАК СОҲАСИДАГИ ШОВҚИНЛАР ВА УЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАШХИСИ

Ҳаётда учрайдиган барча ҳолатларга мос тушувчи умумий қоида ёки рецептни ихтиро қилиш ҳақида ўйлаш подонликдир, балки ҳар бир алоҳида ҳолатда ечим топиш учун ақл идрок ва тафаккурга эга бўлмоқ лозим.

Муаллифи номаълум

Юрак фаолияти систола ва диастоладан иборат бўлиб, овоз тўлқинлари билан намоён бўлади. Уларни таҳлил қилиш юрак қон-томир касалликларини ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Соғлом киши юраги аускультациясида (эшитиб кўрилганда) иккита тон эшитилади. Биринчи тон қоринчалар систоласининг (систолик) бошланишига тўғри келиб, унинг ҳосил бўлишида митрал (икки табақали) ва трикуспидал (уч табақали) қопқоқчаларнинг қарсиллаб ёпилиши, аорта ва ўпка артерияси қопқоқчаларининг очилиши ҳамда қоринча мушакларининг қисқариши иштирок этади. Иккинчи тон (диастолик) эса аорта ва ўпка артерияси қопқоқчаларининг ёпилиши ва митрал ҳамда трикуспидал қопқоқчаларнинг очилишидан ҳосил бўлади. Бу иккала тонлар бир-биридан қуйидаги белгилар билан фарқланади:

- биринчи тон иккинчисига нисбатан узокроқ давом этади;
- биринчи тоннинг эшитилиши иккинчисига нисбатан пастрок;
- биринчи тоннинг ҳосил бўлиш вақти чўкки турткиси ва бўйин артериясининг пульсацияси билан деярли тўғри келади;
- биринчи тон юрак чўққисига, иккинчи тон эса унинг асосида баландроқ эшитилади;
- биринчи тондан кейин қисқа систолик, иккинчи тондан кейин узокроқ диастолик сукунат (пауза) кузатилади.

Юракни эшитиш унинг қопқоқчалари топографик жойлашишидан келиб чиқиб қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади:

1. юрак чўққиси (митрал қопқоқчалари яхши эшитилади) чап томонда ўрта ўмров чизигидан 1-1,5 см. ичкарида V қовурға оралиғида;
2. Боткин–Эрб нуқтаси (аорта қопқоқлари яхши эшитилади) чап томонда тўш олди чизигида IV қовурға оралиғида;
3. аорта – ўнг тўш олди чизиги бўйлаб II қовурға оралиғида;
4. ўпка артерияси - чап тўш олди чизиги бўйлаб II-III қовурға оралиғида;
5. трикуспидал қопқоқчалар – ханжарсимон ўсма асосида;
6. юрак тўсиқлари ҳолати – тўш суяги соҳасида IV қовурға оралиғида.

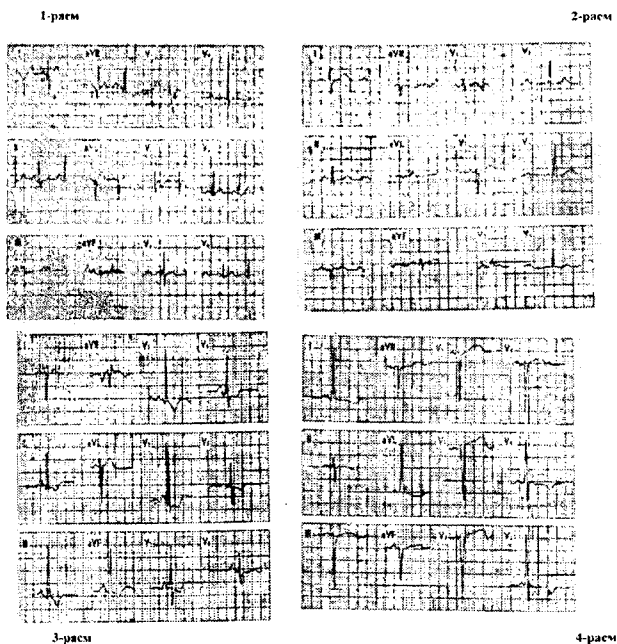
Айрим соғлом болалар ва ўсмирларда юрак чўққиси ва асосида доимий бўлмаган учинчи тон эшитилиши мумкин. Одатда ёш катталашгандан сўнг у йўқолади.

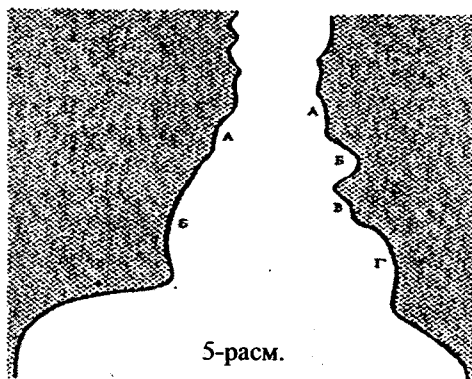
Юрак тонлари мавжуд патологик жараёнга хос равишда сусайган, қучайган, иккиланган, галоп, қарсиллаган бўлиши мумкин. Аускультация

(бемор юрагини эшитиб кўриш горизонтал, вертикал ва айрим ҳолларда махсус ҳолатларда амалга оширилади) нафақат юрак тонлари, балки ритмидаги ўзгаришлар ва шовкинлар мавжуд бўлса, уларни аниқлаш ҳамда баҳолашга ёрдам беради. Юрак шовкинларини аниқлаш алоҳида ташхисий аҳамиятга эга бўлиб, уларнинг эшитилиши аксар ҳолларда беморда юрак нуқсонлари мавжудлигини тасдиқловчи асосий белги ҳисобланади. Пайдо бўлиш вақтига қараб шовкинларни систолик ва диастолик, сўнггисини эса пресистолик (систоладан олдин), мезодиастолик (диастола ўртасида) ва протодиастолик (диастоладан кейин) турлари фаркланади.

Юқорида санаб ўтилган шовкинлар аксар ҳолларда юрак қопқоқчаларидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, органик шовкинлар деб аталади. Органик шовкинлар мавжуд бўлган беморларда нуқсон туридан келиб чиқиб, юрак чегараларининг ўзгариши кузатилади. УАВ ушбу ўзгаришларни ҚВП ва ОП шароитида ЭКГ ёки рентгенография ёрдамида аниқлаши мумкин. Уларни аниқлаш юракдаги шовкинларни клиник таҳлил қилиш ва тўғри хулоса чиқариш учун муҳим аҳамиятга эга. Шу сабабли бирламчи тизимда ишлаётган шифокорлар юрак бўлмачалари ва коринчалари гипертрофияси ЭКГ белгиларини ва кўкрак қафаси нормал рентгенографиясида уларнинг кўринишини яхши билишлари керак. Биз куйида ушбу белгиларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Ўнг бўлмача гипертрофиясида (1-расм) II-III стандарт тармоқларда:





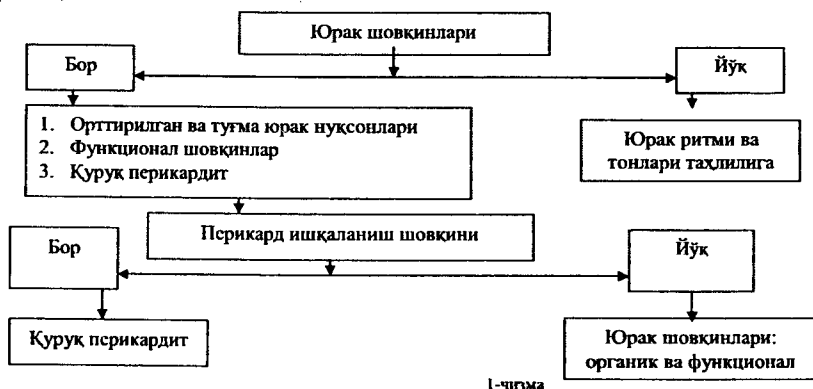
5-расм.

Р тишчасининг юқори ва ўткир учли бўлиши, чап бўлмача гипертрофиясида (2-расм) I-II стандарт тармоқларда Р тишчаси амплитудасининг ошиши, ўнг қоринча гипертрофиясида (3-расм) III aVF, V₁₋₂ тармоқларда R тишчаси амплитудасининг ошиши, I, aVL, V₅₋₆ тармоқларда S тишчасининг чуқурлашиши, чап қоринча гипертрофиясида (4-расм) I, aVL, V₅₋₆ тармоқларда R тишчаси амплитудасининг ошиши, III, aVF, V₁₋₂ тармоқ-

ларда S тишчасининг чуқурлашиши кузатилади. Соғлом киши юрак рент-генографиясининг олдинги тўғри проекциясида унинг ўнг ва чап чегараларининг кўриниши 5-расмда келтирилган: **Юракнинг ўнг чегараси: А-юқори ковак вена; Б-ўнг бўлмача. Юракнинг чап чегараси: А-аортанинг бўртиб туриши; Б-ўпка артерияси; В-чап бўлмача; Г-чап қоринча.**

Юқорида келтирилган органик шовқинлардан ташқари, беморларда юрак қопқоқчаларидаги анатомик ўзгаришларига боғлиқ бўлмаган функционал ва юрак бўшлиқлари билан алоқасиз паракардиал шовқинлар аниқланиши мумкин. Функционал шовқинлар деярли барча ҳолатларда систолик бўлиб, юрак чўққисиди яхши эшитилади ва майин ҳамда қисқа характерга эга. Томирлар бўйлаб узатилмайди, жисмоний зўриқишда сустрлашиши ёки йўқолиши мумкин. Улар асосан миокарддаги дистрофик (камқонлик, интоксикация, асабий зўриқиш ва бошқалар) ўзгаришлар билан боғлиқ. Айрим ўсмирларда тез ўсиш даврида кузатиладиган систолик шовқин ҳам ушбу гуруҳга мансубдир. Паракардиал шовқинларга, авваламбор, курук перикардитда кузатиладиган унинг ишқаланиш шовқини киради. Ушбу шовқин одатда кўпол бўлиб, систола вақтида ва фонендоскопни кўкрак қафасига кучлироқ босганда яхши эшитилади, томирларга узатилмайди ва сочларни бир-бирига ишқалаганда чиқадиган овозни эслатади. Перикардит бирор бир касалликнинг клиник белгиси ёки асорати бўлиши мумкин. Шовқин билан бир қаторда, асосий касалликка хос клиник белгиларни (кўкрак қафасида оғрик, тана ҳароратининг кўтарилиши, ЭКГ ўзгариши) аниқлаш тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Бундан ташқари, ушбу гуруҳга кирувчи плевра ишқаланиш шовқинини ҳам эшитиш мумкин. Бу шовқин нафас олганда ва чиқарганда эшитилиб, юрак фаолияти билан боғлиқ эмас. Бемор шикастланган томонини оғрик сабабли аяйди, шу томон нафас олиш ҳаракатида орқада қолади. Бемордан қисқа муддатда нафас олишни тўхтатиб туриш сўралса, шовқин эшитилмайди.

УАВ беморни кўриқдан ўтказаеттанда, юрак соҳасида шовкинлар бор ёки йўқлигини аниқлаши (1-чизма) лозим. 1-чизма

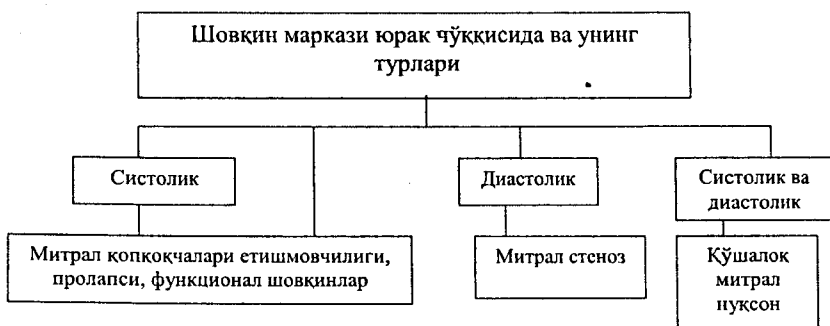


Агарда перикарднинг ишқаланиш шовкинлари аниқланса, бу белги беморда қуруқ перикардит борлигини тасдиқлайди. Одатда бу касаллик ўткир, нимўткир ва сурункали кечиб, кейинроқ унинг асосда касалликнинг эксудатли тури ривожланиши мумкин. Юқоридагиларнинг оқибати сифатида баъзан констриктив перикардит ривожланади ва беморларда СҚАЕ белгилари кучайиб боради. Перикардит юқумли омиллар (вируслар, йирингли бактериялар, сил таёқчаси, замбуруғлар, паразитлар), аутоиммун ва аллергик ҳолатлар (ревматизм, БТТК, айрим дори-воситаларининг таъсири, МИДан кейин), жароҳатлар, ўсмалар ёки уларнинг метастазлари, нур билан даволаш, СБЕ таъсирида юзага келади. Аммо, кўп ҳолларда касалликка олиб келган сабабни аниқлаш имкони бўлмайди. Қуруқ перикардитга чалинган беморлар юрак соҳасидаги оғриқларга шикоят қиладилар ва эксудат йиғилгандан сўнг оғриқ синдроми сусаяди ёки бутунлай йўқолади. Оғриқлар тўмтоқ характерга эга бўлиб, тана ҳаракати ва ҳолати ҳамда нафас олиш билан боғлиқ. Беморда перикардитнинг ўткир кечиши бўлса, оғриқ билан бир каторда, тана ҳароратининг кўтарилиши, терлаш, кучайиб боровчи ҳолсизлик кузатилиши мумкин. Эксудатли перикардит ривожлангандан сўнг касалликнинг асосий белгиси перикард ишқаланиш шовкини йўқолади, юрак чегаралари кенгайди ва томпондада симптомлари ривожланади. ЭКГдаги ўзгаришлар баъзан шу қадар характерли бўлиб, перикардит ташхисини қўйишни енгиллаштиради. Аксарият ҳолларда QRS комплекси волтажи пасаяди, деярли барча тармоқларда S–T сегментини ўрта чизикдан конкордант кўтарилиши кузатилади. Перикарднинг барча турларини ташхислашда ЭхоКГ ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган қўшимча текшириш усули ҳисобланади. Унинг ёрдамида перикард қаватларининг қалинлашиши ва суюқлик мавжудлиги аниқланади.

Аускультацияда беморда юрак шовқинлари борлиги қайд этилса, УАВ унинг марказини аниқлаши лозим (2-чизма).



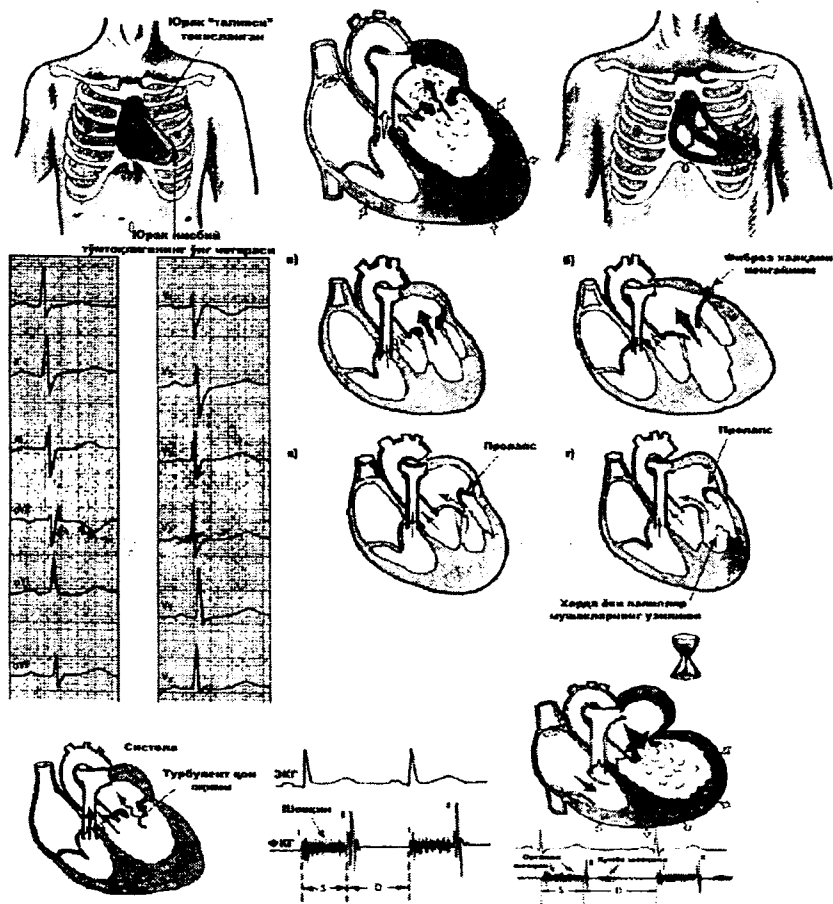
2-чизмадан кўриниб турибдики, шовқин марказини аниқлаш шифокорга у ёки бу юрак нуқсони борлиги ёки шовқиннинг функционал характерга эга эканлиги тўғрисида хулоса чиқаришга асос бўлади. УАВнинг навбатдаги вазифаси аниқланган шовқин марказида унинг юрак фаолиятининг қайси босқичига (систолик ёки диастолик) тўғри келишини қайд этишдир. Шовқин маркази юрак чўққисиди бўлса, (3-чизма) шифокор қуйидагиларга эътибор бериши лозим.



Беморда систолик шовқин аниқланиб, ҳаёт анамнези ва касаллик тарихида ревматизмга кўрсатиш бўлмаса, юмшоқ, паст тембрда бўлса ҳамда ЭКГ ва ЭхоКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари аниқланмаса, функционал шовқин тўғрисида ўйлаш керак. Систолик шовқин билан бир

қаторда, юрак уриб кетиши, жисмоний зўриқиш ёки тинч ҳолатда нафас қилиши ҳамда юрак соҳасидаги тўмтоқ оғриқлардан бемор шикоят қилса ва кўриқда чўққи турткиси кучайган, кўтарилган ҳамда чапга силжиган бўлса, бу митрал қопқоқчаларининг етишмовчилик белгилари ҳисобланади. Шовқин чап қоринча систоласи вақтида атриовентрикуляр тешикни тўлиқ ёпилмаслиги оқибатида қонни қайта чап қоринчадан чап бўлмачага ўтиши сабабли пайдо бўлади. Ушбу юрак нуқсониди систолик шовқин секинлаб ёки кучайиб боровчи, юмшоқ (қопқоқчаларнинг кичик етишмовчилигида) ёки дағал (қопқоқчаларнинг каттароқ етишмовчилигида), кўлтик остига узатилувчи бўлиши мумкин. Шунингдек, ушбу нуқсонда юрак чўққисида I тоннинг сусайиши, баъзан III тон, ўпка артерияси устида эса II тон акценти эшитилади. *ЭКГда*: чап қоринча гипертрофияси ва чап бўлмача зўриқиши белгилари аниқланади. *Рентгенографияда*: чап қоринча ва бўлмача гипертрофияси белгилари, касаллик ривожланган сари ўнг қоринчанинг кенгайиши, ўпкада димланиш белгилари ва аортанинг кичрайиши аниқланади. Ташхисни тасдиқлашда ЭхоКГ ҳулосалари муҳим аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида нафақат гемодинамик ўзгаришлар, балки митрал қопқоқчалари етишмовчилиги даражасини ҳам аниқлаш мумкин. Бу даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу юрак нуқсони келиб чиқишига аксарият ҳолларда ревматизм (систолик шовқинни юракнинг бошқа шовқинлари билан бирга келиши, ревматизмни тасдиқловчи мезонларнинг мавжудлиги), баъзан бактериал эндокардит (узок иситмалаш, терида геморрагик тошмалар, камқонлик, тромбоземблик асоратлар, жигар ва талокнинг катталаниши, мусбат гемокультура), баъзан атеросклероз (юрак чўққисидаги систолик шовқинни биринчи бор 60 ёшдан катта беморларда аниқланиши), МИ (касалликнинг ўткир даврида систолик шовқин пайдо бўлиши ва қон айланиш етишмовчилиги белгиларининг тез ривожланиши), юрак мушакларини яққол зарарланишлари (митрал қопқоқчаларининг нисбий етишмовчилиги) сабаб бўлади.

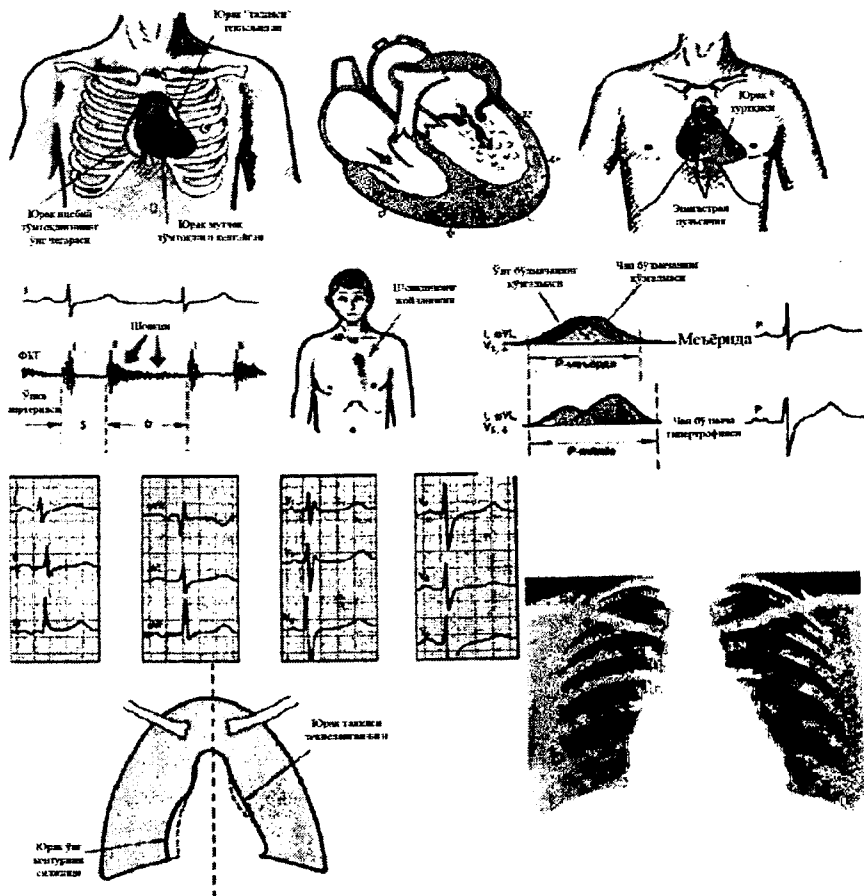
Куйдаги 6-расмда митрал қопқоқчалари етишмовчилиги ва унинг пролапсида юрак ичи гемодинамик, ЭКГ ва фонокардиографидаги ўзгаришлар келтирилган.



6-расм. Митрал қопқоқчалар етишмовчилиги

Юрак чўккисиди кечки систолик шовқин митрал қопқоқчалари пролапсиди ҳам эшитилиб, унда беморлар юрак соҳасидидаги оғриқлардан шикоят қиладилар. Ташхисни аниқлашди ЭхоКГ муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касаллик тўғрисида «Кўкрак қафасидидаги оғриқлар ва уларнинг солиштирма ташхиси» маърузасиди батафсил ахборот берилган.

Юрак чўққисида диастолик шовқин (3-чизма) аниқланиши митрал стенозини тасдиқловчи асосий белги ҳисобланади. Шовқин қонни торайган митрал тешик орқали чап бўлмачадан чап қоринчага қийналиб ўтиши натижасида пайдо бўлади. Беморлар ҳаво етишмаслик ҳиссига, юрак уриб кетиши ва кардиалгия белгиларидан шикоят қиладилар. Кўриқда бемор ёноклари олхўри рангида қизариши, лабларининг кўқариши кўзга ташланади. Юрак чегаралари юқорига ва ўнга кенгайиб, унинг турткиси тарқалган, чўққида диастолик титраш аниқланади.



7-расм. Чап атриовентрикуляр тешик стенози

Аускультацияда диастолик шовқинни пресистолик кучайиши аниқланиб, у Боткин Эрб нуқтасига узатилиши мумкин. Шунингдек,,

ушбу нуксонда чўккида карсилловчи I тон, митрал қопқоқчаларининг очилиш шовқини, ўпка артерияси устида II тоннинг иккиланиши ва акценти пайдо бўлиши хос. ЭКГда чап бўлмача ва ўнг қоринча гипертрофияси белгилари, баъзан хилпилловчи аритмия аниқланади. Рентгенографияда чап бўлмача ва ўнг қоринчанинг кенгайиши, қизилўнгачни контраст модда билан кўрганда, унинг кичик радиус ёйи бўйича оғиши характерли. ЭхоКГда: митрал тешикча (соғлом кишида 4-6 см²) торайиш даражасини аниқлаш имконини беради. Торайиш 0,5-1,5 см² атрофида бўлса, беморни зудлик билан кардиохирург маслаҳатига юбориш лозим. Юқоридаги 7-расмда чап атриовентрикуляр тешикча торайишида кузатиладиган юрак ичи гемодинамикаси, ЭКГ, ФКГ, рентген ўзгаришлари келтирилган. Митрал стеноз келиб чиқишида митрал етишмовчилик каби ревматизм (диастолик шовқинни юракнинг бошқа шовқинлари билан бирга келиши, ревматизмни тасдиқловчи мезонларнинг мавжудлиги), туғма митрал стенози – унда бўлмачалар аро тўсик дефекти (Лютенбаше синдроми) билан бирга кузатилади (касаллик, болаларда аниқланиб, диастолик шовқин тўш суяги чап қиррасида II-III коворға ораллигида эпитилувчи систолик шовқин билан бирга келади), баъзан ўнг бўлмача полипи ёки ўсмаси (касаллик тез нафас сиқиши, тромбоземболик асоратлар билан ривожланиб, беморда яққол кўқариш, тана ҳолати ўзгарганда ҳушдан кетиш ҳолатлари кузатилади) сабаб бўлиши мумкин. Сўнгги ҳолатда ЭхоКГ текширувдан сўнг таъхисни аниқ қўйиш учун беморни ихтисослаштирилган бўлимга ангиокардиография ўтказиш учун юбориш керак. Юрак чўккисида систолик ҳамда диастолик (3-чизма) шовқин аниқланса, беморда бир вақтнинг ўзида митрал етишмовчилик ва стенознинг борлигидан далолат беради. Унда ҳар иккала нуксонга хос бўлган белгилар кузатилиб, уларнинг қайси бири устунлик билан кечишига қараб, у ёки бу белгилар (шикоятлар, объектив ва асбобий) яққолроқ намоён бўлиши мумкин. Бундай беморлар мутахассис шифокорларга юборилиши ва кейинги даволаш усули улар билан ҳамкорликда ҳал қилиниши лозим.

УАВ кўрик вақтида маркази Боткин-Эрб нуктасида бўлган систолик шовқин мавжудлигини аниқласа (4-чизма), туғма юрак нуксонлари ёки функционал ўзгаришлар билан боғлиқлиги тўғрисида ўйлаши керак.

Шовқин паст ва юмшоқ бўлиб, юракда бошқа ўзгаришлар қайд этилмаса, уни функционал деб баҳолашга асос бўлади. Агар у дағал ва жарангдор эшитилса, туғма юрак нуксонлари, хусусан, қоринчалараро тўсик дефекти, Фалло тетрадаси ёки пентадаси тўғрисида фикр юритиш лозим. Аниқланган жарангдор ва дағал шовқин пансистолик бўлиб, ўпка артерияси устида II тон акценти билан бирга келса, жисмоний зўриқишда, нафас сиқиши, тез чарчаш, юрак соҳасида оғрик, анамнезида тез-тез зотилжам каби шикоятлар ҳамда кўздан кечирганда, юрак чегаралари ўнгга кенгайиб, унинг систолик титраши ва букриси аниқланса, мавжуд туғма нуксон қоринчалараро тўсик дефекти эканлигидан далолат беради. ЭКГ ва рентгенографияда ўнг ва



4-чизма

чап қоринчалар гипертрофияси белгилари, биринчисида атровентрикуляр блокада аниқланади. Дефект жойлашишига қараб ушбу туғма нуқсоннинг куйидаги турлари фарқланади: қоринчалараро тўсиқнинг пастки қисми дефекти; юқори ва пастки қисми дефекти (Толочинов – Роже касаллиги); баланд қисми дефектининг аортани ўнг томонда жойлашиши билан бирга келиши (Эйзенменгер комплекси). УАВ беморни ЭхоКГ текширувидан ўтказиб, нуқсон мавжудлигини ва унинг жойлашиш жойини аниқлаб олиши мумкин. Бундай беморлар кардиохирург маслаҳатига юборилади ва кўрсатмалардан келиб чиққан ҳолда, ихтисослаштирилган бўлимда юракни зондлаш ва бошқа текширувлардан ўтказилади. Даволаш жаррохлик амалиёти орқали амалга оширилади.

4-чизмадаги алгоритмда келтирилганидек, Боткин–Эрб нуктасидаги систолик шовқин, чапда тўш суяги ёнида II – III қовурга оралиғида эшитиладиган систолик шовқин, юрак чўққисиди I тоннинг кучайиши, ўпка артериясида II тоннинг сусайиши, диффуз кўкариш ва нафас сиқийш-кўкариш хуружлари билан кечса, беморда Фалло тетрадаси ёки пентадаси борлиги тўғрисида ўйлаш лозим. Фалло тетрадасида ўпка артерияси стенози, қоринчалараро тўсиқ дефекти, аорта равоғининг ўнг томонда жойлашиши,

ўнг қоринчанинг кескин гипертрофияси, Фалло пентадасида эса уларга қўшимча равишда бўлмачалараро тўсик дефекти мавжуд бўлиши сабабли, беморлар аҳволи оғир бўлади. Улар одатда қўллари билан тиззаларини кучоклаб ўтирадилар, озгина жисмоний зўриқишда нафас сикиши ва уни кўкариш хуружлари билан бирга келиши кузатилади. Бемор бола кўздан кечирилганда, пальпация ва перкуссияда жисмоний ривожланишда орқада қолганлиги, диффуз цианоз, қўл бармоқларини барабан таёқчасига ўхшашлиги, юрак букриси мавжудлиги ва чегаралари ўнгга силжиганлиги аниқланади. ЭКГда ўнг қоринча ва бўлмача гипертрофияси, биринчисининг зўриқиш белгилари, рентгенографияда юракнинг аортал шаклга кирганлиги, ўнг қоринча катталашганлиги ва ўпка суратининг сусайганлиги кайд этилади. Ташхисни тасдиқлаш учун беморни ЭхоКГ текшириш усулидан ўтказиш ва кечиктирилмасдан ихтисослаштирилган бўлимга юбориш лозим.

Бемор юраги эшитиб кўрилганда, маркази Боткин-Эрб нуқтасида (4-чизма) ва тўш суяги ўнг томонида II қовурга оралиғида бўлган диастолик (баъзан пресистолик Флинт шовқини), сўнги нуқтада аорта равоғида нисбий стеноз кузатилганлиги сабабли, қўшимча систолик шовқин, чўққида митрал копоқчаларнинг нисбий етишмовчилиги оқибатида пайдо бўлган сўниб борувчи систолик шовқин, чўққида I, аортада II тоннинг сусайиши ва йирик томирлар устида Дюрозье қўшалок шовқини аниқланса, беморда аорта копоқчалари етишмовчилиги борлигининг белгилари ҳисобланади. Беморлар бош мияда шовқинлар ва ундаги томирлар пульсациясига, юрак уриб кетишидан шикоят қиладилар. Кўздан кечирганда, пальпация ва перкуссияда тери копламларининг рангпарлиги, йирик томирлар пульсацияси, капилляр пульс, кўтарилиб тушувчи юрак чўққи турткиси, унинг чегараларини пастга ва чапга силжиши, тез кўтарилиб тушувчи томир уриши аниқланади. Систолик ҚБ меъёрида бўлиб, диастолик босим паст бўлганлиги сабабли юқори пульс босими кайд этилади. ЭКГда чап қоринча гипертрофияси ва уни зўриққанлигини тасдиқловчи белгилар, рентгенографияда эса юрак аортал шаклдалиги, чап қоринчанинг катталашганлиги, кўтарилувчи аортанинг кенгайганлиги кузатилади. Рентгеноскопияда чап қоринча ва аортанинг чуқур ва тез пульсациясини кўриш мумкин. ЭхоКГ ташхисни тасдиқлаш учун ўтказилиши керак бўлган муҳим текшириш усули ҳисобланади. Аксарият ҳолларда ушбу нуқсон келиб чиқишига ревматизм (аортал етишмовчиликни юракдаги бошқа шовқинлар билан бирга келиши, ревматизмнинг бошқа мезонларининг мавжуд бўлиши), бактериал эндокардит (узок муддатли иситмалаш, тромбоземболик синдром, жигар ва талокнинг катталашлиши, камқонлик, терида геморрагик тошмалар ва мусбат гемокультура), камроқ ҳолларда захм (кўпроқ ёши 40дан ошган эракаларда аорта копоқчалари етишмовчилигининг аниқланиши, ЭхоКГ ва рентгенда аорта аневризмаси, мусбат серологик реакциялар), атеросклероз (ёши 60дан ошган кишиларда диастолик шовқин ва атеросклерознинг бошқа белгиларининг аниқланиши), аортанинг каватланувчи аневризмаси (нуқсонни узок муддат АГга чалинган

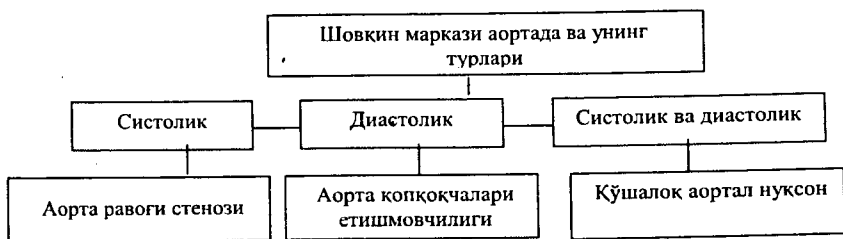
карияларда пайдо бўлиши, белга ва куракларга узатилувчи тўш ортида пайдо бўлган кучли огриклар, якқол намоён бўлган қон босими ассиметрияси) сабаб бўлиши мумкин. Аорта қопқоқчалари етишмовчилиги шубҳа килинганда, УАВ бемор ёши ва асосий касаллигидан келиб чиқиб, уни мутахассис шифокор ва кардиохирургга маслаҳат учун юбориши лозим.

Даволаш тамойиллари: асосий касалликни муолажа қилиш ва унинг кўзишининг олдини олиш; кўрсатмалар бўлганда жарроҳлик йўли билан даволаш; СҚАЕ белгилари пайдо бўлганда, мунтазам даво чораларини кўриш. Бу беморлар ҳаёти давомида УАВ ва мутахассис шифокор назоратида бўладилар.

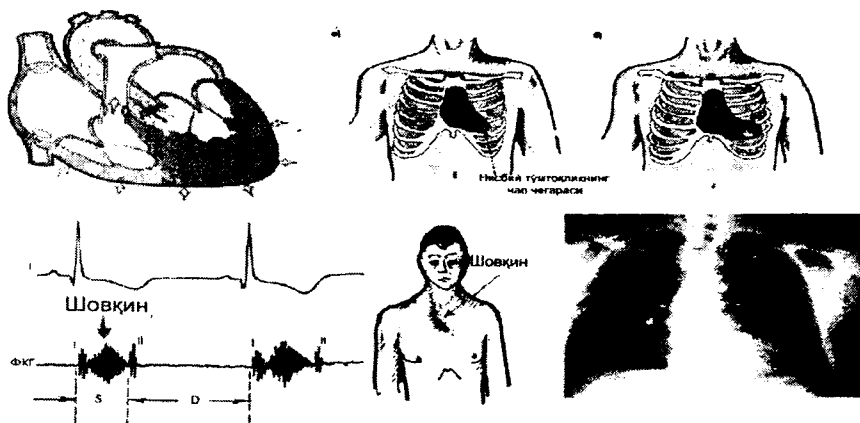
Юракни Боткин-Эрб нуктасида систолик ва диастолик шовқин билан бир қаторда, аорта устида уйқу артерияларига, кураклар орасига, бўйин чуқурчасига узатилувчи дағал систолик шовқин аниқланса, беморда аорта қопқоқчалари етишмовчилиги унинг равоғи торайиши билан бирга мавжудлиги тўғрисида ўйлаш лозим. Беморда ҳар иккала нуксонга хос ўзгаришлар кузатилса ҳам, унинг шикоятлари ва касалликни клиник, асбобий текширувда аниқланган белгилар қайси юрак нуксонининг устунлиги билан кечишига қараб намоён бўлади. **Улар тўғрисидаги маълумот ушбу маърузанинг тегишли қисмида батафсил ёритилган.**

Шунингдек, УАВ тўш суягининг чап томонида IV қобирға оралигида бўйин томирларига узатилмайдиган систолик шовқин гипертрофик обструктив кардиомиопатияда ҳам аниқланишини ёдда тутишлари лозим. Ушбу касалликда беморлар ҳаво етишмаслик ҳисси, юрак уриб кетиши ва юрак соҳасидаги огриклардан шикоят қиладилар. Ташхисни тасдиқлашда ЭхоКГ ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

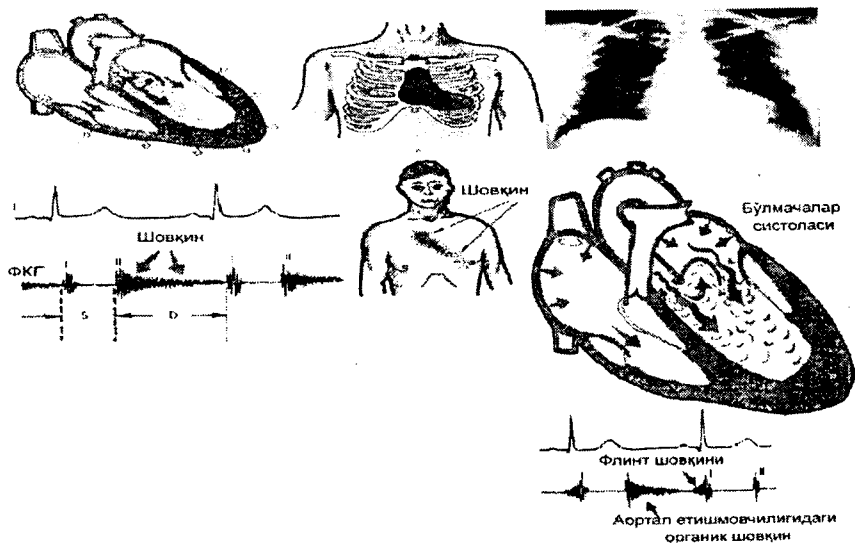
Бемор юраги эшитиб кўрилганда, аорта устида систолик шовқин (5-чизма) аниқланса, бу аорта равоғи стенозига хос бўлган асосий белгилардан биридир. Шовқин қопқоқчаларни бир-бирига тутатиб кетиб, уларда кальций тузларини ўтириб қолиши сабабли аорта равоғини торайиши ва оқибатда қонни чап қоринчадан аортага ўтиши қийинлашиши туфайли пайдо бўлади.



Аортада уйку артериясига, кураклар орасига ва бўйин чуқурчасига узатилувчи дағал систолик шовқин билан бир қаторда, II тоннинг сусайиши ёки бутунлай йўқолиши кузатилади. Юрак чўққисиди I тон сусаяди. Беморлар бош айланиши, ҳушдан кетиш ва стенокардия хуружлари безовта қилишидан шикоят қиладилар. Улар кўздан кечирилганда, пальпация ва перкуссияда тери қопламлари ва шиллик қаватларининг рангпарлиги, чапга ва пастга силжиган кўтарилиб тушувчи юрак чўққиси турткиси, ўнг томонда II қовурга оралиғида тўш суяги ёнида ва унинг ортида систолик қалтираш, кичик ва секин ўсиб борувчи томир уриши, систолик ва пульс босимининг пасайиши аниқланади. ЭКГда чап қоринча гипертрофияси ва зўрайиши, рентгенографияда юракнинг аортал шакли, чап қоринчанинг катталашуши, кўтарилувчи аортанинг бўртиб чиқиши кузатилади. ЭхоКГ нафақат гемодинамик ўзгаришлар, балки аорта равоғининг торайиш ўлчамини аниқлашга ёрдам беради ва албатта ўтказилиши керак бўлган текшириш усулларидан бири ҳисобланади. Ушбу юрак нуқсонига ревматизм (аорта стенозини юракдаги бошқа шовқинлар билан бирга келиши, ревматизмнинг бошқа мезонларининг мавжуд бўлиши) бактериал эндокардит (узок муддатли иситмалаш, тромбоземболик синдром, жигар ва талокнинг катталашуши, камқонлик, терида геморрагик тошмалар ва мусбат гемокультура), камроқ ҳолларда захм (кўпроқ ёши 40 дан ошган эркакларда аорта қопқоқчалари стенози аниқланиши, ЭхоКГ ва рентгенда аорта аневризмаси, мусбат серологик реакциялар), атеросклероз (ёши 60 дан ошган кишиларда диастолик шовқин ва атеросклерознинг бошқа белгиларининг мавжудлиги), аортанинг қаватланувчи аневризмаси (нуқсонни узок муддат АГ чалинган ёши ўтган кишиларда пайдо бўлиши, бел ва куракларга узатилувчи тўш ортида пайдо бўлган кучли огриклар, яққол намоён бўлган қон босими ассиметрияси) сабаб бўлиши мумкин.



8-расм. Аорта равоғи стенози



9-расм. Аорта қопқоқчалари етишмовчилиги

Айрим ҳолларда беморларда аорта равоғининг нисбий (аортани атеросклероз ёки захм натижасида кенгайиши) ва туғма (касалликни болалик даврда аниқланиши) стенози аниқланади. Аорта равоғи стенози ва унинг қопқоқчалари етишмовчилигига хос бўлган юрак ичи гемодинамикаси, ЭКГ, ФКГ ва рентген ўзгаришлари 8, 9-расмларда келтирилган.

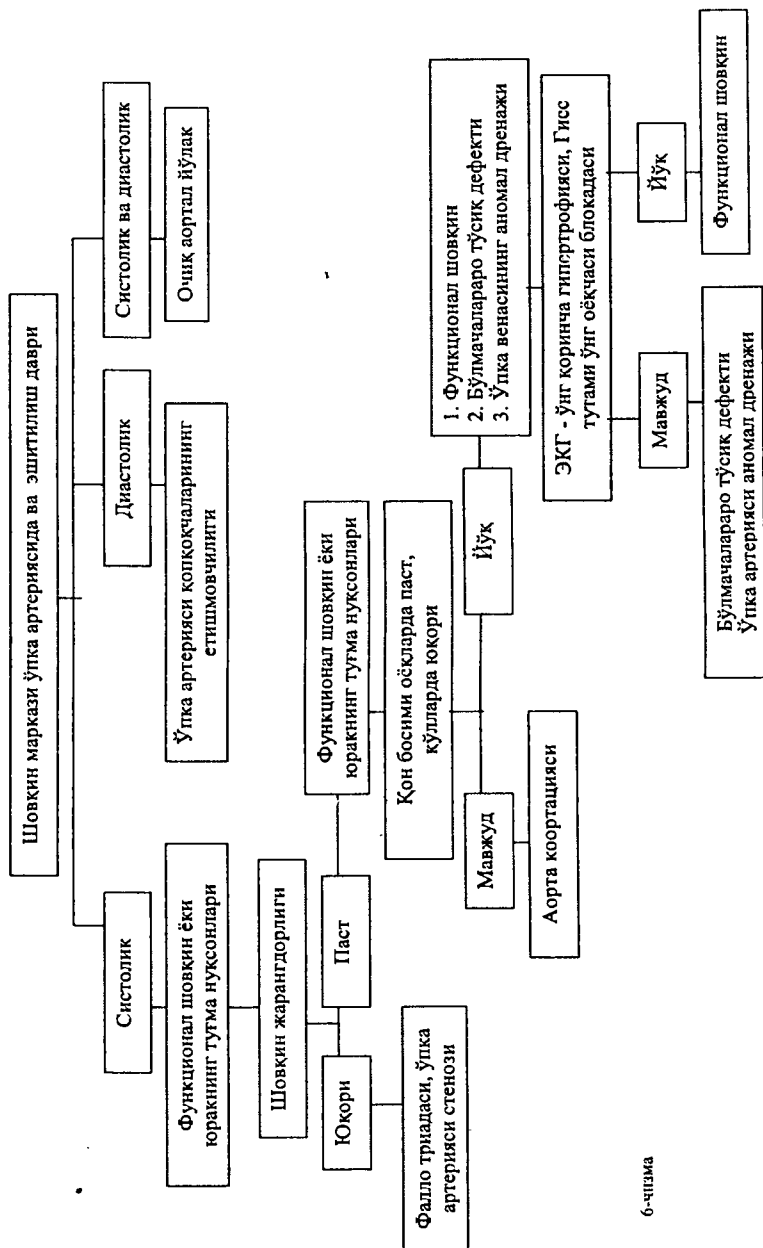
Тўш суягидан ўнгда II қовурға оралиғида диастолик шовқин аниқланса, унинг маркази аорта билан бир қаторда, Боткин Эрб нуқтасида ҳам бўлиши мумкин ва бу аорта қопқоқчаларининг етишмовчилиги белгиси ҳисобланади. Агар у ерда систолик ва диастолик шовқин қайд этилса, бемор бир вақтнинг ўзида аорта равоғи стенози ва унинг қопқоқчалари етишмовчилиги билан хасталанганидан дарак беради. Ушбу юрак нуқсонлари тўғрисида юқорида батафсил ахборот берилган.

УАВ аускультация вақтида маркази ўпка артерияси устида бўлган жарангдор дағал систолик шовқин аниқланса (6-чизма), беморда Фалло триадаси ёки ўпка артерияси торайиши борлиги тўғрисида ўйлаш лозим. Фалло триадаси юракнинг туғма нуқсони ҳисобланиб, у билан туғилган болаларда ўпка артерияси торайиши билан бир қаторда, бўлмачалар аро тўсик дефекти ва кўпроқ ўнг қоринча, баъзан бўлмачалар гипертрофияси кузатилади. Бемор болалар жисмоний зўриқишда кескин кучайиб, баъзан хушини йўқотиш даражасигача борувчи ҳарсиллашдан шикоят қиладилар. Уларни кўздан кенчирганда, пальпация ва перкуссияда кўкариш (дастлаб жисмоний зўриқишда, кейин тинч ҳолатда), қўл бармоқларини барабан таёқчалари шаклида эканлиги, юрак букриси ва унинг чегараларини чапга

кенгайганлиги кузатилади. Аускультацияда тўш суяги чап киррасида II коворга оралигида дағал систолик шовқин билан бир қаторда, II тоннинг сусайиши ёки йўқолиши аниқланади. ЭКГда ўнг қоринча ва бўлмача гипертрофияси белгилари биринчисининг зўриқиши билан бирга, рентгенографияда юрак митрал шакли, чап қоринча ва бўлмачанинг катталашиши, чап ўпка артерияси ўзанининг узайиши ва бўртиши қайд этилади. ЭхоКГ беморга ташхис қўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган текшириш усулларида бири ҳисобланади. Юқорида келтирилган белгиларга асосланган ҳолда УАВ болада Фалло триадаси борлигини аниқлаши ва кардиохирург маслаҳатига юбориши лозим. 6-чизмада келтирилганидек, чап томонда тўш суяги ёнида II коворга оралигида дағал жарангдор систолик шовқин ўпка артерияси торайиши нуқсонига чалинган беморларда ҳам қайд этилади. Ушбу торайиш қонни ўнг қоринчадан ўпка артерияси равоғига ўтишини қийинлаштиради. Беморлар қувватсизлик, тез чарчаш, бош айланиши, юрак соҳасида оғирлик ҳисси ва ҳарсиллашдан шикоят қиладилар. Уларни кўздан кечирганда, пальпация ва перкуссияда жисмоний ривожланишдан орқада қолганликлари, юрак букриси, ўнг қоринча пульсациясининг кучайиши, тўш суяги чап томонида II-III коворга оралигида систолик титраш, юрак чегараларининг ўнгга силжиши, кичик пульс ва ҚБ пасайиши аниқланади. Аускультацияда ўпка артерияси устида дағал ва жарангдор систолик шовқин билан бир қаторда, II тоннинг сусайиши эшитилади. ЭКГда ўнг қоринча гипертрофияси ва Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси қайд этилади. Рентгенографиядаги ўзгаришлар ўпка артерияси торайган қисмининг жойлашишига боғлиқ бўлади. Торайиш ўпка артерияси қопқоқчалари яқинида бўлса, ўнг қоринчанинг кескин катталашиши, ўпка артерияси ўзанининг узайиши ҳамда бўртиб чиқиши ва унинг шохчалари томир соҳасида кескин торайиши, ўпка расмининг сусайиши. Ўпка артерияси торайиши, унинг қопқоқчалари остида бўлса, чап ўпка артерияси ўзанининг кучайиши кузатилади, торайиш чап ўпка артерияси бўйлаб бўлса, ўнгда ўпка сурати кучайгани, чапда эса сусайгани аниқланади. Ўпка артерияси торайишига туғма аномалиялар (касалликнинг болалиқдан бошланиши, болани ўсиш ва ривожланишда

орқада қолиши, юрак букриси, жисмоний зўриқишларда, оғир ҳолатларда эса тинч ҳолатда ҳарсиллаш), бактериал эндокардит (узук муддатли иситмалаш, тромбоземболик синдром, жигар ва талокнинг катталашиши, камқонлик, терида геморрагик тошмалар ва мусбат гемокультура), ингичка ичак карциноиди (қорин ўнг томони пастки қисмида тўлғоксимон оғриқларни дам бўлиши, қулдураши ва ич кетиши билан бирга кечиши, тўлик ёки қисман ичак тутилиши белгилари, юзлар, тананинг юқори қисмида кизариш пайдо бўлиши, уч табақали қопқоқчалар етишмовчилиги билан бирга кузатилиши) сабаб бўлади.

Ташхисни аниқлашда ЭхоКГ текшириш усули ушбу нуқсонда ҳам ҳал қилувчи аҳамиятга эгадир. Ўпка артерияси устида паст юмшоқ



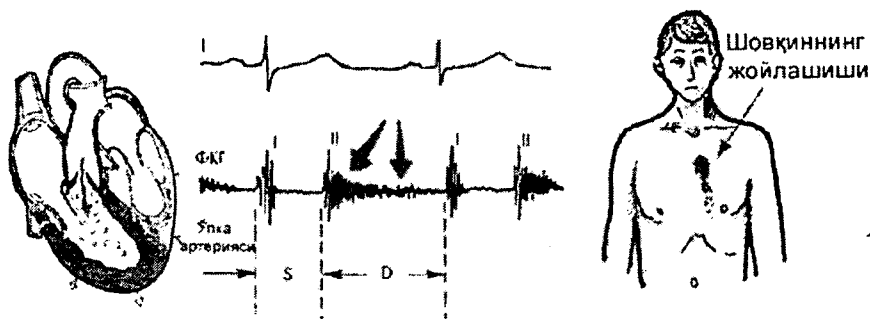
шовқин эшитилиб, томирлар бўйлаб узатилмаса ва ЭКГда ҳамда ЭхоКГ ўзгаришлар аниқланмаса, бу унинг функционал характерга эга эканлигидан далолат беради. Беморда систолик шовқин билан бир қаторда, кон босими қўлларида юқори ва оёқларида паст бўлса, аорта коарктацияси мавжудлиги белгиси ҳисобланади. Баъзан шовқин юракнинг барча юзасида эшитилиб, бўйин томирларига ва кураклар орасига узатилади. Аортада II тоннинг кучайганлиги қайд этилади. Ушбу туғма нуқсонда аксарият ҳолларда аортанинг торайиши унинг бўйин олди қисмида бўлиб, ундан юқорида босим кўтарилади, пастда эса паст бўлиб, томирлар коллатерали ривожланади. Аорта коарктацияси баъзан очик артериал йўлак ёки бошқа юрак туғма нуқсонлари билан бирга келиши мумкин. Беморлар ҳаво етишмаслигига, бош оғриғи ва унинг айланишига, юрганда оёқларда тез чарчаш ҳиссидан шикоят қиладилар. Кўздан кечирганда, пальпация ва перкуссияда тананинг юқори ва пастки қисмларида томир уришида фарқ мавжудлиги, қовурға, курак ва қўллик остида уриб турувчи коллатераллар, юқорида қайд этилгандек, қўлларда ҚБ юқори бўлиб, оёқларда унинг пастлиги ёки умуман бўлмаслиги аниқланади. ЭКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари, рентгенографияда чап қоринча катталашганлиги, аорта кенгайганлиги кузатилади. Эхо-доплерография амбулатория шароитида ташхисни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга бўлса ҳам, беморларни ихтисослаштирилган бўлимда аортаграфия текширувудан ўтказиш лозим. Аорта коарктациясида 8–14 ёшда жарроҳлик амалиётини амалга ошириш яхши самара беради.

Қўл ва оёқларда ҚБ монанд бўлиб, паст систолик шовқин билан бир қаторда, ЭКГда ўнг қоринча гипертрофияси ва Гисс тутамининг ўнг оёқчаси блокадаси белгилари аниқланса, беморда бўлмачалараро тўсиқ дефекти, ёки ўпка веналарининг аномал дренажи борлигига шубҳа қилиш лозим. Бўлмачалараро тўсиқ дефектида кон чап бўлмачадан ўнгига отиб берилиши сабабли, кичик қон айланиш доирасида кон ҳажми ошиб боради ва бу ўнг қоринча гипертрофиясига, кейинроқ эса димланишга олиб келади. Дефект ўлчами кичик бўлса, шикоятлар бўлмаслиги мумкин. Гемодинамик ўзгаришларга олиб келувчи нуқсонда эса беморларни жисмоний зўриқишда ҳаво етишмаслик ҳисси, тез чарчаш, зотилжамга ҳамда юқори нафас йўллариининг тез-тез шамоллашига мойиллик безовта қилади. Бемор кўздан кечирилганда, пальпация ва перкуссияда бўлмачалараро дефектга хос белгилар бўлиши адабиётларда ёритилмаган, лекин нуқсон ўлчами катта бўлганда, унинг рангпарлиги кўзга ташланади. Юқорида таъкидланган чапда II қовурға оралиғида эшитилувчи юмшоқ систолик шовқин интенсивлиги нафасни ушлаб турганда ва чиқарганда ошади. Ўпка артериясида II тон акценти эшитилади. Рентгенографияда ўнг қоринчанинг катталашishi, чап ўпка артерияси ўзанининг узайиши ва бўртиб чиқиши, аорта равоғининг кичрайиши, ўпка суратининг гиперволемиа ҳолатида бўлиши қайд этилади. ЭхоКГ текшируви нафақат дефект ўлчами, балки

жойлашган жойини (овал тешик, паст ёки юкори) аниқлашга имкон беради. Юрагида бўлмачалараро дефекти мавжуд бўлган беморлар аниқланса, УАВ уларни иктисослаштирилган кардиохирургия бўлимларига юбориши лозим.

Шунингдек, систолик шовкин ўпка артерияси устида ўпка веналари аномал дренажида ҳам аниқланади. Бу нуксон аксарият ҳолларда бўлмачалараро дефект билан бирга келади. Ўпка веналарининг тўлиқ аномал дренажида уларнинг чап бўлмача билан алоқаси бутунлай бўлмайди. Бунда кичик ва катта қон айланиш доиралари бўлмачалар орасидаги дефект орқали боғланади. Беморлар ҳаво етишмаслик ҳиссига ва тез чарчашдан шикоят қиладилар. Перкуссияда юрак чегаралари ўнгга силжиган бўлади. Тўш суяги чап томонида II- III қовурга оралигида систолик шовкин билан бир қаторда, унинг пастки қисмида диастолик шовкин, ўпка артерияси устида эса II тон кучайганлиги қайд этилади. ЭКГ да электр ўқи ўнгга силжиган, ўнг бўлмача ва қоринча гипертрофияси белгилари, рентгенографияда ўпка сурати кучайган, ўпка артерияси равоғи бўртиб чикқан. ЭхоКГ ташхисни консиз тасдиқлашнинг асосий усулларидан бири ҳисобланади. Радикал даволаш учун беморни ихтисослаштирилган жарроҳлик бўлимига юбориш лозим.

Тўш суяги чап ёнида (6-чизма) II –III қовурга оралигида диастолик шовкин ўпка артерияси қопқоклари етишмовчилигидан пайдо бўлади. Ушбу юрак нуксониди ўнг қоринча диастоласи вақтида ўпка артерияси қопқокчаларининг тўлиқ ёпилмаслиги сабабли қон артериядан ўнг қоринчага қайтиб тушади. Беморлар ҳаво етишмаслик ҳисси, юрак уриб кетиши, қувватсизлик ва уйқучанликдан шикоят қиладилар. Кўздан кечирганда, яққол намоён бўлган цианоз, тўш суягидан чапда II –III қовурга оралигида ва ханжарсимон ўсимта атрофида систолик пульсация аниқланади. 10-расмда ўпка артерияси қопқокчалари етишмовчилигида шовкиннинг эшитилиш жойи ва унга хос бўлган юрак ичи гемодинамикаси, ЭКГ, ФКГ белгилари келтирилган.

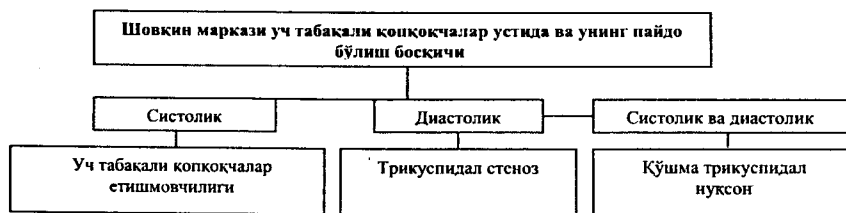


10-расм. Ўпка артерияси қопқокчалари етишмовчилиги

Аускультацияда диастолик шовкин билан бир қаторда, ўпка артерияси устида II тон акцентни эшитилади. ЭКГда ўнг қоринча гипертрофияси ва зўриқиши белгилари, рентгенографияда ўнг қоринчанинг кескин катталашиши (баъзан ўнг юрак-диафрагмал бурчагида қўшимча ёй пайдо бўлиши), чап ўпка равоғининг узайиши, бўртиб чиқиши ва кучли пульсацияси аниқланади. ЭхоКГ ёрдамида гемодинамик ва анатомик ўзгаришлар (шу жумладан, қопқоқчаларнинг етишмаслик даражаси) тўғрисида батафсил маълумот олиш мумкин. Ўпка артерияси қопқоқчалари етишмаслиги нуқсонига аксарият ҳолларда ревматизм (диастолик шовкин юракдаги бошқа шовкинлар билан бирга келиши, ревматизмнинг бошқа мезонларининг мавжуд бўлиши), бактериал эндокардити (узок муддатли иситмалаш, тромбоземболик синдром, жигар ва талокнинг катталашиши, камқонлик, терида геморрагик тошмалар ва мусбат гемокультура), атеросклероз (ёши 60 дан ошган кишиларда диастолик шовкин, атеросклерознинг умумий ва чегараланган белгиларининг аниқланиши) ва қопқоқчаларнинг нисбий етишмовчилиги (ўпка гипертензияси билан кечувчи нафас аъзолари касалликлари, кичик қон айланиш доирасидаги бирламчи томир гипертензияси) сабаб бўлади. Тўш суягидан чапда II–III қовурға оралиғида систолик ва диастолик шовкин (6-чизма) очик артериал йўлак (аорта–ўпка артерияси дефекти) туғма нуқсони бўлганда аниқланади. Бу нуқсон бола туғилгандан сўнг юқориға чикувчи аорта ва ўпка артерияси равоғи орасидаги тўсик ёпилмасдан сақланиб қолиши натижасида юзага келади. Бунда қонни аортадан (босим унда юқори бўлганлиги сабабли) ўпка артерияси равоғига ўтиши ва кичик қон айланиш доираси орқали қайта чап қоринчага келиши кузатилади. Беморлар ҳаво етишмаслиги, қувватсизлик, тез чарчаш, кардиал оғриқлар шикоят қиладилар. Кўздан кечирганда ва объектив кўриқда тери қопламлари рангпар, систолик қалтираш ва юқори пульс босими аниқланади. Аускультацияда юқорида қайд этилган маркази тўш суягидан чапда II қовурға оралиғида бўлган донмий систоло-диастолик шовкин эшитилади. Адабиётларда уни тегирмон айланганда ёки паровоз туннелдан ўтганда ҳосил бўладиган овозга ўхшатишади. Айрим муаллифлар машина шовқини деб ҳам атайдилар. Беморларда юқори систолик ва паст диастолик босим қайд этилади. ЭКГда чап қоринча гипертрофияси, рентгенографияда юрак митрал шакли (конфигурацияси), чап ва ўнг қоринчалар, чап бўлмачанинг катталашиши, аортанинг кенгайиши, чап ўпка артерияси равоғининг узайиши ва бўртиб чиқиши аниқланади. Ташхисни тасдиқлашда ЭхоКГ (доплерография) текшириш усули муҳим аҳамиятга эга. Беморлар ихтисослаштирилган бўлимга юборилиши лозим. Аортаграфия ўтказилгандан сўнг даволаш жаррохлик амалиётини ўтказиш орқали амалга оширилади. Ўз вақтида радикал даво чоралари қўлланилмаса, беморларда ўпка гипертензияси ёки бактериал эндокардит ривожланиши мумкин.

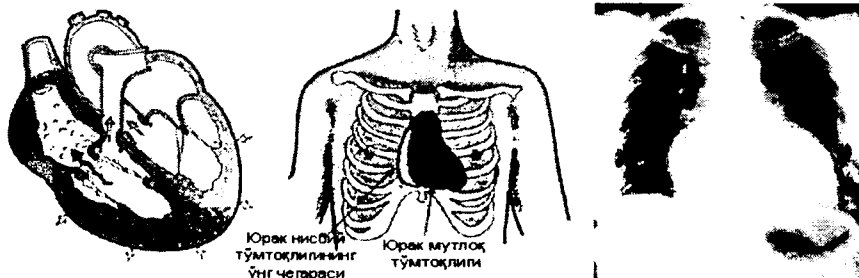
Шовкин маркази ханжарсимон ўсма асосида бўлса, унинг систолик, диастолик ёки иккала шовқинни бирга келишига қараб (7-чизма)

ўнг бўлмача ва қоринча ўртасидаги тешик (уч табақали қопқоқчалар) нуқсонлари тўғрисида фикр юритилади.



7- чизма

Агарда у ерда систолик шовкин эшитилса, уч табақали қопқоқчалар етишмовчилиги тўғрисида ўйлаш лозим. 11-расмда ушбу нуқсонга хос бўлган юрак чегараларининг ўзгариши, юрак ичи гемодинамикаси ва рентгенографик ўзгаришлар келтирилган. Ушбу нуқсон якка ҳолда жуда кам учрайди ва одатда митрал нуқсонларнинг асорати кўринишида (нисбий етишмовчилик) намоён бўлади.



11-расм. Уч табақали қопқоқчалар етишмовчилиги

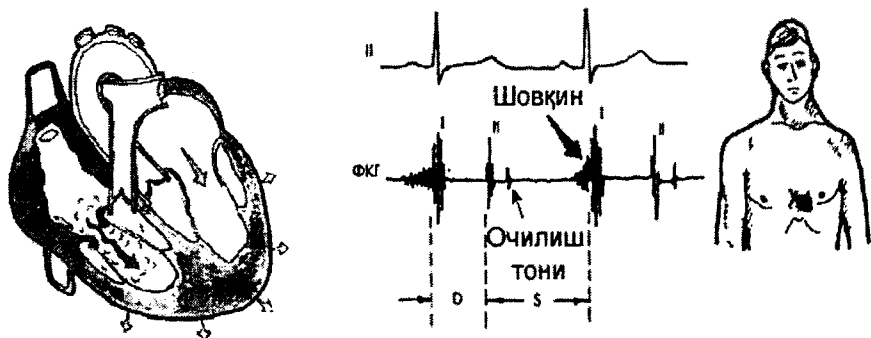
Уч табақали қопқоқчалар яхши ёпилмаслиги сабабли қон систола вақтида қайта ўнг бўлмачага ўтади ва бу катта қон айланиш доирасида веноз димланишга олиб келади. Бемор шикоятлари ҳам (чанқаш, чап қобирға ёйи остида оғриқ хисси ва оғриқ) ушбу гемодинамик ўзгариш билан боғлиқ. Обьектив кўрикда бўйин томирларининг шишиши ва систолик пульсация, яқкол намоён бўлган акроцианоз, юрак чегараларининг ўнгга силжиши, оёқларда шиш ва қоринда асцит аниқланади. Юқорида таъкидланганидек, уч табақали қопқоқчалар етишмовчилигида ханжарсимон ўсма устида систолик шовкин эшитилиши хос бўлса ҳам, унинг маркази баъзан тўш суяги ўнг ёки чап томонида IV–V қобирға оралиғида бўлиши мумкин. Бу ўлчам анча катталашган ўнг бўлмачанинг бурилиши билан боғлиқ. Шу билан бир қаторда, ушбу нуқсон аксарият ҳолларда митрал қопқоқчалар

нуқсонлари оқибатида ривожланишини эътиборга олсак, беморда уларга хос шовқинлар аниқланишини эсда сақлашимиз лозим.

ЭКГда ўнг қоринча ва бўлмачанинг гипертрофияси, Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси, рентгенографияда юракнинг митрал шакли (аксарият ҳолларда ушбу нуқсон митрал стеноз оқибатида юзага келганлиги сабабли), ўнг бўлмача ва қоринчанинг катталашishi, юқори ярим венанинг кенгайishi аниқланади. ЭхоКГ ёрдамида гемодинамик ўзгаришлар, юрак бўлимлари ўлчамлари билан бир қаторда, стишмовчилик даражасини аниқ баҳолаш мумкин. Ушбу нуқсонга ревматизм (аортал стенозни юракдаги бошқа шовқинлар билан бирга келиши, ревматизмнинг бошқа мезонларининг мавжуд бўлиши) бактериал эндокардит (узок муддатли иситмалаш, тромбоземболик синдром, жигар ва талокнинг катталашishi, камқонлик, терида геморрагик тошмалар ва мусбат гемокультура), камрок ҳолларда захм, ингичка ичак картестеноиди, иккиламчи (митрал, аортал ва туғма нуқсонлар, нафас аъзоларининг ўпка гипертензияси билан кечувчи касалликлари, кичик қон айланиш доирасининг бирламчи томир гипертензияси) сабаблар оқибатида юзага келиши мумкин.

Ханжарсимон ўсма асосида диастолик (6-чизма) шовқин эшитилиши трикуспидал стенозга хос аускультатив белги ҳисобланади. Бунда ўнг бўлмача ва қоринча орасидаги тешикнинг кичрайishi қон ўтишига тўсқинлик қилади ва қорин дам бўлиши ва шишлардан шикоят қиладилар. Объектив кўриқда бўйин вена томирларининг бўртиб туриши ва диастола вақтида пульсация, юзнинг шишинқираши, жигарнинг катталашishi, юрак чегараларининг ўнгга силжиши, асцит, танада шишлар, ханжарсимон ўсма асосида диастолик қалтираш аниқланади. Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, ушбу нуқсоннинг классик аускультатив белгиси ханжарсимон ўсма асосида эшитилувчи нафас олганда, кучаювчи диастолик (пресистолик ёки протодиастолик) шовқин ҳисобланади. Баъзан ўпка артерияси устида II тон сусайishi мумкин. ЭКГда яққол намоён бўлган ўнг бўлмача гипертрофияси (P-pulmonale) белгилари рентгенографияда ҳам унинг катталашганлиги аниқланади. Лекин трикуспидал стеноз аксарият ҳолларда митрал ва аортал қопқокчаларининг оқибатида ўнг бўлмачада босим кўтарилиб, катта қон айланиш доирасида веноз димланишга олиб келади. Беморлар ушбу димланишга хос бўлган чанқаш, кекириш, чап қобирға ёйи остида оғрик, нуқсонлари билан бирга келишини инobatга олсак, беморларда сўнги нуқсонларга хос бўлган ўзгаришлар ҳам кузатилишини эсда тутиш лозим. ЭхоКГ ёрдамида беморда қайси бир юрак нуқсони устунлиги кузатилаётганлиги билан бир қаторда, трикуспидал тешик торайishi даражасини ҳам аниқлаш мумкин. Ушбу нуқсонга ревматизм (аортал стенозни юракдаги бошқа шовқинлар билан бирга келиши, ревматизмнинг бошқа мезонларини мавжуд бўлиши), бактериал эндокардит (узок муддатли иситмалаш, тромбоземболик синдром, жигар ва талокнинг катталашishi, камқонлик, терида геморрагик тошмалар ва

мусбат гемокультура), кам ҳолларда чап бўлмача ёки қоринча тромби (МИдан кейин), ўнг бўлмача миксомаси (ўпка инфаркти билан кузатилиши, тана ҳолати ўзгарганда шовқин характерининг ўзгариши, турли ритм бузилишларининг кузатилиши) сабаб бўлади. Касалликни радикал даволаш ихтисослаштирилган бўлим ёки шифохонада жарроҳлик амалиёти ёрдамида ўтказилади. Ундан сўнг беморлар доимий равишда УАВ назоратида бўладилар. 12-расмда ушбу нуқсонга хос бўлган юрак ичи гемодинамикаси ЭКГ ва ФКГ белгилари келтирилган.



12-расм. Ўнг бўлмача қоринча тешикчасининг стенози

Аускультацияда маркази ханжарсимон ўсма асосида бўлган систолик ва диастолик шовқин (7-чизма) эшитилса, беморда уч табақали қопқоқчалар этишмовчилиги, ўнг бўлмача ва қоринча орасидаги тешик торайиши нуқсони биргаликда эканлигидан далолат беради. Унда объектив кўрикда, ЭКГ, рентген ўзгаришларида ва ЭхоКГда ҳар иккала нуқсонга хос ўзгаришлар аниқланади. Лекин беморда улардан бирининг устунлиги кузатилса, шунга хос белгилар яққолроқ намоён бўлиши мумкин.

Юқорида баён этилган юрак нуқсонлари беморларда айрим ҳолларда қўшалок (митрал этишмовчилик ва стеноз ёки бошқа кўринишларда) ва биргаликда (митрал стеноз + аортал этишмовчилик, митрал этишмовчилик + аортал стеноз + уч табақали қопқоқчалар этишмовчилиги ва бошқалар) келиши мумкин (8-чизма). Бу ҳолда УАВ диққат билан аускультация ўтказиб шовқин марказларини аниқлаши, бемор анамнези, шикоятлари ҳамда объектив кўриқдан сўнг ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭхоКГ ўтказиб ташхис тўғрисида қарор қабул қилиши лозим. Мисол, аускультацияда юрак чўққисиди систолик ва диастолик шовқин, Боткин-Эрб нуқтасида бошқачароқ жарангдорликдаги диастолик шовқин, аортада қўпол систолик шовқин. Аралаш (систолик ва диастолик) шовқин жойлашган марказ бўйича қўшалок митрал нуқсон, Боткин-Эрб нуқтасидаги шовқин – аорта этишмовчилиги белгиси, сўнгги қайд этилган систолик шовқин маркази – аорта равоғи стенози дейишга асос бўлади. Хулоса: юракнинг қўшалок ва биргаликдаги

нуқсони – митрал ва аортал копоқочалар ҳамда улар тешигининг етишмовчилиги ва стенози.

УАВ беморларни кўрик вақтида юрагида шовкин борлигини аниқласа, объектив кўриқдан кейин қуйидагиларни бажариши шарт:

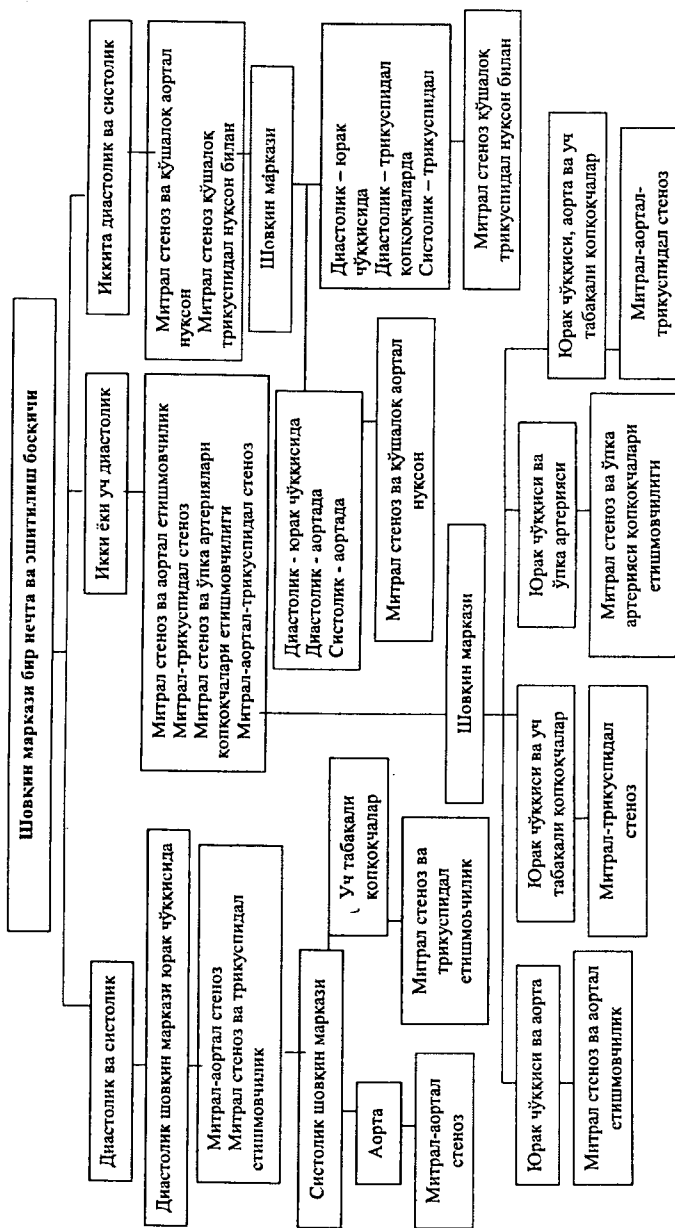
- ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенографияси ва ЭхоКГ текширувидан ўтказиш;

- юрак нуқсонини орттирилган бўлса, унинг сабабларини (мутахассис шифокор билан ҳамкорликда) аниқлаш ва кўрсатмалар бўлса шифохонага ётқизиш;

- асосий касаллик фаоллик даврида бўлса ёки беморда СҚАЕ белгилари аниқланса, уни (мутахассис шифокор билан ҳамкорликда) этиологик, патогенетик ва симптоматик даволаш (**даволаш тамойиллари асосий касаллик баён қилинган тегишли маърузаларда ёритилган**) чораларини кўриш;

- юрак нуқсонини орттирилган ёки туғма бўлишидан қатъи назар, беморни ихтисослаштирилган жарроҳлик бўлими ёки шифохонасига (у ерда ташхисни аниқ тасдиқлаш учун бемор мураккаб – вентрикулография, юракни зондлаш ва бошқа текшириш усулларидадан ўтказилади ҳамда радикал даволаш масаласи ҳал этилади) юбориш;

- эсда тутинг, айрим юрак нуқсонларида ўз вақтида ўтказилган жарроҳлик амалиёти ёрдамида бемор ҳаёти сақлаб қолинади.



8-чизма. Қўп марказли шовқинлар

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Ўткир ревматик иситмалаш, юракнинг бирламчи шикастланиши, фаол даври, фаоллик II даража. Митрал қопқоқчалар етишмовчилиги;
- ✓ Ўткир ревматик иситмалаш, юракнинг бирламчи шикастланиши фаол даври, фаоллик II даража. Митрал қопқоқчалар етишмовчилиги ва аорта тешигининг торайиши. СҚАЕ II Б. ФС III;
- ✓ Сурункали ревматик касаллик. Митрал қопқоқчалар (ёки аортал) етишмовчилиги (ёки митрал ёки аортал тешиқлар торайиши);
- ✓ Юракнинг туғма нуқсони: Фалло триадаси – бўлмачалар аро тўсик дефекти, ўпка артерияси стенози, ўнг коринча гипертрофияси;
- ✓ Юракнинг туғма нуқсони: очик артериал йўлак.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врождённые пороки сердца. Москва: Медицина, 1991.
2. Наумов Л.Б., Гаевский Ю.Г., Бессонов А.М., Меркушев В.В. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. Ташкент: Медицина, 1979.
3. Орлова Н.В., Парийская Т.В. Приобретённые пороки сердца у детей. Ленинград: Медицина, 1979.
4. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
5. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. ОАО «Медицина», 2003.
6. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.
7. Справочник по электрокардиографии (перевод с английского Повзуна С.А.). Санкт-Петербург: Питер, 2000.
8. Чязов Е.И. Руководство по кардиологии. Москва: Медицина, 1992, тома-2, 3.

КАРДИОМЕГАЛИЯЛАР

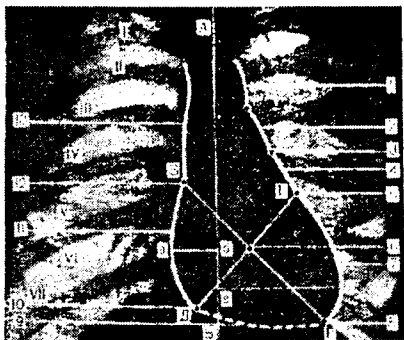
Айрим беморлар гарчи ўлимга маҳкум эканликларини билсаларда фақатгина врачнинг маҳоратига ишонганликлари сабабли соғаядилар

Гиппократ

Юрак ўлчамларини меъёридан ортиқ кенгайишига кардиомегалия деб аталади. Бунга унинг камераларидан бири ёки бир нечтасининг кенгайиши, миокард гипертрофияси ёки инфильтрацияси, коринчалар аневризмаси ва перикардда суюқлик тўпланиши сабаб бўлади. Кардиомегалияга олиб келган сабаблар ҳамда унинг кечишини чуқур таҳлил қилиш учун УАВ юракни асосий анатомик тузилиши ва физиологик фаолиятини яхши билиши лозим. Юрак тўрт камерали аъзо бўлиб, чап ва ўнг бўлмача ҳамда коринчалардан тузилган. У инсон ҳаёти давомида насос механизми асосида тўхтовсиз фаолият кўрсатади ва бир марта қисқарганда 60-75 мл (систолик ёки зарб ҳажми), бир дақиқада 4,5-5.0 литр, бир кеча-кундузда 100.000 марта атрофида қисқариш оқибатида 7.200 литр, бир йилда эса 2.500.000 литр қон отиб беради. Агар инсон ўртача 70 йил умр кўрса, шу вақт давомида юрак 2,5 миллиард марта қисқаради ва 175.000.000 литр қонни аортага ҳайдаб чиқаради. Унинг қисқариши натижасида мунтазам равишда кичик ва катта қон айланиши доираларида қоннинг айланиб юриши таъминланади.

Юрак олдинги кўкс ораллиғини $\frac{1}{3}$ қисмини эгаллаб, плевралар ҳамда диафрагмани тоғай қисми ораллиғида жойлашган. Унинг шакли инсон ёши, жинси, конституционал тузилиши ва мавжуд патологик жараён билан узвий боғлиқдир. Тўғри проекцияда соғлом кишида юракни ўртача ўлчамлари: узунлиги (асосидан чўққига қадар) 10-15 см, кенлиги (асосида) 8-11 см, айланасининг энг катта жойи 28-30 см бўлиб оғирлиги катта ёшдагиларда 200-400 гр. атрофида. (1-расм).

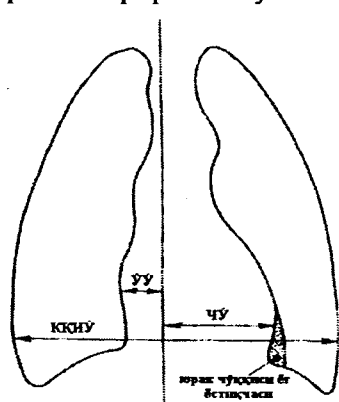
АБ – ўрта чизик; ВГ – юрак ўқи проекцияси; ДЕ – юрак кўндаланг ўлчами проекцияси (асос – «юракнинг эни»); а-б – ўнг қоринчаниннг энг катта ўлчами; в-г – чап қоринчаниннг энг катта ўлчами; 1 – аорта ёйи контури; 2 – чап ўпка артерияси ўзаниннинг контури; 3 – чап бўлмачаниннг юқори нуктаси; 4 – чап бўлмача контури; 5 – чап қоринчаниннг юқори нуктаси; 6 – қоринчалар асосининг ўрта нуктаси; 7 – чап қоринча контури; 8 – юрак чўққиси; 9 – юракнинг пастки



1-расм. Юракнинг рентгенограмадаги нормал контури.

чегараси; 10 – ўнг қоринчанинг юқори нуқтаси; 11 – ўнг бўлмача контури; 12 – ўнг бўлмачанинг юқори нуқтаси; 13 – юқори ковак вена контурлари;

Юрак перикард (унинг висцерал варағи эпикард деб аталади), миокард ҳамда эндокард қатламлардан иборат бўлиб, мушак қавати унинг асосий қисмини ташкил этади. Бўлмачаларда унинг ўртача калинлиги 2-3 мм, ўнг қоринчада 3-6 мм, чап қоринчада эса 10-12 мм га тенг. Юқорида таъкидлаганимиздек, турли жараёнлар таъсирида (кўпроқ паталогик) юрак ўлчамлари (асосан миокард ҳисобига) катталашishi ва кенгайishi (кардиомегалияга учраши) мумкин. Уни ташхислашда кардиоторакал индексини (2-расм) аниқлаш амалий аҳамиятга эга. Шунинг учун кардиомегалияга шубҳа туғилганда, УАВ беморларда кўкрак қафаси рентгенографиясини ўтказиб, ушбу кўрсаткични аниқлашлари лозим.



2-расм. Кардиоторакал индекс

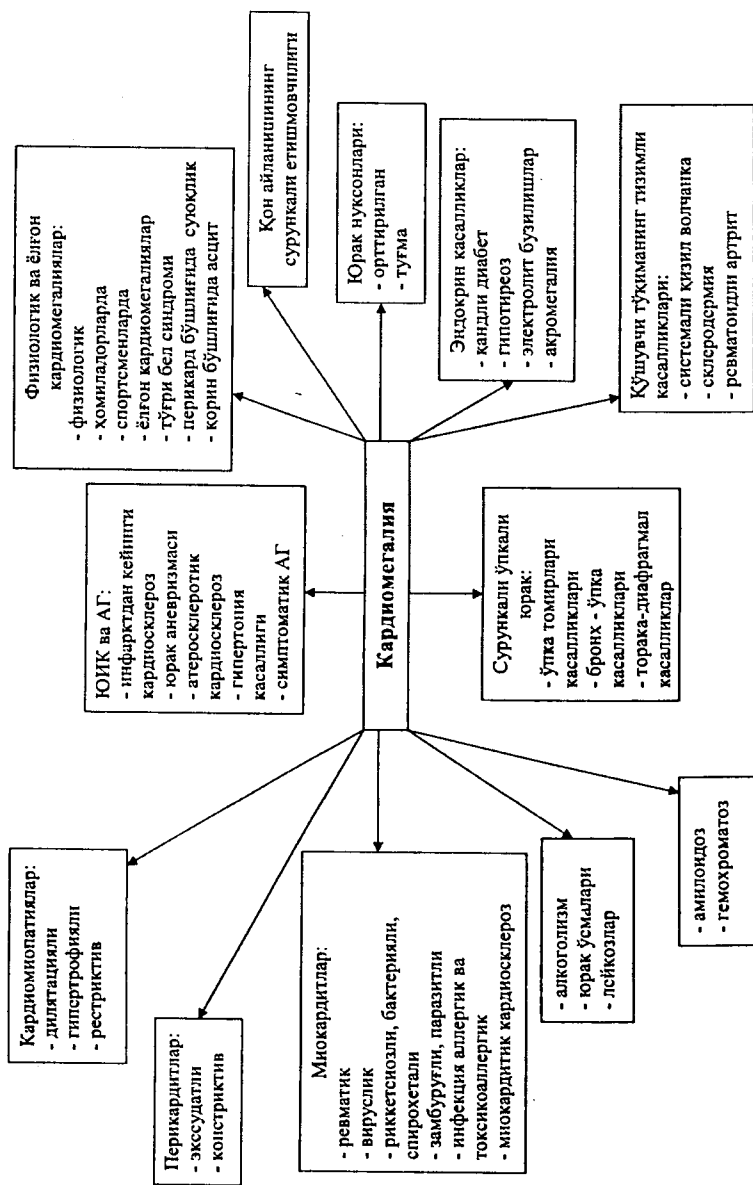
(КТ). КТ индекс юрак кўндаланг ўлчамини ($\text{ЎЎ} + \text{ЧЎ}$) (юрак чўққиси ёғ ёстиқчаси буцдан мустасно) кўкрак қафаси ички ўлчамига (КҚИЎ) бўлганда чиққан сонга тенг: $\text{КТ индекс} = (\text{ЎЎ} + \text{ЧЎ}) : \text{КҚИЎ}$, бу ерда ЎЎ – ўрта чизикдан юрак ўнг чегараси қабашиб чиққан жойга қадар, ЧЎ – ўрта чизикдан юрак чап чегарасининг қабашиб чиққан жойига қадар.

Ушбу синдромга олиб келган сабаб окибатида беморларда юракнинг айрим қисмлари, кейинроқ эса тотал (баъзан бошланғич даврдан тотал) кардиомегалия кузатилади.

Кардиомегалиянинг ҳақиқий, физиологик ва ёлгон турлари фарқланади. Унга олиб келувчи асосий касалликлар I-чизмада келтирилган.

УАВ кардиомегалия борлигига шубҳа қилганда, беморга куйидаги саволларни бериши лозим. Улардан биринчи саккизтаси кардиомегалия сабабини аниқлашга, қолган олтитаси эса юрак қон-томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолашга ёрдам беради:

1. Илгари сизнинг юрагингизда шовқинлар борлиги аниқланганми ёки ревматизм ташхиси қўйилганми?
2. Сизда қон босими кўтарилиши ҳолатлари бўлганми?
3. Спиртли ичимликлар истеъмол қиласизми ва қанча миқдорда?
4. Сиз яқин ўтмишда ўпкангизга асорат берган вирусли инфекция ёки грипп билан касалландингизми?
5. Яқинда ҳомиладор бўлдингизми (ёш аёлларда кардиомегалия аниқланганда, уларни яқинда ҳомиладор бўлганлиги хусусан тез чарчаш ёки унинг учинчи триместрида ва туғруқдан кейин ҳансирашнинг пайдо бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Чунки ушбу даврда аниқланмаган кардиомегалия зўрайиши мумкин)?



1-чизма. Кардиометалияга олиб келувчи сабаблар

6. Ўзингизда ёки яқин қариндошларингиздан бирортасида ҚД касаллиги борми?

7. Сизда юрак хуружлари ёки кўкрак қафасида оғриқлар бўлганми?

8. Сиз ҳозир ва яқин ўтмишда қандай дорилар қабул қилгансиз?

9. Тез чарчайсизми?

10. Охирги вақтда жисмоний иш бажариш сиз учун қийинчилик туғдирмайдими?

11. Жисмоний зўриқиш вақтида ва ундан сўнг ҳаво етишмаслик ҳиссини сезасизми?

12. Ўтирган, турган ёки ётган ҳолда нафас олиш сиз учун оғир эмасми?

13. Тунлари сизда йўтал ёки хириллаб нафас олиш ҳоллари кузатиладими?

14. Оёқларингизнинг пастки қисмида кўпроқ куннинг охирида шишлар пайдо бўлганини аниқлаганмисиз?

Бемор шикоятлари ва анамнезини таҳлил қилиш билан бир қаторда, уни келтириб чиқарган сабабидан қатъи назар, ҳақиқий кардиомегалияга хос қуйидаги белгиларни шифокор яхши билиши лозим:

▶ юрак чегаралари кенгайган ва тонлари бўғиқ ёки бўғиқлашган;

▶ юрак чўққисида I ва II тон сусайган;

▶ прододиастолик ёки пресистолик галоп ритми;

▶ митрал ва трикуспидал қопқоқчаларнинг нисбий етишмовчилиги (регургитация шовқинлари);

▶ функционал митрал стеноз ёки ўпка артериясининг нисбий етишмовчилиги нагижасида юзага келган диастолик (Флинт ва Грекхем-Стил) шовқинлари;

▶ юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши;

Кардиомегалияни аниқлаш ва юракдаги анатомик ҳамда физиологик ўзгаришларни баҳолашда ЭхоКГ (шу жумладан, икки ўлчамли доплерография) текшириш усули муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун кардиомегалияга чалинган барча беморлар ушбу текширувдан ўтишлари лозим.

Юқорида санаб ўтилган умумий белгилар билан бир қаторда, беморда кардиомегалияга олиб келган касалликка хос бўлган қатор белгилар кузатилади (шу жумладан, физиологик ва псевдокардиомегалияларда). Қуйида биз уларга қисқача тўхталиб ўтаемиз.

Физиологик ва ёлгон кардиомегалиялар

Физиологик кардиомегалиялар ҳомиладорлик даврида организмда айланиб юрган қон ва юрак қон отиб бериш ҳажмининг ошиши оқибатида юзага келади. Ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида унга сабаб диафрагманинг юқори туриши ҳисобланади.

Спортчиларда коринчалар сўнгги диастолик ўлчами ошиши, унинг физиологик гипертрофияси ёки ўлчамларининг катталашishi, зарб ҳажмининг ошиши ва брадикардия физиологик кардиомегалияга олиб келади. Кўпроқ узоқ масофага югурувчилар, сузувчилар, альпинистлар ва

лижада учувчиларда кузатилиб, юрак камераларининг меъёрнинг юқори чегарасидан ошмайди даражадаги дилатацияси ва гипертрофияси кузатилади. Лекин юрак мушакларининг керагидан ортик таранглашиши спортчиларда ҳам унинг дистрофиясига ва патологик жараёнлар ривожланишига олиб келиши мумкин. Бунда жараён аста-секин кучайиб, юрак камералари кенгайиши давом этади. Илк даврларда спортчиларга хос бўлган брадикардия ва паст ҚБ сақланиб қолса ҳам, кейинроқ касалликнинг кечиши (сўнгги ҳолда физиологик эмас, балки патологик кардиомегалия тўғрисида сўз боради) беморни ўзини қандай тутишига боғлиқ. Тегишли чоралар кўрилмаса, бемор аҳволи ёмонлашиб, СЮЕ ривожланади ва турли ритм ҳамда ўтказувчанлик бузилишлари кузатилади. ЭКГда синусли брадикардия, Р тишчалари амплитудаси пасайиши, чап кўкрак тармоқларида QRS комплекси ва Т тишчаси амплитудаси кўтарилиши, III, AVF тармоқларда манфий Т, кўкрак тармоқларида S-T сегментининг бир оз ўрта чизикдан пастга тушиши каби ўзгаришлар ҳам аниқланиши мумкин. ЭхоКГ спортчиларда ҳам кардиомегалияни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Даволаш чора-тадбирлари ривожланган СЮЕ га қаратилган бўлиши ҳамда спортчи аста-секин оғир юкламалардан озод қилиниши лозим.

Ёлғон кардиомегалиялар

Экссудатли перикардит - ушбу касалликда перикард бўшлиғида суюқлик тўпланганлиги сабабли юрак чегаралари катталашади. Айрим ҳолатларда (суюқлик кўп бўлганда) кўкрак қафасининг юрак олди соҳаси туртиб чиқиб, ковурағалар оралиғи текислашади. Чўкки турткиси сусайиб, ўрта ўмров чизигидан 3-4 ковураға оралиғига силжиганлиги аниқланади. Бемор чалқанча ётганда, юрак чўкки турткиси баъзан умуман аниқламайди. Перкуссияда юрак усти тўмтоқлиги ҳар иккала томонга кенгайди, нисбий тўмтоқлик соҳаси қисқаради, баъзан эса умуман йўқолади. Аускультацияда юрак тонлари бирмунча бўғиклашиши аниқланса ҳам, у кўпроқ миоген дилатация билан боғлиқ бўлиши мумкин. Баъзан (айниқса, бошни орқага қилганда) чуқур нафас олганда, перикард ишқаланиш шовқини эшитилади ва жарангдорлиги тана ҳолатига боғлиқ ҳолда ўзгаради. Мабодо катталашган юрак қизилўнғачни сиқиб қўйса, дисфагия, трахеяга, диафрагмага ва адашган ҳамда орқага қайтувчи нервларга рефлектор таъсир этса, курук йўтал, афония, хикичок, кўнгил айниш, қайт қилиш белгилари пайдо бўлишига сабаб бўлади. Перикардитни келтириб чиқарган (сил, уремия, қўшувчи тўқиманинг тизимли касалликлари, ўсмалар, микседема) касалликка хос бўлган бошқа белгилар ҳам беморда кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши жадал кўпайиб тампонадага олиб келади.

ЭКГ да унинг тишчалари вольтажининг пасайиши кайд этилади. ЭхоКГ экссудатли перикардитни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга бўлса ҳам, суюқлик характерини аниқлашда перикардни пункция қилиш лозим. Гидроперикардитда суюқликнинг нисбий зичлиги 18 дан, оксил 3% дан

кам ва риволт синамаси манфий бўлади. Суюклик йиғилишига микседема сабаб бўлган ҳолларда у сариқ лимон рангида бўлиб, шиллиқли хусусиятга эга, аммо оксил 3% дан кўп бўлиши мумкин. Экссудатли перикардитни даволаш уни келтириб чиқарган асосий касалликка қаратилган бўлиши керак. Суюкликнинг кўп йиғилиши пункция қилиб олиб ташлашга кўрсатма ҳисобланади.

Констриктив перикардит

Констриктив перикардитда ёлғон кардиомегалия кузатилиб, юрак ўлчамлари унча катта бўлмаган даражада катталашади. Сил касаллиги, йирингли перикардитлар, юрак соҳасидаги жароҳатлар, камрок ҳолларда у ерда ўтказилган жаррохлик амалиёти, баъзан ревматик перикардит унинг констрикциясига олиб келади. Сунгги йилларда вирус ва бактериал инфекциялар, нур билан даволашдан кейин констриктив перикардит ривожланганлиги тўғрисида адабиётларда маълумотлар келтирилган. Касалликнинг илк даврларида беморларнинг юзлари бир оз шишинқираган бўлиб, бўйин веналари бўртиб туради. Улар ҳаво этишмаслигидан шикоят қилсалар ҳам, бемалол горизонтал ҳолатда ётадилар. Пульс кичик тўлиқликда бўлиб, юрак тонлари ўз жарангдорлигини сақлаб қолади. Ушбу даврда унинг чегараларида деярли ўзгариш аниқланмайди. Жигар ўлчамлари катталашган ва қаттиқлашган бўлади. Констриктив перикардитни яққол намоён бўлиш даврида озгина жисмоний зўриқишда ҳам беморларда ҳаво этишмаслик, юқори ковак вена ва портал тизимда димланиш белгилари кузатилади. Жигар функционал ҳолатидаги ўзгаришлар констрикция сабаби бартараф этилгач, қайта тикланиши мумкин. Юрак соҳаси кўздан кечирилганда, чўкки турткиси аниқланмайди, сусайган пародоксал пульс ва паст ҚБ кайд этилади. Юрак аускультациясида тахминан 50% беморларда постсистолик галоп ритми эшитилади. Айрим ҳолларда ҳилпилловчи аритмия кузатилиши мумкин. Касаллик дистрофик босқичга ўтганда анасарка, жигар фаолияти кескин бузилиши оқибатида ривожланган гипопро테인емия натижасида организм бўшлиқларида сув йиғилади ва трофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Рентгенографияда юрак соялари текислашган бўлиб, ёйларини аниқлаш қийинлашади. Айрим ҳолларда юрак этик кўринишини олади ва юқори ковак вена кенгайган бўлади. ЭКГда Р тишчалари кенгайган, QRS комплекси пасайган. Констриктив перикардитни ташхислашда ЭхоКГ текширувини ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касалликка шубҳа бўлганда, УАВ беморни мутахассис шифокорга юбориши керак. Даволаш чора-тадбирлари асосий касалликка қаратилган бўлиши ва зарурат бўлганда, жаррохлик амалиётидан фойдаланиши лозим.

Артериал гипертензия

ГК ва САГ юрак ўлчамлари катталашшига олиб келувчи кенг тарқалган паталогик ҳолат ҳисобланади. Аксарият ҳолларда унинг оғирлик даражаси ва кардиомегалия бир-бирига мос келади. Беморларда аввал чап қоринча чўкки қисмидан аорта қопқоқчалари оралиғидаги мушакларнинг концентрик

гипертрофияси ривожланади. Ушбу даврда чап қоринча катталашishi белгиларини физикал усуллар ёрдамида аниқлашнинг имкони бўлмаса ҳам, юрак чўққи турткисининг кучайishi (айниқса,, чап томонда ётганда) қайд этилади. Яққол ривожланмаган АГда ушбу ҳолат йиллаб чўзилиши мумкин. Кейинроқ чап атриовентрикуляр тешиқдан юрак чўққисигача бўлган ораликда ҳам гипертрофия ва дилатация кузатилиб, жараён эксцентрик тус олади. Юрак чегаралари чапга ва пастга кенгайиб, чўққи турткиси баланд ҳамда кўтарилиб тушувчи бўлади. Ушбу даврда чап бўлмача ҳам кенгайиб, юрак бели текислашади. Касалликнинг сўнгги босқичларида юракнинг барча қисмлари кенгайиб, тотал кардиомегалия ривожланади. Ташхислаш учун ҚБ мониторинги, ЭКГ (чап қоринча гипертрофияси белгиларини аниқлаш мақсадида), кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭхоКГ текширишлари ўтказилади ҳамда кўз туби кўрилади. АГ тўғрисида батафсил маълумот ушбу мавзуга бағишланган маърузада ёритилган.

Юрак ишемик касаллиги

ЮИК айрим шаклларида ҳам компензатор кардиомегалия кузатилади. Инфарктдан кейинги кардиосклероз, юрак аневризмаси, атеросклеротик кардиосклероз шулар жумласидандир. Атеросклеротик кардиосклероз ташхиси сўнгги йилларда турли тафтишларга сабаб бўлаётган бўлса ҳам, аҳоли ўртасида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. Беморларда чап қоринча гипертрофияси, томир боғлами (аорта склерози) ҳисобида юрак нисбий тўмтоқлик чегарасининг чапга силжиши ҳамда юрак ичи шовқинлари аниқланади. Шовқинлар аксарият ҳолларда систолик бўлиб, юрак чўққисида (митрал копқоқчалар пролапси, склеротик зарарланиши ёки папилар мушаклар дисфункцияси оқибатида) ва аорта устида (аорта атеросклерози натижасида) эшитилади. Кейинроқ беморларда СЮЕ белгилари ривожланади. ЮИК тўғрисида батафсил маълумот «Кўкрак қафасидаги оғриқлар ва уларнинг солиштирма ташхиси» ҳамда «Шишли ацитик синдром» маърузаларида ёритилган.

Юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари

Кардиомегалияга олиб келувчи асосий сабаблардан бири юрак нуқсонлари ҳисобланади. Нуқсоннинг жойлашишига қараб касалликнинг бошланғич давларида юракнинг тегишли қисмлари гипертрофияга учраса ҳам, кейинроқ тотал кардиомегалия кузатилади. Юракнинг туғма ва орттирилган нуқсонлари ҳамда уларнинг ҳар бирига хос белгилар (шу жумладан, кардиомегалия) «Юракдаги шовқинлар» маърузасида ёритилган.

Кардиомиопатиялар

Кардиомиопатиялар миокарднинг келиб чиқиш сабаби номаълум бўлган бирламчи зарарланиш бўлиб, унда тож томирларда ўзгаришлар аниқланмайди. Касалликнинг асосий белгиси кардиомегалия ҳисобланиб, шу билан бир қаторда беморларда турли кўринишдаги ритм ва ўтказувчанлик бузилиши ҳамда зўрайиб борувчи СЮЕ кузатилади.

Дилатацион (ДКМП), обструктив гипертрофик (идиопатик гипертрофик субаортал стеноз) ОГКМП, обструктив бўлмаган гипертрофик (ОБГКМП) ва рестриктив кардиомиопатиялар фаркланади.

Дилатацион кардиомиопатиялар

Кардиомиопатияларнинг ушбу турида юрак барча қисмларининг дилатацияси иккиламчи гипертрофия билан бирга кузатилса ҳам, кўпроқ унинг қоринчалари зарарланади. Ҳозирга қадар касалликнинг келиб чиқиш сабаби номаълум, лекин илмий манбаларда Коксаки В вирусининг кардиотроп турлари чақириши мумкин, деган мунозаралар мавжуд. ЮИК фаркли ўларок, ДКМП кўпроқ 40 ва ундан ёш кишиларда кузатилади. Касаллик аксарият ҳолларда тўсатдан аниқланиб, беморлар ҳаво этишмаслик ва юрак ритми (уриши) бузилишларидан шикоят қиладилар.

Шунингдек,, уларда кейинроқ обморок ва қоллапс белгилари ҳам кузатилиши мумкин. Объектив кўриқда юракнинг барча чегаралари кенгайганлиги аниқланади. Беморда СЮЕ хос бўлган барча белгилар кузатилиб, аҳволи тез ёмонлашиб боради. Юрак чўкки турткиси сусайиб, ҚБ пасаяди. Шунингдек,, беморда биринчи тоннинг бўғиклашиши, учинчи ва тўртинчи тонларнинг пайдо бўлиши, галоп ритми, ўпка артерияси устида иккинчи тон акценти, митрал ва трикуспидал қопқокчаларнинг этишмовчилиги оқибатида пайдо бўлган систолик шовқин аниқланади. Шунингдек,, кичик ва катта қон айланиш доирасида кузатилувчи турли тромбоземболик асоратлар (кўпроқ ўпка артериясида) ва ритм ҳамда ўтказувчанлик бузилиши ҳам ушбу касалликка хошдир. ЭКГда экстрасистолиялар, Гисс тутами оёқчалари блокадаси, АВ-блокадалар, қоринчалар тахикардияси, ҳилпилловчи аритмия билан бир қаторда, миокард инфарктига хос бўлган ўзгаришлар ҳам кузатилиши мумкин. Рентгенографияда юрак чегараларининг катталашганлиги ва КТИ нинг 0,55 дан ортиқлиги қайд этилади. Тиббиётнинг бирламчи тизимида ДКМП ташхислаш ва қиёсий ташхислашда ЭхоКГ текшируви ҳал қилувчи ўрин тутаети. Шунингдек,, бемор аҳволини тўлик баҳолаш учун ихтисослаштирилган бўлимларда миокардни Т201 билан сцинтиграфия (миокарднинг шикастланиш даражасини аниқлаш мақсадида), радионуклид вентрикулография (юрак камералари кенгайганлигини аниқлаш мақсадида), ЯМР каби қўшимча текшириш усулларидан фойдаланилади. Ушбу гуруҳдаги беморлар доимий амбулатор, аҳволлари оғирлашганда эса шифохона шароитида даволанишга муҳтождир. Даво чоралари СЮЕ ни даволашга қаратилган муолажалардан иборат. Бу ҳақда «**Шиш ва ацитик синдром**» маърузасида батафсил ёритилган. Беморларда аритмияларнинг мавжудлиги унинг туридан келиб чиқиб, антиаритмик, тромбоземболиялар эса антикоагулянтларни буюришга кўрсатма ҳисобланади.

Гипертрофик кардиомиопатия

Гипертрофик кардиомиопатия (ГКМ) миокарднинг номаълум сабабларга кўра келиб чиқадиган касаллиги ҳисобланиб, кўпроқ чап қоринча ва

коринчалараро тўсиқнинг гипертрофияга учраши билан характерланади ҳамда кардиомегалияга олиб келувчи асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Кўпроқ эркаклар касалланиб, умумий популяцияда 0,5% камрок аҳолида учрайди. Илмий манбаларда касалликнинг келиб чиқишида наслий омиллар аҳамиятга эга эканлиги тўғрисида ахборотлар мавжуд.

ГКМнинг мушаклар гипертрофияси жойлашишига караб симметрик ва ассиметрик турлари фарқланади. Кейингиси ўз навбатида қоринчалараро тўсиқнинг бутунлай ёки базал қисми, шунингдек, юрак чўққи соҳаси гипертрофияси билан кечиши мумкин. Қоринчалараро тўсиқ базал қисми гипертрофиясида чап қоринча қон ўтиш йўли сиқилиб қолганлиги сабабли обструктив КМП деб аталади.

Қон ўтиш йўли бекилмаган ҳолларда эса обструктив бўлмаган ГКМ тўғрисида сўз юритилади. Касалликнинг клиник намоён бўлиши обструкция борлиги ёки йўқлиги билан бевосита боғлиқдир. Унинг обструктив бўлмаган турида касалланишнинг 3-5 йилларида жисмоний зўриқишга чидамликнинг пасайиши ва СЮЕ белгилари пайдо бўла бошлайди. Кўпчилик беморлар яққол намоён бўлмаган юрак соҳасидаги оғриқлардан шикоят қиладилар ва айримларида коронар томирлар ўзгармаган ҳолда кучли стенокардия хуружлари кузатилиши мумкин. Объектив кўриқда юрак чўққи турткисининг кучайиши ва чапга силжиши, митрал регургитация оқибатида пайдо бўлган систолик шовқин (чап қоринча диаметрининг кичрайиши сабабли пайдо бўлган митрал копқоқчалар пролапси натижасида) аниқланади. Обструктив турида клиник белгилар эрта пайдо бўлиб, беморларни ҳаво етишмаслик ҳисси, юрак уриб кетиши ва нисбий коронар етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган (чап қоринчани гипертрофияга учраб, кислородга бўлган талаби ошиши оқибатида) юрак соҳасидаги оғриқлар безовта қилади. Айрим беморларда мияда қон айланиши етишмаслиги оқибатида синкопал ҳолатлар кузатилади. Аускультацияда тўш суяги чап қирғоғида 4-қобирға оралиғида бўйин томирларига узатилмайдиган систолик шовқин ва турли ритм бузилишлари аниқланади.

ЭКГда чап қоринча гипертрофиясига хос бўлган белгилар пайдо бўлади. Баъзан ўлчамлари катталашган манфий Т ва II, III, AVF, V 5-6 тармоқларда Q тишчасининг (қоринчалараро тўсиқ кескин гипертрофияга учраган ҳолларда) пайдо бўлиши ҳамда турли ритм бузилишлари ва қайта туширилган ЭКГ, динамик ўзгаришлар кузатилмайди. Рентгенографияда кардиомегалия белгилари аниқланади. Ташхисни тасдиқлаш учун ЭхоКГ текшириш усули ҳал қилувчи аҳамиятга эга. У ёрдамида гипертрофия ўлчамлари (чап қоринча ва бўлмача, қоринчалараро тўсиқ), чап қоринча бўшлиғининг кичрайиш даражаси ва қатор функционал кўрсаткичларни аниқлаш мумкин.

Даволаш мунтазам бўлиб, БАБ ва КА (верапамил) фойдаланилади. Сўнгги йилларда улар билан бир қаторда, ААФИ ҳам қўлланилмоқда. Беморларда ритм бузилишлари кузатилса, тегишли антиаритмик дорилар тавсия этилади.

Рестриктив кардиомиопатия

Юрак қоринчалари мушаги диастолик дисфункцияси билан кечувчи ушбу касалликлар гуруҳига эндокарднинг қалинлашиши хосдир. Миокарддаги ўзгаришлар инфилтратив характерга эга бўлиб, амилоидоз, саркоидоз, гемохроматоз, Лёффлер эндокардитида (миокардити) кузатилади. Юрак чегараларининг катталашishi ушбу касалликда яққол намоён бўлмайди ва аксарият ҳолларда унинг сўнгги босқичларида аниқланади. Беморларни ҳаво етишмаслик ҳисси, жисмоний зўриқишга чидамликнинг камайishi безовта қилади. Катта қон айланиш доирасида димланиш белгилари кучайиб боради. Лёффлер эндокардитида сурункали бронхит ва бронхоспазм белгилари пайдо бўлади. Юрак тонлари бўғиклашган бўлиб, патологик III-IV-тонлар эшитилади. Умумий қон таҳлилида рестриктив кардиомиопатиянинг Лёффлер эндокардити кўринишида эозинофилларнинг кескин ошганлиги (60-80%) аниқланади. ЭКГда касалликка хос ўзгаришлар аниқланмаса ҳам, баъзан турли ритм бузилишлари ҳамда атриовентрикуляр блокадалар (фиброз ўзгаришларни A-V тугунча тарқалиши оқибатида) кузатилади.

Рентгенографияда яққол намоён бўлмаган кардиомегалия ва аорта равоғи бўйлаб пульсациянинг камайганлиги кўзга ташланади. ЭхоКГ ташхисни тасдиқлашга ёрдам беради. Қоринчалар ички ҳажми камаймаган ҳолда унинг қалинлашуви ва диастолик дисфункция аниқланади. Касаллик тўхтовсиз кучайиб бориб, даволаш симптоматик чоралардан (СЮЕ ва аритмияларни) иборатдир.

Миокардитлар

Кардиомегалия миокардитларда ҳам кузатилиб, ушбу касаллик вақтида юрак мушакларида яллиғланиш жараёнлари кечади. Лекин юрак ўлчамларининг катталашishi кўпроқ унинг оғир шаклларида учрайди.

Касаллик полиэтиологик бўлиб, пайдо бўлишида инфекция омиллари билан бир қаторда, токсик, токсико-аллергик, аллергик таъсирлар муҳим аҳамиятга эга. Илмий манбаларда юқумли омиллар ичида А ва В Коксаки ва грипп вирусларига алоҳида аҳамият берилади. Кечиши бўйича миокардитларнинг ўткир, ним ўткир ва сурункали (миокардитик кардиосклероз), мушакларнинг зарарланишига қараб диффуз ва ўчоқли турлари фарқланади. Касалликнинг бошланғич даврларида клиник белгилар кўпроқ унга олиб келган этиологик омилга (ревматизм, дифтерия, вирус ва бошқалар) боғлиқ бўлса, кейинроқ миокард яллиғланиши ва зарарланишига хос белгилар кузатилади. Яллиғланиш жараёни иситмалаш, қувватсизлик, терлаш каби спещифик бўлмаган белгилар билан намоён бўлади. Шунингдек, беморларда юрак соҳасида оғрик, ҳаво етишмаслик ҳисси, юрак уриб кетиши каби миокард зарарланишига хос белгилар кузатилади. Диффуз миокардитда эса СЮЕ белгилари пайдо бўла бошлайди.

Объектив кўрикда беморларда тахикардия, юрак ритмининг турли хил бузилишлари, регургитация оқибатида юрак чўққисида систолик

шовқин аниқланади. Касалликнинг оғир шаклларида патологик III ва IV тон аниқланиши мумкин. Миокардитни вируслар чақирганда, патологик жараёнга кўп ҳолларда перикард ҳам кўшилишини, дифтерия оқибатида юзага келган мушакларни шикастланишида эса юрак ўтказувчанлигининг оғир бузилишлари рўй беришини эсда тутиш лозим.

Лаборатор текширувларда яллиғланишга хос бўлган (нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ, С-реактив оксил, α_2 ва γ глобулинлар ошиши) белгилар билан бир қаторда, миокард зарарланишини кўрсатувчи (аминотрансферазалар, лактатдегидрогеназа - кўпроқ ЛДГ 1, креатин-фосфокеназа) ферментларнинг меъъридан кўтарилиши кузатилади. ЭКГда аксарият беморларда T тишчасидаги ўзгаришларни (икки фазали, изолинида бўлиши ёки иннервацияси) турли юрак ритми бузилишлари билан бирга келиши аниқланади. Рентгенографияда касалликнинг оғир кечишларида юрак ўлчамларининг катталашганлиги, ЭхоКГда эса унинг бўшлиқлари дилатацияси, чап қоринча қон отиб бериш ҳажмининг камайиши кайд этилади. Беморларни даволаш шифохона шароитида олиб борилиши ҳамда ярим ётоқ тартибда бўлишлари лозим. Юқумли омиллар чақирган миокардитларда даво чоралари этиологик ва СЮЕ қўшилганда, ААФИ ҳамда диуретиклар билан биргаликда ўтказилади. Ритм бузилишларида антиаритмик дорилар тавсия этилади. Юрак гликозидларини буюриш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди. Шунингдек, 4-5-ҳафта давомида НЯҚВ, аминохинолин ҳосилалари (дегагил, плаквенил) тавсия этилади.

Ўпкали юрак

Нафас аъзоларининг зарарланиши оқибатида ўпка артериялари гипертензияси сабабли юзага келган ва ўнг қоринча гипертрофияси ҳамда дилатацияси билан кечувчи патологик ҳолатга ўпкали юрак деб аталади.

Ўпкали юрак қатор касалликларнинг асорати ҳисобланиб, келиб чиқиш сабабига кўра куйидаги турлари фарқланади:

- васкулар – ўпка томирларида юзага келган ўзгаришлар оқибатида пайдо бўлувчи ушбу турига бирламчи ўпка гипертензияси, тугунчали периартериит, ўпка артерияси тромб ҳамда эмболиялари, кўкс ораллиги ўсмалари билан ўпка артериялари ёки веналарининг босилиши, аневризмалар таъсирида юзага келади;

- бронхўпка – бронх ва ўпка паренхимасининг диффуз зарарланиши оқибатида кузатилиб, аксарият ҳолларда сурункали бронхит, бронхиал астма, ЎСОК, сил, пневмокониоз, саркоидоз, Хаммен – Рич синдроми ва бошқа қатор касалликлар сабаб бўлиши мумкин;

- торакодиафрагмал – кўкрак қафаси ва умуртқа поғонаси (кифоз, скалиоз, лордоз), плевра, диафрагма (торакопластикалар, фиброторакс, Пиквик синдроми) касалликлари ҳамда жароҳатлари оқибатида пайдо бўлади.

Клиник кечишига қараб ўпкали юракнинг ўткир, ўткир ости ва сурункали турлари фарқланади. Унинг ўткир кечишида кўпроқ васкулар

ва ўпкабронх, ним ўткир ва сурункали кечишида эса ҳар учала этиологик омиллар олиб келади.

Сурункали ўпкали юрак ривожланишида учта боскич тафовут этилади:

I - (клиник белгилар кузатилганга қадар) ўнг қоринча зўриқиши белгилари билан кечувчи транзитор ўпка гипертензияси. Мавжуд ўзгаришларни фақат асбобий текширишлар ёрдамида аниқлаш мумкин. II - ўнг қоринча гипертрофияси белгилари ва ўпка артерияси муқим гипертензияси. Аммо ушбу боскичда ҳам СҚЕ белгилари кузатилмайди. III - декомпенсация даври ўнг қоринча етишмовчилигининг клиник белгилари юзага келиши билан бошланади.

Ўткир ўпкали юрак кўкрак қафасида оғриқ, нафас олишнинг кескин кўпайиши, кон босимининг тушиб кетиши (баъзан коллапс даражасигача), юрак чегараларининг кескин ўнгга силжиши, баъзан тўш суяги ханжарсимон ўсимтаси атрофида пульсация белгилари кон тупуриш пайдо бўлиши билан кечади. Беморда кул рангидаги диффуз кўкариш кузатилиб, тахикардия кучайиб боради, ўпка артерияси устида акцент ва II-тон зўрайиши, бўйин томирларининг бўртиб чиқиши, жигарнинг катталашуши ва аксарият ҳолларда ўнг қовурға остида оғриқ аниқланади. ЭКГда ўнг қоринча гипертрофияси ва зўриқиш белгилари қайд этилади. Веноз босим кескин кўтарилади. Беморда юқорида санаб ўтилган белгилар билан бир қаторда, ўткир ўпкали юракни келтириб чиқарган асосий касаллик синдромлари ҳам кузатилади.

Ўпкали юракнинг ўткир ости кечиши зўрайиб борувчи нафас ҳамда ўнг қоринча етишмовчилиги билан бир қаторда, плевропневмония ва аксарият ҳолларда кон тупуриш кузатилади. Беморларда баъзан қалтирашсиз тана ҳароратининг кўтарилиши қайд этилади. Қолган белгилар ўткир ўпкали юракда кузатиладиган синдромлардан иборат бўлиб, бу ҳолатда ҳам патологик жараёни тўғри ташхислаш учун асосий касаллик белгиларини инобатга олиш зарур. Ўпкали юрак сурункали кечинининг декомпенсация даври бошланиши билан беморларда асосий касалликдан кўра ушбу асорат белгилари устуворлик қила бошлайди. Ҳаво етишмаслик ҳисси, юрак уриб кетиши, кардиалгия, ўнг қобиғға остида оғриқ шикоятлари билан бир қаторда, беморларни кўздан кечирганда, кўкариш, бўйин томирларининг бўртиб туриши, жигар катталашуши, шишлар, ҚБ кўтарилиши аниқланади. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқлашган бўлиб, II-тон акценти ва чўқкида, баъзан тўш суяги ханжарсимон ўсмаси асосида систолик шовқин эшитилади.

Айрим ҳолларда (оғир сурункали ўпкали юракда) чап томонда II-қовурға оралиғида Грэхем – Стилл диастолик шовқин эшитилиши мумкин. ЭКГда ўнг қоринча ва бўлмача гипертрофиясига хос белгилар ҳамда айрим беморларда Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси аниқланади. Спирографияда ўпка ҳаёт сиғими камаяди (40-45% гача), ўпка қолдик сиғими кўпаяди. Рентгенографияда ўнг қоринча катталашади, ўпка артерияси равоғи

бўртиб чиқади. ЭхоКГ ёрдамида бўлмача ва қоринчалар ўлчамини ҳамда юрак функционал ҳолатини баҳолаш мумкин. Қатор ҳолларда сурункали ўпкали юрак ва сурункали юрак етишмовчилигини бир-биридан фарқлаш лозимлигини эътиборга олиб, қуйидаги 1-жадвалда уларнинг қиёсий ташхиси келтирилган.

1-жадвал

**Сурункали ўпкали юрак ва сурункали юрак
етишмовчилигини қиёсий ташхиси**

№	Белгилар ва объектив ҳамда асбобий текширишдаги ўзгаришлар	Сурункали ўпка-юрак етишмовчилиги	Сурункали юрак етишмовчилиги
1	Ҳансираш	Аксарият ҳолларда ва кўпроқ жисмоний зўриқишда қийинлашиши билан	Нафас олиш қийинлашмаган ва вақти узаймаган
2	Кўкариш	Тарқалган ва яққол намоён бўлган. Қўл ва оёқлар учи иссик	Кўпроқ периферияда жойлашган (қўл ва оёқлар учи, бурун) ва совуқ цианоз
3	Беморнинг тўшақдаги ҳолати	Кўп ҳолларда горизонтал	Ярим ўтирган ҳолатда
4	Бўйин томирларининг шишиши	Нафас чиқарганда кескин кучаяди	Нафас чиқарганда ва олганда бир хил
5	Ҳилпилловчи аритмия	Кам ҳолларда	Кўп ҳолларда
6	Касалликнинг бошланиши	Йўтал ва анамнезда шамоллаш ҳолатлари	Ҳансираш; ўпкада димланиш оқибатида кейинроқ йўтал пайдо бўлиши; бемор анамнезида юрак касаллиги
7	Юрак тонлари	Аксарият ҳолларда бўғиклашган, баъзан ўпка артерияси устида II-тон акценти	Юракнинг мавжуд касаллигига хос ўзгариш

8	Эпигастрал соҳада пульсация	Деярли доимо	Кам ҳолларда юракнинг асосий касаллигига боғлиқ ҳолда
9	Зарарланиш характери	Кўпроқ обструктив ёки обструктив – рестриктив	Аксарият ҳолларда рестриктив
10	Ўпка перкуссияси ва аускультациясида	Кутича товуши, нафас чиқаришнинг узайиши негизда ўпкани барча қисмида тарқалган қуруқ хуштаксимон хириллашлар	Камроқ ҳолларда кутича товуши, нафас чиқариш узаймаган, аксарият ҳолларда ўпканинг пастки қисмида нам хириллашлар
11	ЭКГ	Правограмма, P-pulmonale, ўнг коринча гипертрофияси белгилари, Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси	Ўзгаришлар юракнинг мавжуд касаллигига боғлиқ, P-pulmonale тишининг йўқлиги (истисно тариқасида митрал стенозда кузатилиши мумкин)
12	Рентгенография	Юрак ўнг қисмининг катталашиши; ўпка артерияси равоғи ва йирик томirlарнинг кенгайиши	Яққол юрак етишмовчилиги босқичида унинг барча қисмларининг диффуз катталашиши ва кичик қон айланиш тизимиди (шу жумладан, кичик

			капиллярлар ва веналарда ҳам) димланиш белгилари
13	Кичик қон айланиш тизимида гипертония характери	Прекапиллар	Посткапиллар
14	Эритроцитоз, полиглобулинемия	Деярли барча ҳолларда	Кам ҳолларда

Ўпкали юракни даволаш учун асосий касаллик муолажалари билан бир қаторда, қуйидагиларни амалга ошириш лозим.

Антибиотиклар (ўпкали юракка яллиғланиш касалликларини олиб келган ҳолатларда), бронхларни кенгайтирувчи дорилар (бронхоспазм билан кечувчи касалликлар ўпкали юракка сабаб бўлган ҳолларда), кортикостероидлар, антигистаминлар, шунингдек, кичик қон айланиш доирасида босимни камайтириш учун юрак гликозидлари (кўрсатмалар бўлганда, ҳушёрлик билан, чунки миокард ўпкали юракда гликозидларнинг токсик таъсирига сезувчан бўлиб қолади), диуретиклар тавсия этилади. Унинг эрта даврларида нифедипин (адалат, коренфар) ҚБ назоратида, оғир декомпенсация босқичларида нитратлар (шу жумладан, вена ичига) ва антикоагулянтлардан фойдаланилади.

Сийдик ҳайдовчи дорилар қўллаш оқибатида ривожланиши мумкин бўлган гипокалимия ривожланиши олдини олиш мақсадида панангин ва старли дозада верашпирон тавсия этиш керак. Юрак гликозидлари билан биргаликда зуфиллинни буюриш қоринчалар фибрилляциясига олиб келиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик лозим. Худди шу сабабли уларни адреномиметиклар билан бирга қўллаш мумкин эмас. Ўпкали юракни ўткир ва ўткир ости кечишларида УАВ беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатиб, зудлик билан шифохонага ётқизишлари зарур. Унинг сурункали кечишида асосий касалликнинг хуружи даврида ва декомпенсация босқичида беморлар стационар давога муҳтож. Қолган ҳолларда уларни ҚВП ёки ОП шароитида УАВ мунтазам даволашлари ва кузатишлари лозим.

Қон айланишининг сурункали етишмовчилиги

Кардиомегалияга олиб келувчи сабаблардан бири қон айланишининг сурункали етишмовчилиги (СҚАЕ) ҳисобланади. Ушбу паталогик жараён асосида юрак фаолиятининг бузилиши оқибатида аъзолар ва тўқималарнинг қон билан таъминланишининг бузилиши ётади. Шу ўринда, СҚАЕ сурункали юрак етишмовчилиги-СЮЕ га нисбатан бир мунча кенгрок камровга эга бўлган тушунча эканлигини таъкидлаб ўтмоқчимиз. СЮЕ юракнинг систолик ва диастолик дисфункцияси оқибатида ривожланиб, СҚА асосий сабаби ҳисобланади. Ҳаво етишмаслик, қувватсизлик, шиш ва бошқа қатор белгилар билан намоён бўлувчи ушбу оғир асоратга 1-жадвалда келтирилган кардиомегалияга сабаб бўлувчи деярли барча касалликлар

олиб келади. Ушбу мавзуга бағишланган маълумот «Шиш ва ацитик синдром» маърузасида батафсил ёритилган.

Эндокрин касалликлар

Қатор эндокрин, жумладан, ҚД, тиреотоксикоз гипотиреоз ва акромегалия касалликлари ҳам кардиомегалия синдроми билан кечиши мумкин. Улардан ҚД ва гипотериозда бу жараён касалликларнинг асоратланган даврида (СҚАЕ ривожланиши билан) кузатилса, акромегалияда анча эрта намоён бўлади. Лекин деярли барча ҳолларда юракдаги ўзгаришлар ҚБ кўтарилиш даражаси билан бевосита боғлиқдир. ҚД да кардиомегалия микроангиопатия оқибатида диабетик гломерулосклероз ривожланиши ва СБЕ белгилари пайдо бўлиши билан юзага келади. Беморларда нефротик синдром билан бир қаторда, АГ ва кардиопатия белгилари кузатилади. Обьектив кўрик ва қўшимча текширишларда ҚД ва СБЕ га хос бўлган ўзгаришлар ва чап қоринча гипертрофияси белгилари аниқланади. **Ушбу мавзуга бағишланган маълумотлар «Қандли диабет», «Сурункали бўйрак етишмовчилиги» ҳамда «Шиш ва ацитик синдром» маърузаларида батафсил ёритилган.**

Тиреотоксикозда қалқонсимон без гармонларининг миокардга билвосита таъсири остида юзага келган дистрофик ўзгаришлар ҳамда ритм бузилишлари (ҳилпилловчи аритмия) кузатилиши оқибатида СҚАЕ ривожланади ва юрак камераларининг (аввало чап қоринча) кенгайиши кузатилади. Шунингдек,, кардиомегалияга ушбу касаллик оқибатида ривожланган симптоматик АГ ҳам сабаб бўлиши мумкин. Микседема учун ҚБ тушиши, томир уришининг камайиши, юрак ўлчамларининг катталаниши ва пировард натижада, аста-секин катта қон айланиш доирасида димланиш белгилари билан СҚАЕ ривожланиши хосдир. Аксарият ҳолларда беморларда перикард бўшлиғида суюқлик йиғилиши кузатилади, ЭКГда тишлар вольтажининг кичиклашиши, баъзан А-В тугундан ўтказувчанликнинг секинлашиши ҳамда S-T сегментининг ўрта чизикдан пастга тушиши ёки Т тишчаси инверсияси аниқланади. **Тиреотоксикоз ва микседемага бағишланган маълумотлар «Қалқонсимон без касалликлари» ёритилган маърузада батафсил келтирилган.**

Акромегалияга чалинган беморларда 20-25% ҳолларда АГ ва кардиомегалия кузатилади. Ушбу касаллик гипофиз безининг олдинги қисми аденомаси оқибатида юзага келган ўсиш гармонининг керагидан ортиқ ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлиб, ундаги кардиомегалия сабаби мезенхимал хужайралари кўпайиши туфайли юзага келган специфик «акромегалияли юрак» ёки ривожланган иккаламчи АГ бўлиши мумкин. Беморда акромегалия белгилари аста-секинлик билан ривожланиб, ташхис аксарият ҳолларда касаллик бошланганидан сўнг 5-10 йил ўтгач аниқланади. Қўл ва оёқ бармоқлари, товонлар ва бемор пешона қисми пастки жағининг кенгайиши ушбу касалликнинг эрта белгиларидан бири ҳисобланади. Юқоридагилар билан бир қаторда, кўп терлаш, ёғли тери ва иссиқликка чидамликнинг сусайиши кузатилади. Бемор

овози бирмунча хириллаб, тиллари катталашади. Бўғимларда юз берган пролиферация оқибатида ҳаракат чегараланади. Ташхис бош мия турк эгари рентгенографияси (КТ ёки МРТ) ва ўсиш гармони кўрсаткичларини аниқлаш ёрдамида тасдиқланади. Акромегалияга шубҳа бўлганда, УАВ беморни ихтисослаштирилган тиббиёт муассасасига юбориши лозим.

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари

Айрим ҳолларда кардиомегалияга тизимли қизил волчанка (ТҚВ), тизимли склеродермия (ТСД), дерматомиозит ва тугунчали периартрит каби тизимли касалликлар сабаб бўлиши мумкин. ТҚВда аксарият ҳолларда кардиомегалияга олиб келувчи сабаб буйракларнинг зарарланиши оқибатида юзага келадиган симптоматик АГ бўлса, ТСДда эса ривожланиб боровчи миокардит ва қўшувчи тўқиманинг юрак мушакларига ўсиб кетиши СҚАЕ ҳамда кардиомегалияга олиб келади. Беморда ушбу касалликларга хос бўлган клиник ва лаборатор белгиларнинг мавжудлиги (улар «**Қўшувчи тўқиманинг тизимли касалликлари**»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган) УАВ га ташхис қўйишни енгиллаштиради.

Юрак ўсмалари

Айрим ҳолларда кардиомегалияга юрак ўсмалари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Лекин бошқа кардиомегалиялардан фаркли ўларок, ўсмаларда юракнинг маълум бир қисмлари (ўсма ўсган соҳа) катталашади. Кўп ҳолларда (аутопсияда 20-40 марта кўпрок) юракнинг иккиламчи ўсмалари учрайди. Бирламчи ўсмалар 0,5-0,6% ҳолларда аниқланиб, деярли барча ҳолларда яхши сифатлидир.

Улардан миксома бўлмачалар эндокардидан ўсиб (кўпрок чап бўлмача), аксарият ҳолларда 30-60 ёшлардаги аёллар касалланадилар. Юқорида таъкидланганидек, ўсма чап бўлмачада жойлашгани сабабли, юракнинг ушбу соҳаси катталаниши ва беморда митрал стеноз белгилари (I-тоннинг чўққида кучайиши, ўзгарувчан диастолик шовкин) кузатилади. Лекин ушбу нуксонга хос бўлган митрал шиқирлаш эшитилмайди. Иситмалаш, Морганье-Адамс-Стокс белгилари билан кечувчи хушдан кетиш (ўсма чап атриоventрикуляр тешикни бекитиб қўйганда) пайдо бўлганда, ташхис қўйиш бирмунча енгиллашади. Миксомага хос бўлган белгилардан бири катта қон айланиш доираси, хусусан бош миёда эмболия кузатилиши хисобланади. ЭКГда турли хил ритм бузилишлари, рентгенографияда эса (тўғри проекцияда) чап томонда юрак иккинчи ёйининг бўртиб чиқиши аниқланади. Қон тахлилида гемоглобиннинг камайиши, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши каби ўзгаришлар хос белги хисобланади. Лекин қўшимча текшириш усулларида ЭхоКГ ташхисни тасдиқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эгадир.

Юракнинг яхши сифатли ўсмаси рабдомиома ҳам баъзан унинг ўлчамлари катталанишига сабаб бўлиши мумкин. Касаллик кўпрок болаларда учраб, интрамиокардиал ўсади. Ўсмани юрак бўшлиқларининг қайси қисмига ўсишига қараб беморда у ёки бу стенозга хос белгилар ёки (коринчалар ёки бўлмачалараро тўсик томонга ўсса) ритм ва

Ўтказувчанликнинг бузилишлари кузатилади. Ташхисни аниқлаш учун бирламчи бўғинда беморларни ЭхоКГдан, ихтисослаштирилган бўлимларда эса КТ, ангиокардиография текширувларидан ўтказиш лозим. Юракнинг ёмон сифатли (хавфли) ўсмалари ичида кўп учрайдигани ўнг бўлмача ёки қоринчадан чиқувчи саркома ҳисобланади. Ушбу ўсма хос оғриқ синдроми ҳамда юрак ўлчамларининг тез катталаниши, гемоперикард ҳамда турли ритм бузилишлари билан кечади. ЭКГда аритмиялар билан бир қаторда, МИ га хос ўзгаришлар аниқланиши мумкин. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида ЭхоКГ ва рентгенография билан бир қаторда, ихтисослаштирилган бўлимларда юракни КТ, рентген кимографияси ҳамда радиоизотоп сканнерлаш амалга оширилади. Айрим ҳолларда кардиомегалияга ўпка, сут бези ўсмалари ва меланома оқибатида юзага келган метастазлар ҳам (диаметри 5 см.дан катта бўлганда) сабаб бўлиши мумкин. Ушбу ҳолатда ҳам гидроперикард, юқори бўйинтуруқ венаси белгиси, перикард ишқаланиш шовқини каби белгилар кузатилади. Ташхисни аниқлашда анамнез, клиник белгилар ҳамда юқорида бошқа ўсмаларни аниқлашда тавсия этилган қўшимча текшириш усулларида фойдаланилади. Юрак ўсмаларига шубҳа бўлганда, УАВ беморни амбулатория шароитида ЭхоКГ ва рентгенографиядан ўтказиб, мутахассис шифокорга юбориши лозим.

Камқонлик ва лейкозлар

Камқонликда кардиомегалия гемоглабиннинг камайиш миқдорига параллел равишда кузатилиб, миокард дилатацияси оқибатида (дистрофик ўзгаришлар сабабли) юзага келади. Бундан ташқари, унга организмда айланиб юрувчи қон миқдорининг ошиши ҳам сабаб бўлиши мумкин. Лейкозларда (кўпроқ ўткир) юрак чегараларининг катталаниши миокарддаги лейкоз инфильтрацияси туфайли кузатилиб, беморда асосий касалликка хос белгиларнинг мавжудлиги ташхисни ениллаштиради. Даволаш тадбирлари мутахассис врач томонидан ўтказилади.

Алкоголизм

Спиртли ичимликларни сунистеъмом қилиш натижасида юзага келган кардиомегалия сабаблари тўлиқ аниқ бўлмаса ҳам, метаболик ўзгаришлар оқибатида пайдо бўлиш эҳтимоли юқори. Истеъмом қилинган спиртли ичимлик миқдори ва давомийлигига параллел равишда бемор аҳволи оғирлашиб боради. Турли ритм бузилишлари юрак етишмовчилиги, тромбоземболик асоратлар ушбу касалликка хосдир.

Беморларда юракдаги ўзгаришлар билан бир қаторда, жигар, ошқозон ости безининг ҳам зарарланиши аниқланади. Шунингдек, полиневритлар, марказий асаб тизимида ўзгаришлар, руҳий бузилишлар кузатилади. Айрим ҳолларда касалликнинг клиник белгилари бирламчи ДҚМП га ўхшаб кетади, лекин ундан фарқли ўлароқ, бемор спиртли ичимликлар қабул қилишни тўхтатса, аҳволида ижобий ўзгаришлар кузатилади. Шунинг учун алкоголизмга чалинган беморларни даволашда нафақат УАВ ва мутахассис шифокор, балки унинг оила аъзолари ҳам фаол қатнашишлари лозим.

Семизлик

Семизлик кучайиб борган сари юрак атрофи ва миокард қўшувчи тўкимасида ёғ ўтириб, унинг қисқарувчанлик фаолияти сусаяди. Беморда (шу жумладан, ёшларда ҳам) атеросклероз ва АГ ривожланиб, бу пировард натижада қоринчалар гипертрофияси ҳамда дилатациясига олиб келади. Семизлик тўғрисида батафсил маълумот унга бағишланган маърузада келтирилган.

Кардиомегалияларга бағишланган маърузани яқунлар эканмиз, УАВ беморларда юрак чегараларини кенгайтишини аниқлаган ҳолларда, синчковлик билан анамнез йиғиши, объектив кўрик ва кўрсатмалардан келиб чиқиб, кўшимча текширишлардан ўтказиши ҳамда уларнинг натижаларига асосланиб, тор мутахассислар билан ҳамкорликда кейинги даволаш тамойилларини белгилаши лозимлигини яна бир бор таъкидлаб ўтмоқчимиз.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Гипертрофик (симметрик ёки ассиметрик) кардиомиопатия. Қоринчалар экстрасистолияси Лаун бўйича II синф;
- ✓ Гипертрофик (обструктив) кардиомиопатия. Ҳилпилловчи аритмия тахисистолик шакли. СКАЕ II А;
- ✓ Дилатацион кардиомиопатия. Пароксизмал қоринчалар тахикардияси. Ҳўпка артериялари қайта тромбозмболияси. СКАЕ III;
- ✓ Сурункали сил этиологияли констриктив перикардит;
- ✓ Ҳўткир дифтерияли (ёки токсик ёки вирусли ёки токсико-аллергик) миокардит. А-В блокада, I-даража.

ҲОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
2. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, 1994.
3. Наумов ЛБ., Гасвский Ю.Г., Бессонов А.М., Меркушев В.В. Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. Ташкент: Медицина, 1979.
4. Патриция М.Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
5. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.
6. Симбирцев С.А., Гурин Н.Н. Общая врачебная практика. Санкт-Петербург: издательство СПб МАПО и «Лига», 1996.
7. Тейлор Р. Б. Трудный диагноз. Том 2. Пер. с англ. М. Г. Лепинина, А. А. Еременко. М.: Медицина, 1995.
8. Чазов Е.И. Руководство по кардиологии. Москва: Медицина, 1992, тома-2, 3.

ШИШ СИНДРОМИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Дориларни касалликнинг сўнгги босқичларида эмас, балки илк даврларида қўллаган афзалдир

Публилий Сир

Шиш - организм тўқимаси ва сероз бўшлиқларида меъёрдан ортик суюқлик йиғилишидир. Бу синдром тўқима ҳажми ва вазнининг ошиши, сероз бўшлиқлар сиғимининг камайиши, шишган тўқима ва аъзолар фаолиятининг бузилиши билан кечади. Организмдаги сув-туз алмашинуви бузилиши натижасида юзага келадиган умумий (тарқалган) ва тананинг маълум бир чегараланган қисмида суюқлик ушланиб қолиши оқибатида ривожланадиган маҳаллий (чегараланган) шишлар фарқланади.

Умумий шиш ривожланишида буйрак орқали кўп миқдорда натрий ва сув ушланиб қолишининг мураккаб механизмлари сабаб бўлади. Бунда туз ва сув алмашинувини гармонлар томонидан бошқарилиши бузилиши, жумладан, вазопрессин ва альдестеронни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши муҳим аҳамиятга эга. Маҳаллий сув алмасуви мувозанатининг бузилиши асосида капиллярларда гидростатик босим (юрак етишмовчилигида) ҳамда улар ўтказувчанлигининг ошиши (аллергияда), қон зардобидида онкотик босимнинг камайиши (кахексияда ва буйракнинг айрим касалликларида) ва лимфа оқимининг бузилиши ётади. Ҳар бир касалликда шиш синдроми ўзига хос клиник кўринишда кечиб, у ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Умумий шишлар юракнинг сурункали етишмовчилигида, кахексияда, буйрак зарарланишларида, гипотиреозда ва айрим нейроэндокрин касалликларда кузатилади. Тўқималардаги маҳаллий шиш веналарда тромб тикилиб қолиши (тромбофлебит, флеботромбоз), лимфостаз, маҳаллий аллергия реакциялар (Квинк шиши), ўчоқли яллиғланишлар натижасида юзага келади. Шунингдек,, маҳаллий шишларга мия ва ўпка шиши ҳам киради.

Шундай қилиб, маҳаллий сув мувозанатининг бузилишига олиб келадиган асосий омиллар қуйидагилардир:

1. *Капиллярларда гидростатик босимнинг ошиши.*
2. *Қон зардобидида онкотик босимнинг камайиши.*
3. *Интерстициал суюқликнинг онкотик босимининг ошиши.*
4. *Тўқима механик босимининг пасайиши.*
5. *Капиллярлар ўтказувчанлигининг ошиши.*
6. *Лимфа оқимининг бузилиши.*

Бемор организмда 3-5 литрдан ортик суюқлик ушланиб қолингандагина умумий шиш белгилари кузатилади. Периферик шишлар оёқ ёки тана қисми ва тери ости тўқима ҳажмининг ошиши, улар эластиклигининг камайиши билан намоён бўлади. Терини бир оз шишиши салкиш (пастозлик) дейилади. Пайпаслаганда тери хамирсимон конститенцияга эга, босганда

чукурча қолади. Агар бармоқ билан босганда, чукурча қолмаса, шишни сохта дейиш мумкин. Бундай шишлар микседемада, склеродермияда ва семиришда кузатилади. Агар яллиғланиш асоратлари бўлмаса, шиш синдромида тери рангпар ёки кўкимтир рангда бўлади, Массив шишларда асосан оёқлар шишида тери атрофик, ялтироқ кўриниш касб этиб, баъзан сув оқаётган пуфакчалар ёки ёриқлар билан қопланади. Шиш синдромини бирор бир касаллик белгиси сифатида баҳолашдан олдин унинг бирламчи жойини (товон, болдир, битта ёки иккита оёқ, юз), пайдо бўлиш шароитини (узоқ тик туриш, аллергиялар таъсиридан кейин, дори қабул қилиш ва бошқалар), юрак, буйрак, жигар ва бошқа аъзолар касалликлари белгилари бор-йўқлигини аниқлаш лозим. Келиб чиқиш сабабига кўра шиш синдроми турли хил даражада ривожланган бўлади. Айрим ҳолларда бир оз шиш юз ва оёқ устида пайдо бўлса, бошқа ҳолатда беморларни синчиклаб кўрганда аниқланади, баъзан эса кескин ривожланган, массив шишлар анасарка, асцит, гидроторакс, гидроперикард кўринишида бўлиб, бу кўпинча нефротик синдром ривожланганидан далолат беради.

Шиш синдроми ривожланишининг асосий сабаблари

I. Умумий шишлар:

1. юрак касалликлари;
2. буйрак касалликлари;
3. жигар касалликлари;
4. гипопротеинемик шишлар;
5. идиопатик шишлар.

II. Маҳаллий шишлар:

A. Веноз шишлар:

1. чуқур веналарни ўткир тромбози;
2. сурункали веноз этишмовчилиги;
3. веноз обструкция.

B. Лимфатик шишлар:

1. идиопатик лимфатик шишлар: а) туғма идиопатик лимфатик шишлар;
- б) эрта пайдо бўлган лимфатик шишлар;
2. яллиғланиш сабабли пайдо бўлган лимфатик шишлар;
3. обструкцияли лимфатик шишлар.

B. Ёгли шишлар:

Г. Бошқа турли сабабларга кўра пайдо бўлган шишлар:

1. ортостатик шишлар;
 2. артерио-веноз шишлар;
 3. томирда ўтказилган операциялардан кейинги шишлар;
 4. суяк-мушак тизими шикастланиши натижасида юзага келган шишлар:
- а) мушак тизими патологияси; б) пай қинининг яллиғланиши; в) суяклар синиши; г) Бейкер қафти;

5. рефлексор симпатик дистрофия;
6. асаб тизими касалликлари натижасида юзага келадиган шишлар;
7. аллергик шишлар;
8. туғма ангионевротик шишлар;
9. предменструал шишлар.

III. Дори воситаларини қабул қилиш натижасида юзага келадиган шишлар:

а) гармонлар (кортикостероидлар, аёлларнинг жинсий гармонлари, эстерогенлар, прогестеронлар, тестостерон);

б) гипотензив воситалар (раувольфи алкалоидлари, апрессин, октадин, метилдофа, β-блокаторлар, клофеллин, миноксидил, кальций каналлари блокаторлари);

в) яллиғланишга қарши воситалар (бутадиион, напроксен, ибупрофен, индометацин);

г) бошқа дори воситалар (антидепрессантлар, мидантан).

IV. Сохта шишлар:

1. микседема;

2. системали склеродермия;

3. дерматомиозит.

Қуйида биз УАВ фаолиятида кўп учрайдиган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисида тўхталиб ўтамиз.

Юрак касалликларидаги шишлар

Юрак касалликларидаги шишлар унинг мушаклари ҳолсизлиги (етишмовчилиги, ўз ишини бажара олмаслиги) натижасида юзага келади. Шиш синдроми юрак–қон томир касалликларининг клиник белгиларидан бири ёки уларнинг асорати кўринишида кечади. Аксарият ҳолларда шиш қон айланиш етишмовчилиги ривожланганда кузатилади. Унинг клиник белгилари узоқ вақт давом этган миокарднинг систолик (кардиомиоцитлар сонининг камайиши оқибатида унинг қисқарувчанлигининг бузилиши) ёки диастолик (унинг гипертрофияси ва бўшашиш фаолиятининг бузилиши) ва систола- диастолик дисфункциясида кейин пайдо бўлади. Қон айланиш етишмовчилиги – патологик ҳолат бўлиб, юрак- қон томир тизими организм ва тўқималарни аввал талаби ошган вақтда (жисмоний ва эмоционал зўриқишда) кейинчалик тинч ҳолатда ҳам етарли даражада қон ҳамда кислород билан таъминлай олмаслигидир. Юрак касалликларидаги шишлар маҳаллий (юрак астмаси (ЮА), ўпка шиши (УШ)) ва тарқалган (сурункали қон айланиши етишмовчилиги (СҚАЕ)) кўринишида бўлиши мумкин.

Юрак касалликлари сабабли пайдо бўлган шишларнинг ривожланиш сабаблари:

- миокард шикастланиши: миокардитлар, дилатацион кардиомиопатия, миокардиодистрофия, юрак ишемик касаллиги;
- юрак мушакларини босим таъсирида зўриқиши: артериал гипертензия (тизимли ва ўпка гипертензияси), аортал стеноз (қопқоқ ости, қопқоқли, қопқоқ

усти), ўпка артерияси кириш қисмининг торайиши;

- юрак мушакларини ҳажм билан зўриқиши: аортал ва митрал регургитация; коринчалар аро тўсиқ нуқсони; очик артериал йўлак;

- юрак мушакларининг комбинацияланган (аралаш) зўриқиши: юкоридаги иккинчи ва учинчи гуруҳ сабабларни биргаликда келиши, мураккаб туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари;

- коринчалар диастолик тўлишининг бузилиши: гипертрофик кардиомиопатия, гипертоник юрак (чап қоринча дилатацияси бўлмаганда); рестриктив кардиомиопатия, митрал стеноз, перикард бўшлиғида кўп микдорда суюқлик мавжудлиги (экссудат ёки трансудат), констриктив перикардит;

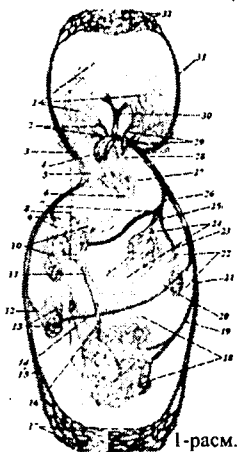
- юракнинг қон отиш ҳажми ортиши билан кечадиган ҳолатлар: тиреотоксикоз, юкори даражадаги камқонлик, жигар циррози.

Ривожланиш тезлигига кўра ўткир (бир неча дақиқа ва соат давомида) ва сурункали (бир неча ҳафта ва ойлар давомида) қон айланиш етишмовчилиги тафовут этилади. **Ўткир қон айланиш етишмовчилиги тўғрисидаги тўлиқ маълумот «Кўкрак қафасидаги оғриқлар»га бағишланган маърузада кенг ёритилган.**

Сурункали қон айланиши етишмовчилиги

СҚАЕ бир қатор касалликлар оқибатида юзага келган чап ва ўнг томонлама ҳамда тотал юрак етишмовчилиги натижасида кузатилиб хансираш, тез чарчаш, периферик шишлар ҳамда юрак фаолияти (ритми ва ўтказувчанлиги) бузилиши каби клиник белгилар билан намоён бўлади.

Чап томонлама юрак етишмовчилиги ўпкада димланиш, артериал гипотензия ва периферик тўқималарда модда алмашинуви бузилиши кўринишида кечувчи вазоконстриксия белгилари билан кечади. Периферик шишлар, асцит, марказий веноз босимнинг ошиши *ўнг томонлама юрак етишмовчилигидан* далолат беради.



1-расм.

СҚАЕ нинг бир қанча классификациялари мавжуд бўлиб, биз қуйида амалиётда кенг қўлланиладиганларига тўхталиб ўтишдан олдин 1-расмда кичик ва катта қон айланиш доираларини келтиришни мақсадга мувофиқ деб топдик.

1-ўпка капиллярлари, 2-ўнг ўпка веналари, 3-юкори қавак венаси, 4-аорта, 5-ўнг бўлмача, 6-ўнг қоринча, 7-умумий жигар артерияси, 8-кўкрак лимфа йўли, 9-жигар веналари, 10-жигар капиллярлари, 11-жигар дарвозаси венаси, 12-буйрак венаси, 13-буйрак капиллярлари, 14-буйрак артерияси, 15-пастки қавак венаси, 16-ичак тутқич венаси, 17-тананинг пастки қисми ва оёқлар капилляри, 18-ичак капилляри, 19-ичак тутқич артерияси, 20-талоқ венаси, 21-аорта,

22-талок капилляри, 23-талок артерияси, 24-меъда капилляри, 25-меъда артерияси, 26-қориннинг артериал стволи, 27-чап қоринча, 28-чап бўлмача, 29-чап ўпка веналари, 30-ўпка артерия стволи, 31-ички уйқу артерияси, 32-тананинг юқори қисми, бўйин ва қўлланинг капилляри.

Н.Д.Стражеско ва В.Х.Василенко таклифларига кўра СҚАЕ учта бошқичга бўлинган.

I бошқич – бошланғич: СҚАЕ нинг яширин даври бўлиб, субъектив белгилари (ҳансираш, тахикардия, бир оз кўкариш, чарчаш) маълум бир жисмоний зўриқишлардан кейин пайдо бўлади. Тинч ҳолатда гемодинамик бузилишлар кузатилмайди.

II – А бошқич: СҚАЕнинг клиник белгилари тинч ҳолатда бир оз безовта қилади, жисмоний зўриқишга чидамлилиқ камаяди, катта ёки кичик қон айланиш доираларида унча кучли бўлмаган гемодинамик бузилишлар, бўғилиш хуружлари, иккиламчи ўпка гипертезиясининг ренгенографик, айрим ҳолларда электрокардиографик белгилари, шишлар пайдо бўлиши ва жигарнинг яққол бўлмаган катталашиши кузатилади. Кардиомегалия ва ҳилпилловчи аритмия ушбу бошқичнинг асосий белгиси бўлиши мумкин.

III – Б бошқич: СҚАЕ нинг клиник белгилари тинч ҳолатда ҳам яққол намоён бўлади, катта ҳамда кичик қон айланиш доираларида кучли гемодинамик бузилишлар кузатилади. Юрак астмаси хуружлари тез-тез қайталанadi. Доимий периферик ёки бўшлиқларда қайталанувчи шишлар пайдо бўлади. Жигар турғун катталашади ва даволаш натижасида бир оз кичрайса ҳам, лекин ўз ҳолига қайтмайди.

III – терминал бошқич: бир оз ҳаракат ёки тинч ҳолатда ҳам оғир гемодинамик силжишлар, аъзо ва тўқималардаги чуқур, қайтмас дистрофик ўзгаришлар ҳамда модда алмашинувининг бузилиши кузатилади.

Охириги йилларда Нью-Йорк кардиологлари уюшмаси томонидан тавсия қилинган СҚАЕ классификацияси амалиётда кенг қўлланилмоқда. Унга кўра қон айланиш етишмовчилигининг тўртта синфи фарқланади.

I. – чап қоринчанинг белгиларсиз дисфункцияси: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракатлар чегараланмаган;

II. – энгил юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракат бир оз чегараланган;

• III. – ўрта оғирлик даражадаги юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда жисмоний ҳаракат сезиларли чегараланган;

IV. – оғир даражадаги юрак етишмовчилиги: юрак касалликлари билан оғриган беморларда энгил ҳаракат ҳам нохушлиқ чақиради.

СҚАЕ нинг эрта белгиларидан бири аста-секин зўрайиб борувчи ҳолсизлик ҳисобланади. Унинг асосий сабабларидан бири вазоспазм оқибатида тана мушакларининг қон билан таъминланишининг бузилишидир. СҚАЕ да шишлар одатда аста-секин ривожланиб, асосан симметрик равишда тўпик ва болдир атрофида, ётоқ беморларда эса елка, бел ва қуймич соҳаларида жойлашади. Ушлаб кўрганда тери совуқ, кўкарган, шишлар узок давом этганда

эса, шу соҳа тери қопламанинг эластиклиги йўқолади. Юрак шишлари одатда зич бўлиб, бармоқ билан босганда узок сақланиб қолувчи чуқурча қолади, тана ҳолати ўзгаргаришига мутаносиб равишда секин силжийди. Шишлар нисбатан кўп ёки оз муддат давом этган ҳансираш давридан кейин юзага келади. Кўпинча тери ва тери ости тўқимаси шиши, асцит, гидроторакс (асосан ўнг томонлама) билан бирга кечади. Бундан ташқари, юрак етишмовчилигининг бошқа белгилари – бўйин веналари бўртиши, ҳансираш, жигар катталашishi ҳам кузатилади. Объектив кўриқда юракнинг бевосита шикастланиш белгилари (чегаралари катталашishi, аритмиялар, I тонни сусайishi, патологик III, IV тонлар ва шовқинлар пайдо бўлиши) аниқланади. Ушбу гуруҳ беморларда касалликнинг эрта даврларида нисбий никтурия кузатилиб, сийдик чўқмасида ўзгаришлар аниқланмаслиги, кейинчалик эса «димланган буйрак» белгилари ривожланиши мумкин. Бу ҳолларда етарли даражада солиштира оғирликка эга бўлган сийдик чўқмасида бир промилидан кўп бўлмаган протеинурия ва энгил ўзгаришлар аниқланади.

Юрак касалликлари натижасида пайдо бўлган шиш мавжуд бўлган беморлар ЭКГ сида асосий касалликка хос белгилар - юракнинг турли бўлимлари гипертрофияси ва зўриқиши, ритм ҳамда кўзгалувчанлиги бузилиши, чандикли ўзгаришлар кузатилади. Касалликнинг эрта даврларида ўтказилган юкломали синамалар мусбат бўлиши, беморларни жисмоний юкломга чидамлилиги камайishi ва унинг таъсирида гемодинамик кўрсаткичларининг ўзгариши СҚАЕ пайдо бўлганлигидан далолат беради.

Рентгенография ёрдамида эса кардиомегалия (кардиоторакал индекснинг 50% дан юқори бўлиши. Бу кўрсаткични аниқлаш «Кардиомегалия»га бағишланган маърузада келтирилган), аортанинг кенгайishi ва калцинози, турли даражадаги кичик қон айланиш доирасида димланиш белгилари (ўпка артериал гипертензияси ва веноз димланиш белгилари, гидроторакс, ўпканинг иккиламчи обструктив эмфиземаси) аниқланади. Сўнгги йилларда юрак фаолиятини баҳолашда кенг қўлланиладиган текшириш усулларида бири ЭхоКГ ҳисобланади. Унинг ёрдамида СҚАЕ олиб келган юракдаги ўзгаришлар ва функционал ҳолати (туғма ёки орттирилган нуксонлар, миокард гипертрофияси, бўшлиқларининг кенгайishi, аневризмаси, систолик ва диастолик дисфункция, чап коринчанинг қон отиб бериш ҳажми ва бошқалар) аниқланади.

СҚАЕ кенг тарқалган асорат бўлганлиги ва унга чалинган беморларнинг доимий давога мухтожлигини инобатга олган ҳолда, УАВ учун қулайлик туғдириш мақсадида куйида унинг асосий мезонлари алоҳида келтирилди:

- жисмоний зўриқиш вақтида (айрим ҳолларда тинч ҳолатда) ҳаво етишмаслик ҳисси ва қуруқ йўтал;
- тунги ҳаво етишмаслик ҳисси ёки нафас қисиш хуружлари;
- ўпканинг пастки қисмларида (ўпка шиши ривожланганда икки томонлама бутун ўпка юзаси бўйлаб) жарангсиз кичик пуфакчали нам хириллашлар;

- кардиомегалия;
- протодиастолик галоп ритми (патологик III-тон);
- бўйин веналарининг бўртиб чиқиши;
- гидроторакс (аксарият ҳолларда ўнг томонлама), баъзан гидроперикард;
- шишлар (унинг хусусиятлари юқорида келтирилган);
- гепатомегалия;
- юрак қисқаришлари сонини меъёридан ошиши;
- лаборатор ва асбобий текширишда асосий касалликка хос ўзгаришлар;
- даволаш натижасида бемор тана вазнининг қисқа вақт ичида 4 кг. ва ундан кўпроқ камайиши.

Буйрак касалликларида учрайдиган шишлар

Буйрак шишлари нефротик синдром (НФС) билан намоён бўладиган ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, буйрак шикастланиши билан кечадиган бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (БТТК) ҳамда амилоидозларда, диабетик гломерулосклероз, ҳомиладорлар нефропатиясида ва васкулитларда кузатилади. НФСга шишдан ташқари юқори протеинурия (кунига 3,5 г дан кўп), гипопроteinемия, диспротеинемия, гиперлипидемия каби белгилар хос. «Нефротик синдром» тўғрисидаги батафсил маълумот унга бағишланган маърузада кенг ёритилган.

Буйрак шишлари қўйидаги клиник хусусиятларга эга:



▶ шишларнинг пайдо бўлиши диурез камайиши билан бирга кечади (кундалик диурез 500 мл. ва ундан кам);

▶ тана вазни нисбатан қисқа вақт ичида (суюқлик ушланиб қолиниши натижасида) кескин ошади;

▶ тери ости тўқимаси шиши аввал чегараланган маҳаллий, кейинчалик (айрим ҳолларда жуда тез) эса тарқалиб анасарка даражасигача етади. Шиш юздан (кўз атрофида,

ковокларда, ёнокларда) бошланиб, тана ва оёқларга тарқалади (2-расм);

▶ суюқликнинг бўшлиқларда йиғилиши (гидроторакс, гидроперикард, асцит)- кўпинча асцит, баъзан гидроторакс кузатилади;

▶ аксарият ҳолларда ички аъзолар шиши ривожланади (юрак, жигар, ўпка, буйрак, мия) ва натижада унинг жойлашишига кўра клиник белгилар юзага келади;

▶ нефритик шишлар тез пайдо бўлиш ва тез қайтиш хусусиятига эга. Шишган соҳа тери қоплами рангпарлиги, дағаллашиши ва ҳароратининг меъёридалиги кузатилади. Яққол намоён бўлган шишларда тери ва унинг хосилалари дистрофияси кузатилади: эпидермис қипиклашади, тери курук, юмшоқ, атрофик, айрим ҳолларда ялтироқ, тирнок ва сочлар

синувчан ва хиралашган бўлади;

▶ шишлар нафақат юзда, ковоқлар атрофида (юз шишиши асосан эрталаб кучли), балки оёқларда, бел соҳасида, жинсий аъзоларда, кориннинг олдинги деворида ҳам жойлашади. Улар одатда юмшоқ, хамирсимон, тана ҳолати ўзгаришига мутаносиб равишда тез силжийди ва бармоқ билан босганда қиска вақт ичида ўз ҳолатига қайтувчи чуқурча қолдиради. Аксарият беморларда ҳансираш кузатилмайди ва жигар катталашмайди.

▶ анасаркада оёқларда тери ости ёғ қатлами чўзилиб пуфакчалар ҳосил бўлади, эпидермис кўчиб, тери ёрилиши ва суюқлик оқиши кузатилади. Бундай ҳолларда инфекция қўшилиши натижасида сарамас ва флегмона ривожланиши мумкин;

▶ сийдик текширилганда протеинурия, гематурия, цилиндрурия ва яккол намоён бўлмаган лейкоцитурия аниқланади;

▶ қонда камқонлик белгилари, гипопротейнемия, диспротейнемия, гиперхолестеринемия, ЭЧТ, фибриноген, IgM, антистрептолизин –О, СРО, α- ва γ-глобулинлар миқдорининг ошиши, IgG камайиши кузатилади.

Ушбу хусусиятга эга бўлган шиш синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисидаги батафсил маълумотлар «Сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар»га бағишланган маърузада ёритилган.

Жигар касалликларидаги шишлар

Агар шишлар жигар зарарланиши натижасида ривожланса, бемор анамнезида ўтказилган вирусли гепатит, алкоголизм, токсик таъсирлар аниқланади ҳамда сурункали жигар етишмовчилиги белгилари: ўргимчасимон артериол гемангиомалар, жигар қафти (эритема), гинекомастия ва кориннинг олдинги деворида вена коллатераллари аниқланади (3-расм). Асцит ва спленомегалия асосий белгилардан бири ҳисобланади. Циррозда шишлар асосан корин бўшлиғида жойлашиб, асцит ривожланади, аммо юрак фаолиятининг бузилиши ва сийдик билан кўп миқдорда оқсил ажралиши кузатилмайди. Оёқларда шишлар нисбатан кам учрайди.



Асцит – суюқликнинг қорин бўшлиғида йиғилиши. Суюқлик кам бўлганда клиник бегиларсиз кечади, унинг миқдори ортиб бориши билан қорин бўшлиғи кенгайиши, нохуш ҳис, анорексия, кўнгил айниши, жиғилдон қайнаши, ўнг ёнбошда оғрик, респиратор бузилишлар кузатилади.

Объектив текширишлар ёрдамида 100 мл. ва ундан кўпроқ миқдордаги суюқликни аниқлаш мумкин. Бунда кориннинг ён соҳалари шишган, ёки туртиб чиққан, аускультацияда «чайқалиш шовқини» белгиси, бемор ҳолатини ўзгартирганда қорин ён томонларида бўғик перкутор товуш ёки у тизза- тирсак ҳолатида бўлганда қорин марказида

тўмтоқ товуш пайдо бўлиши кузатилади. Асцит ташки жинсий аъзолар шиши, киндик ва чов чурраси, кўпинча ўнг томонлама гидроторакс билан бирга кечиши мумкин. Ташхис жигар фаолияти кўрсаткичларини баҳолаш, УТТ, лапароскопик текшириш ва биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади. Ташхисий парацентез (қорин бўшлиғидан 50-100 мл. ва ундан кўпроқ суюқлик олиб текшириш) аниқ маълумот беради.

Жигар касалликлари тўғрисидаги маълумотлар билан «Сариклик»ка бағишланган маърузада танишишингиз мумкин.

Оқсил кўп йўқотилиши билан кечувчи энтеропатияларда кузатиладиган шишлар

Гипопротеинемик шишлар аксарият ҳолларда кўп миқдорда оқсил йўқотиш ва кам сўрилиш синдроми билан кечувчи энтеропатияларда кузатилади. Ошқозон-ичак тизими касалликлари оқибатида шиш ривожланган беморлар анамнезида овқат ҳазм қилиш тизими фаолияти бузилишига ва гипопротеинемия ҳолатига олиб келувчи куйидаги касалликлар мавжудлиги аниқланади:

1. *Бирламчи экссудатив энтеропатия (ичак лимфангиэктазияси, Гордон касаллиги)* – кўпинча ёшлар орасида учраб, унда ингичка ичак шиллик қаватининг эктазияланган лимфа томирлари орқали кўп миқдорда оқсил йўқотилиши кузатилади. Касалликнинг илк босқичлари яширин кечади. Унинг клиник белгилари ошқозон-ичак шикастланиши ва модда алмашинуви бузилиши симптомларидан иборат.

Касалликнинг асосий клиник белгилари: яққол намоён бўлган гипопротеинемик ассиметрик шишлар кўпинча оёқ, қўл, юз ва бел соҳасида жойлашади, айрим ҳолларда анасарка кўринишигача боради ва қисқа вақт ичида асцит ва гидроторакс ривожланади. Диарея шиш ривожланишидан олдин ёки бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади. Нажасда шиллик ва қон аниқланмайди. Беморни қориндаги кучли оғриқ, полифекалия, доимо қориннинг дам бўлиши, қулдираши, кўп газ пайдо бўлиши безовта қилади. Иккиламчи экссудатив энтеропатияларга зўрайиб боровчи оқсил етишмовчилиги, тана вазнининг кескин камайиши, шиш - асцитик синдром ҳамда барча аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланиши хос. Ичак лимфангиэктазиясида шишлар диареяга боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади. Камқонлик билан бирга гипокалиемия, гипокальциемия аниқланади. Суякларда оғриқ, мушаклар тортишиши, хейлит, тез-тез қон кетиш ҳоллари учрайди. Бемор қонида яққол намоён бўлган гипопротеинемия, лимфоцитлар, IgG, IgF, IgM лар миқдори камайиши аниқланади, гипохром анемия кузатилади. Ташхис қўйишда радиоизотоп текшириш усули ва ингичка ичак шиялик кавати биопсияси қатга аҳамиятга эга;

2. *Глютеинли энтеропатия (целиакия, спру целиакияси)* ҳар қандай ёшда ривожланиши мумкин, лекин илк белгилари гўдаклик даврида, таркибида глютеин мавжуд бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини (ёрмалар, печенье, нон)

истеъмол қила бошлаган вақтда ривожланади. Целиакия ёш болаларда ҳам, катта ёшларда (қўпинча 20–40) ҳам даволанишга боғлиқ ҳолда тўлқинсимон, авж олиш ва ремиссия даври алмашилиши билан юз беради. Касаллик ич кетиш билан бошланиб, кейинчалик озиб кетиш, мушакларда ҳолсизлик, полифекалия, темир етишмовчилиги камқонлиги, шиш билан кечувчи гипопротеинемия кўшилади. Бемор нажаси сувли ёки кулранг тусда, ёғли, кўпикли, бадбўй аччиқ хидли бўлиб, сув юзасига калқиб чиқади, таркибида шиллиқ ва қон аниқланмайди. Кучли метеоризм, қорин олд девори туртиб кўрилганда сув тўлкини шовқини кузатилади.

Ич кетишига анемия, глоссит, милк ва ошқозон–ичак тизимидан қон кетиши, тери гиперкератози, мушакларда ҳолсизлик кўшилиши, сўрилиш етишмовчилиги синдроми ривожланганидан далолат беради. Беморларда парастезиялар, тортишиш ва остеопароз кузатилади. Шиш маълум бир вақт давом этган диареядан сўнг аввал оёқнинг ташқи юзасида пайдо бўлиб, кейинчалик эса анасарка ва бўшлиқларда суюқлик йиғилиши билан кечади. Тез асцит ва гидроторакс ривожланиши касалликнинг асосий клиник белгиси ҳисобланади. Шиш пайдо бўлишидан олдин ёки аксарият ҳолларда у билан бир вақтнинг ўзида кўнгил айниш, қайт қилиш, кучли ич кетиши кузатилади. Беморларга аглютенли парhez буюрганда яхши самара олиш ва атрофик ўзгаришларни секин аста қайтиши целиакиянинг муҳим ташхисий мезони ҳисобланади.

3. *Учл касаллигига (интестинал липодистрофия)* ингичка ичак шиллиқ қаватининг грамм мусбат бацилласимон таначалари, “кўпикли” макрофаглар билан инфилтратсияси, уларда ёғларнинг тўпланиши, лимфатик томирларнинг кенгайиши ва кам сўрилиш синдроми ривожланиши хос. Касаллик 30–50 ёшдаги эркаклар орасида кўпроқ учрайди. Унинг клиник белгилари асосан субфебрил иситма, кўчиб юрувчи кичик ва катта бўғимлар полиартрити, ошқозон–ичак тизими орқали кўп миқдорда оксил йўқотиш, озиқ моддаларни етарли даражада сўрилмаслиги, анемия, лимфоаденопатия, бронхит, плеврит, эндокардит, хотиранинг ёмонлашиши, геморрагия, тугунчали эритема, тери копламида жигарранг пигментациялар пайдо бўлиши, диарея (қунига 5–10 мартагача), полифекалия ва нормал ич келишини стеаторея ва қабзият билан алмашиб туриши киндик атрофида дефикация ва газлар чиққандан кейин қамаювчи ҳар хил даражадаги оғриқлар, тез озиш, мушаклар атрофияси ва ҳолсизлигидан иборат.

Шартли равишда касалликнинг уч босқичи фарқланади. Биринчи ва иккинчи босқичларда юқорида санаб ўтилган клиник белгилар кузатилади. Касалликнинг учинчи босқичи эса қахексия ва тизимли шикастланишнинг авж олиши, панкреатит, полисерозит, спленомегалия ва неврологик бузилишлар туфайли ҳосил бўлади. Қон таҳлилида гемоглобиннинг пасайиши, ЭҚТ, лейкоцит ва тромбоцитлар миқдорининг ошиши кузатилади. Қон зардобда оксил, темир, кальций, холестерин миқдори камаяди. Ингичка ичак аспирацияли биопсияси ва уни ёрикли микроскоп орқали кўриш

муҳим ташхисий маълумот беради. Ошқозон ичак касалликлари ва уларда кузатиладиган шишлар тўғрисидаги батафсил маълумот «Ичак дисфункцияси»га бағишланган маърузада кенг ёритилган.

Дистрофик шишлар

Дистрофик шишлар экзоген ва эндоген сабабларга кўра ривожланиши мумкин. Экзоген сабаблар организмга ҳайвон оқсилларининг озик-овқат маҳсулотлари билан қисман ёки тўлиқ тушмаслигидир. Эндоген омилларга организмда оқсил катаболизми ошиши боғлиқ бўлган иккиламчи дистрофияга олиб келувчи, масалан, оғир касалликлар, операциядан кейинги ҳолат, хавфли ўсмалар, узок вақт давом этган юқумли касалликлар, ич кетиш, алиментар дистрофия, оқсил сўрилиши тартибининг бузилиши билан кечувчи ошқозон-ичак тизими касалликлари ҳамда алкоголизм ва бошқалар киради.



Кахексия ҳолатидаги беморлар ўзига хос ташқи кўринишга эга (4-расм). Тери қоплами рангпар, қуруқ, шалвираган, эластиклиги пасайган, бурмали ёки, аксинча, мумиёга ўхшаб тортилган, тана ҳарорати пасайган, шу билан бирга, озикланиш етишмовчилиги белгилари, хейлоз, қизил тил, тана вазнининг камайиши, скелет мушаклари атрофияси кузатилади. Кўп ҳолларда тери ости ёғ қатлами бўлмайди (4-расм). Беморлар ташқи муҳитга бефарқ ҳолда ётадилар, қийинчилик билан ҳаракатланадилар. Уларда турли хил руҳий бузилишлар ва ички аъзоларда дистрофик ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин.

Кечиши бўйича алиментар дистрофиянинг учта босқичи фарқланади. Иккинчи босқичида шиш ва бир оз гипотермия кузатилади. Шишлар бирламчи ҳамда иккиламчи дистрофияда гипопротеинемия ҳисобига плазманинг онкотик босими пасайиши туфайли ривожланади. Дистрофик шишлар таркиби бўйича трансудатга яқин, юмшоқ, тана ҳолатига боғлиқ, ҳаракатчан, сийдик чўкмасидаги ўзгаришларсиз кечади. Ташқи кўринишдан нефротик синдромли беморларга ўхшайди (1-расм). Шишлар асосан болдир, товон ва юзда жойлашиб, камдан-кам ҳолларда бутун танага тарқалади.

Аллергик шишлар

Аллергик шишлар кўпинча Квинке шиши, баъзан эса эшакеми ва бошқа аллергия касалликлар (бронхиал астма, вазомотор ринит, самонли лихорадка) кўринишида намоён бўлади. Эшакеми ва ангионевротик шишлар аксарият ҳолларда қизларда учрайди. Касалликни иммун ва иммун бўлмаган турлари фарқланади.

Нафас йўллари орқали тушадиган аллергияларга (ўсимлик ва бошқа турдаги чанглар, аквариумдаги балиқчалар озикаси, эпидермал аллергиялар: жун, уй ҳайвонларининг кепаци ва сўлаги, от кепаци)

эшакеми кўринишидаги реакция ривожланади. Касаллик дори воситалари (пенициллин ва бошқа антибиотиклар, сульфаниламидлар, новокаин, ацетилсалицил кислотаси, В гуруҳидаги витаминлар, йод препаратлари, даво зардоблари) таъсирида, ҳашаротлар чақиши, глистли инвазия, лямблиялар оқибатида ривожланиши мумкин. Физик омиллар (совук, иссиқ, кўёшда тобланиш, чўмилиш), руҳий таъсирлар касаллик ривожланиши учун туртки ҳисобланади. Тезкор турдаги аллергиянинг бирламчи медиаторлари (гистамин, МРС-А, эозинофил ва нейтрофилларнинг хемотоксик ҳамда базофилли калликринли омиллари) семиз ҳужайра ва базофиллардан ажралиб, иккиламчи медиаторлар – кининлар ва комплементни авжлантириб, простогландин ва серотонин ажралиб чиқишини фаоллаштиради. Буларнинг ҳаммаси биргаликда томирлар ўтказувчанлигини ошириб, маҳаллий шиш ривожланишига олиб келади. Аллерген билан алоқада бўлгандан кейин бир неча дақиқа ўтгач, бемор терисида эритема, кучли қичувчи уртикар элементлар пайдо бўлади. Теридаги тошмалар турли-туман кўринишга эга: тугунчали, турли катталиқдаги ва шаклдаги пуфакчалар. Озик-овқат аллергиясига боғлиқ реакцияда тошмалар тошишидан олдин тил, лаб ва лунж соҳаларида санчилишлар, шиш, кўпинча қоринда кескин оғриқлар кузатилади, оғиз ва анал тешик атрофида дерматит пайдо бўлади. Аксарият ҳолларда конъюнктивит, баъзан эса ҳиқилдоқ шиши оқибатида нафас олишнинг қийинлашиши кузатилади. Айрим беморларда қайт қилиш, коллапс, анафилактик шок ривожланади.

Ангионевротик шиши (гигант эшакеми, Квинке шиши) – тери ва тери ости тўқимасининг чуқур қаватлари шикастланиши натижасида ривожланади. Бу нафақат терида, балки ички аъзолар - нафас олиш, ошқозон-ичак тизимларидаги бириктирувчи тўқималарда ҳам ривожланиши мумкин. Касалликнинг умумий белгилари: иситма, кўзгалувчанлик, артралгия, коллапс, эозинофилия бўлиб, аммо сийдикда ўзгаришлар кузатилмайди. Шиш аниқ чегараланган кўп микдорда бўлиб, тананинг ҳар қандай қисмида, кўпинча лунж, лаб, кўз атрофи, тил, қўл, оёқ ва жинсий аъзолар соҳаларида жойлашади. Унга учувчанлик ва тўсатдан тананинг бирор қисмида пайдо бўлиш хос. Шишган тўқима қаттиқ эластик консистенцияга эга, тери ранги ўзгаришсиз. Ҳиқилдоқ ва мия қобиклари шиши ўта хавфли ҳисобланади. Квинке шиши давомийлиги бир неча соатдан бир неча кун, ҳатто бир неча ҳафтагача бўлиши мумкин.

Трихиниллёзда кўпинча юз, айрим ҳолларда эса бўйин ва тана шиши кузатилади. Шишдан ташқари гастроэнтерит белгилари, миозит, иситмалаш ва қонда эозинофилия кузатилади. Ҳашаротлар чакқанда шиш зарарланган соҳада ҳосил бўлиб, Квинке шиши кўринишида кечиши мумкин.

Наслий ангионевротик шишлар тери ва шиллиқ қаватларни қайталовчи шиши кўринишида кечиб, тананинг турли қисмида (юз, оёқ-қўллар, нафас йўллари, ошқозон-ичак ва урогенитал тизим шиллиқ қаватида) пайдо бўлади ва 48–72 соатдан кейин йўқолади. Шишган тўқимада

оғрик, гиперемия ва кичиш кузатилмайди. Бундай шишларни даволашда антигистамин ва кортикостероид дори воситалари самара бермайди. Жароҳатланиш, жисмоний зўриқиш, механик босим, жинсий алоқада бўлиш, туғрук, ҳайз кўриш, тиш олдириш ва бошқа ҳолатлар ангионевротик шишларнинг кўзғалишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади. Касаллик оилавий хусусиятга эга бўлиб, комплементнинг биринчи компоненти (C_1 -ингибитори) ингибиторини ирсий нуқсони сабабли келиб чиқади. Шунингдек, орттирилган C_1 -ингибитори нуқсони ҳам мавжуд бўлиб, бу ёлгон наслий ангионевротик шиш дейилади.

Дори воситалар таъсирида ривожланадиган шишлар

Узоқ вақт давомида аналгетик (бутадон, реопирин, напроксен, ибупрофен, индометацин, диклофенак натрий), айрим гипотензив воситалар (исмелин, изобарин, клофелин), БАБ, КА, ГКС, жинсий гармонлар (эстроген, прогестерон, тестостерон), антидепрессантлар (ниаламид, сиднофен, индолан) қабул қилганда шишлар ривожланиши мумкин. Дори воситаларига сенсibiliзация натижасида юзага келадиган аллергия шишлар бу гуруҳга кирмайди. Одатда кўринарли (бармоқ билан босганда из қоладиган) шишлар кузатилмайди, лекин дориларнинг гармон алмашинувиға таъсирида организмда суюклик ушланиб қолиши натижасида диурез камайиши ва тўқималар шиши кузатилиши мумкин. Айни вақтда сийдик таркиби ўзгармайди. Шишлар эрталаблари ковоқ ва юз соҳасида пайдо бўлиб, юмшоқ консистенцияга эга бўлади. Аксарият ҳолларда шишлар болдир ва товон атрофида жойлашади. Дори бекор қилинганда кейин улар ўз-ўзидан йўқолади.

Яллиғланиш билан боғлиқ шишлар

Яллиғланиш шишлари чегараланган бўлиб, фурункул, карбункул, флегмона ва бошқа йирингли ўчоқлар атрофида жойлашади. Шиш кўп микдорда водород ионлари тўпланган яллиғланиш ўчоғига томирлардан қоннинг суюқ қисми сизиб чиқиши натижасида пайдо бўлади. Яллиғланиш шишлари устида тери кизарган, тинч ҳолатда ёки пайпаслаганда оғрик, симметрик соҳага нисбатан маҳаллий ҳарорати кўтарилган. Улар одатда битта қўлда ёки оёқда ривожланади. Сийдик чўкмасида деярли ўзгаришлар кузатилмайди. Айрим ҳолларда интоксикация ҳисобига ҳарорат кўтарилиши ва ўтиб кетувчи протеинурия (оқсил изи кўринишида) аниқланиши мумкин.

Микседемадаги шишлар

Микседемали шишлар яққол ифодаланган бирламчи ёки иккиламчи гипотиреозда кузатилиб, организмда тиреоид гармонлар этишмовчилиги сабабли юзага келади. Бунда тўқима гипофиллиги ошади ва меърдан ортик шишади. Бирламчи гипотиреоз аёллар орасида кўпроқ учрайди. Уйқучанлик, увушиш, ҳолсизлик, кам ҳаракатчанлик, хотира пасайиши, гапиришнинг секинлашиши, тез чарчаш, иш қобилиятининг камайиши, артралгиялар, юз ва оёқ-қўлларда ўзига хос шиш пайдо бўлиши унинг асосий клиник белгиларидир. Қўл ва оёқлардаги шишлар зич бўлиб,

босганда из қолмайди. Юз ва қовоқларда ҳам бир оз шиш кузатилади. Шиш суюқлиги шилликни эслатгани сабабли у шилликли шиш-микседема деб аталган. Тери қоплами куруқ, рангпар, сарғиш тусда. тил қалинлашган, четларида тиш излари мавжуд. Бемор товуши хириллаган, соч синувчанлиги, бош ва қошнинг латерал қисми ҳамда чов сочлари тўкилиши кузатилади. Тана ҳарорати паст. Юрак тонлари бўғиқ, брадикардия, айрим ҳолларда юрак уриш сони меъёрида ёки тахикардия аниқланади. Қон босими пасайган, 10-20% ҳолларда гипертензия кузатилиб, тиреоид дори воситалари билан даволаганда яхши самара беради. Беморларда гипохром темир етишмовчилиги анемияси ривожланади. Баъзан бирламчи гипотиреоз билан оғриган беморларда лакторея ва аменорея ривожланиши мумкин. Иккиламчи гипотиреоз гипофиз фаолиятини қисман ёки бутунлай бузилиши билан бирга кечади (пан-гипопитуитаризм). Микседема тўғрисидаги тўлиқ маълумот билан «Қалқонсимон без касалликлари»га бағишланган марузада танишишингиз мумкин.



5-расм

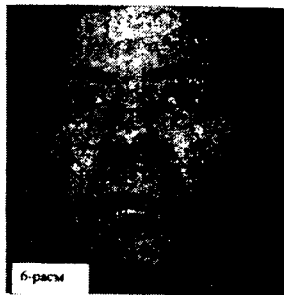
Тизимли склеродермиядаги шишлар
Терининг склеродермиядаги шикастланиши кўпинча қўл панжаларида ва юзда жойлашган зич шиш, индурация ва атрофия кўринишида бўлиб, Рейно синдроми билан бирга кечади. Жараён қўл панжаси ва юз соҳасида жойлашиб, зичлашган шиш, индурация ҳамда атрофия босқичлари фарқланади. Бу касалликда шиш бир неча ҳафтада теридаги индурация билан алмашади. Ушбу босқичда тери ранги ўзгаради (гиперпигментация ва

депигментацияни алмашиб келиши), томир сурати яққол кўриниб қолади, асосан юзда ва кўкрак соҳасида телеангиэктазиялар пайдо бўлади (5-расм).

Атрофия босқичида эса тери тортишиши, ялтираши, буруннинг ўткирлашиши, оғиз атрофида кисетсимон бурмалар пайдо бўлиши ва унинг очилиши қийинлашиши кузатилади. Ташхислашни аниқлашда касалликка хос шиш белгилари билан бирга мавжуд бўлган бошқа мезонлари ҳам ҳисобга олинади. Тери, милк ёки тўғри ичакдан биоптат олиб микроскопик текшириш йўли билан ташхис тасдиқланади.

Дерматомиозитдаги шишлар

Дерматомиозит силлик мушак ва терининг тизимли яллиғланиш касаллиги ҳисобланади ва кўпроқ елка ва тоз камари соҳасидаги мушакларда тинч ҳолатда, ҳаракатда ва пайпаслаганда оғриқ ҳамда кучайиб борувчи ҳолсизлик каби белгилар билан кечади.



6-расм

Шикастланган мушак зичлашади, ҳажми катталашиб шишади, уларда фаол ҳаракат чегараланади. Касаллик ривожланиб борган сари бемор мустақил равишда оёқларини кўтара олмайди, бошини ёстикдан ололмайди ва уни тутиб тура олмайди. Қисқа вақт ичида улар умуман ҳаракатсизланадилар. Дисфония, дисфагия, дисартрия пайдо бўлади. Агар эрта даврларда мушаклар оғриқли ва шишган бўлса, кейинчалик дистрофия ва миолизга учраган мушак толалари ўрнини миофиброз эгаллайди ва атрофияга учрайди, контрактуралар, айрим ҳолларда кальциноз ривожланади. Параорбитал шиш, бинафша рангдаги эритема касалликнинг патогномик белгилари ҳисобланади (6-расм). Диафрагма ва қовурғалараро мушаклар шикастланиши натижасида нафас етишмовчилиги ривожланади. Қон зардобиди креатинфосфокиназа, аминотрансфераза ферментларининг ошиши кузатилади. Ташхис касалликка хос клиник белгилар электрокимография ва биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

Тизимли склеродермияда ва дерматомиозит касалликлари «БТТК»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Идиопатик шишлар

Идиопатик шишлар бошқа шишларни инкор қилиш йўли билан таъхисланади. Асосан репродуктив ёшдаги аёлларда учраб, бир кун давомида тана вазнининг 2 ва ундан кўпроқ килограммга ўзгариб туриши билан намоён бўлади. Кечга бориб болдирнинг пастки учдан бир қисмида ва тўпиқ атрофида шиш кузатилади ва иссик ҳавода кучаяди. Шу соҳада енгил қичиш кузатилиши мумкин. Улар ётоқ тартибига риоя қилганда ва сийдик ҳайдовчи воситалар қабулидан сўнг камаяди. Айрим ҳолларда эрталаблари қорин, сут безлари, қўл ва юз соҳаларида ҳаракатда камаювчи шишлар кузатилади. Бу шиш юзага келишида ортостатик механизм муҳим аҳамиятга эга.

Ҳайз кўриш олди (даврий) шишлар

Ҳайз кўриш олди (даврий) шишлар асосан аёллар менструал циклининг иккинчи ярмида болдир соҳасида кузатилади ва у цикл бошланиши арафасида яққол номоён бўлади. Ушбу даврда бошқа белгилар, бош оғриши, ҳолсизлик, уйку бузилиши, иштаҳа ортиши, таъсирчанлик ҳам учрайди. Об-ҳаво иссик бўлганда ҳайз олди шишлари яққол кўринади.

Ҳомиладор аёллардаги шиш

Ҳомиладор аёлларда шишлар юрак етишмовчилиги, сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритнинг кўзиши ва кечки токсикозлар натижасида юзага келади. Ҳомиладорлар истисқоси (водянқаси) ҳомиланинг 30-ҳафтасида, камдан-кам ҳолларда 25-ҳафтасида ривожланади. Бу кечки токсикознинг илк белгиларидан бири бўлиб, шишлар олдин оёқларда, кейин ташки жинсий аъзоларда, қориннинг олдинги деворида, бел ва юзда пайдо бўлади. Шишган тўқима юмшоқ ва нам. Асцит ва гидроторакс камдан-кам ҳолларда ривожланади. Агар ҳомиладор аёлда шиш артериал гипертензия ва протеинурия билан бирга кечса, презкласия ҳақида ўйлаш лозим.

Оёқлардаги шишларни таққослама ташхислаш

Оёқлардаги шишлар сабаби:

- чуқур веналарнинг ўткир тромбози;
- сурункали веноз етишмовчилик (СВЕ);
- лимфедема;
- сурункали артериал етишмовчилик;
- кон айланиш етишмовчилиги (ЮИК, юрак нуқсонлари, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали ўпка юраги);
- жигар касалликлари (цирроз, рак);
- остеоартикуляр касалликлар (ДОА, реактив полиартритлар);
- идиопатик ортостатик шишлар.

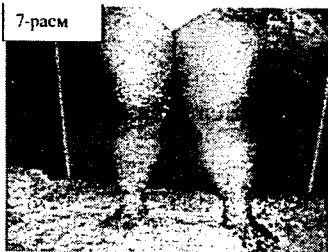
Оёқ шишларининг асосий ташхисий мезонлари 1-жадвалда келтирилган.

1 -жадвал

Касаллик	Шишнинг пайдо бўлиш вақти ва хусусияти	Шиш жойлашуви	Кўшимча мезонлар
Чуқур веналарнинг ўткир тромбози	Тромбоз ривожланганда пайдо бўлади. Биринчи кунлари кўпайиб бориб, кейинчалик доимий бўлиб қолади	Болдир ёки сонболдир (тромбозни жойлашган жойига боғлиқ) соҳасида	Шиш тўсатдан пайдо бўлади. Оғрик билан бирга кечадди Шикастланиш кўпинча бир томонлама. Веналар варикоз кенгайиши кам учрайди
СВЕ: варикоз касаллиги	Ўтиб кетувчи ва кўпроқ куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлади	Болдирнинг пастки учдан бир қисми, тўпик олди соҳаси	Веналар варикоз кенгайиши хос бўлиб, кўпинча икки томонлама бўлади
СВЕ: тромбофлебитдан кейинги касаллик	Доимий	Болдир ёки сонболдир (тромбозни жойлашган жойига боғлиқ)	Касаллик бошлангандан бир неча йил ўтгач веналар варикоз кенгайиши кузатилади. Шикастланиш кўпинча бир томонлама бўлади

Лимфедема	Куннинг иккинчи ярмида (бошланғич босқичларида), кейинчалик доимий бўлиб қолади	Болдир ва оёқ панжаси (сондаги шишлар касаллигининг 3–4- босқичларида пайдо бўлади)	Шикастланиш кўпинча бир томонлама бўлиб, кам ҳолларда веналар варикоз кенгайиши учрайди
Флеболимфедема	Куннинг иккинчи ярмида ўтиб кетувчи	Болдирнинг пастки учдан бир қисми ва оёқ панжаси	Веналар варикоз кенгайиши учрайди. Кўпинча икки томонлама шикастланиш ва трофик ўзгаришлар кузатилади
Остеоартикуляр касалликлар	Ўткир даврида пайдо бўлиб, кейинчалик камайиб боради	Шикастланган бўғимлар атрофида кучли оғрик ва улар ҳаракатининг чегараланиши кузатилади	Яссиоёқлик, Hallux valgus
Ички аъзолар касалликлари	Шишлар доимий бўлиб, пайдо бўлиш вақти асосий касаллигининг ривожланиш даражасига боғлиқ	Болдирнинг пастки қисми	Доимо икки томонлама; Асосий касаллик белгилари яққол намоён бўлади
Сурункали артериал етишмовчилик	Критик ишемия ҳолатида доимий субфасциал шиш кузатилади	Болдир (сон ҳеч қачон шишмайди)	Касаллик кўпинча эркаклар орасида учрайди ва доимо артериал ишемия белгилари мавжуд бўлади
Идиопатик ортостатик шишлар	Вертикал ҳолатда пайдо бўлиб, ўтиб кетувчи характерда	Болдирнинг пастки қисми	20–30 ёшдаги аёлларда учрайди
Липедема	Ўсмирлик ёки навқирон ёшда	Болдир	Аёллар орқали наслдан-наслга узатилади ва болдирни пайпаслаганда оғрик хисси пайдо бўлади

7-расм



Веноз шишлар

Веноз шишлар аксарият ҳолларда чуқур веналар тромбози билан боғлиқ бўлиб, ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Ўткир тромбоз учун шиш соҳаси пайпасланганда оғриқ безовта қилиши ва из қолиши ҳамда унинг тўсатдан юзага келиши хос. Беморлар қиска вақт ичида бир оёғи иккинчисига нисбатан бир неча баробар катталашганини

таъкидлайдилар (7-расм). Касаллик бошида шиш ривожланиб борувчи бўлиб, тикилувчи оғриқ билан бирга кечади. Шикастланган оёкнинг сон ва чов соҳасида вена сураги пайдо бўлади. Бир неча ҳафтадан кейин тромботик хосилаларнинг реканализацияси ва чуқур веналар ўтказувчанлиги бир оз тикланганлиги сабабли шишлар регрессияга учрайди, лекин тўлиқ йўқолмайди. Веноз тромбозлар кўпинча битта оёкнинг болдир ва сон соҳаларини эгаллайди. Бу ҳолат илиофеморал веноз тромбози деб юритилади.

8-расм



Сурункали веноз етишмовчилик

СВЕда фильтрация тезлиги деярли ўзгармайди ва шу сабабли шиш пайдо бўлишида реабсорбция ва лимфа оқими бузилиши асосий аҳамиятга эга. Веноз димланишда реабсорбция қийинлашади ва тўқималар аро суюқлик миқдори ошади. Ортикча суюқлик маълум вақтгача лимфатик капиллярлар орқали олиб чиқилади. Вақт ўтиши билан бу нозик мувозанат бузилади, лимфа тизимининг заҳира имкониятлари етишмовчилиги юзага келади ва натижада шиш ривожланади. СВЕ мавжуд бўлган беморларда шиш пайдо бўлишига олиб келувчи омиллардан бири лимфа тизимининг туғма ёки орттирилган нуксонлари деб ҳисоблаш мумкин.

Бу синдром оёқларнинг варикоз ёки посттромбофлебитик касалликларида кузатилади. Уларда клиник манзара ўхшаш бўлишига қарамасдан, шиш синдромининг пайдо бўлиш сабаблари турличадир. Варикоз касаллигида шишлар маълум бир сабабларга кўра бемор ўз вақтида керакли муолажани олмаганда ривожланади. Бунда аксарият ҳолларда жараён икки томонлама бўлиб, оёқлар юзаки веналарининг тугунли трансформацияси кузатилади. Шишлар веналарда биринчи варикоз ўзгаришлар пайдо бўлгандан кейин бир неча йил ўтгач пайдо бўлади. У куннинг иккинчи ярмида тўпиқ атрофида ва болдирнинг пастки қисмларида аниқланади. Айрим ҳолларда шишларни аниқлаш қийин бўлиб, субъектив белгиларга асосланишга тўғри келади. Беморлар кечга бориб

доимий фойдаланиб юрган пойафзалларини ноқулайлик яратаётганига (ўлчамнинг «кичиклашиши»), пайпоқ изи қолишига («пайпоқ» белгиси) шикоят қиладилар. У ўтиб кетувчи хусусиятга эга бўлиб, кечкурунги хордиқдан кейин йўқолади. Тўғри даволанмаганда шишлар яққол намоён бўлади. Фақат даво чоралари кеч бошланган ҳолларда шиш эрталаблари ҳам сақланиб қолади ва уни бартараф этиш учун бир неча кун давомида ярим ётоқ ҳолатда бўлиш тавсия этилади. Варикоз касаллигида сон ва болдирнинг мушаклари яхши ривожланган проксимал қисми ҳеч қачон шишмайди.

Посттромбофлебитик касалликда манзара мутлақо бошқача бўлади. Шиш касаллиқнинг илк белгиси бўлиб, ўткир веноз тромбоз даврида пайдо бўлади ва маълум бир миқдорда доимий сақланиб қолади. Бир неча йиллардан кейин веналарни варикоз трансформацияси кузатилади ва у иккиламчи ҳисобланади. Бунда шишлар доимий бўлиб, кўпинча нафақат болдирни, балки сонни ҳам эгаллайди.

СВЕнинг қўшимча белгиларидан яна биттаси юза тўқималардаги трофик ўзгаришлар (гиперпигментация, липодерматосклероз, трофик яра) бўлиб, бу белгилар ўткир веноз тромбозда ҳеч қачон кузатилмайди (8-расм). Стеммер белгиси СВЕ ни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Ушбу беморларда иккинчи бармоқ асосидаги терини бўрмага йиғиш мумкин (манфий белги). Товонда шиш ва мусбат Стеммер белгиси лимфатик тизим тугма ёки орттирилган (сарамас, лимфангитдан сўнг) шикастланганидан далолат беради.

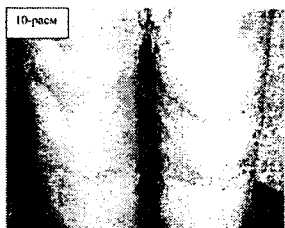


Лимфатик шишлар

Лимфа оқимининг бузилиши 80-90% ҳолларда аёлларда учрайди. Бу тугма (бирламчи лимфедема) хусусиятга эга бўлиб, болалик, ўсмирлик ёки навқирон (30 ёшгача) ёшда юзага чиқади. Бирламчи лимфатик шишлар асосан 10-40 ёш оралиғида кўп кузатилади ва бир томонлама бўлиб, лимфатик томирлар ривожланиши аномалиясида кузатилади. Бунга сурункали шиш билан намоён бўладиган наслий лимфа тугунлари нуқсони билан боғлиқ Нонпе-

Мейге-Миллой касаллиги киради.

Касаллик бошланишида шишлар ўтиб кетувчи хусусиятга эга бўлиб, куннинг иккинчи ярмида товон ва болдир соҳасида пайдо бўлади (9-расм). Айрим ҳолларда касаллик белгилари бир неча ҳафта ёки ойга йўқолади. Кейинчалик шишлар доимий ва бутун оёқни эгаллаши ҳамда товонни ёстиксимон шиши кузатилиши мумкин. Бирламчи лимфедемада веналарни варикоз кенгайтиши кам қайд этилади. Лимфатик шишлар доимий ва оёқни кўтариб ётганда кам регрессга учрайди. Шишган соҳа териси “апелсин пўстлоғи” га ўхшаб қалинлашади ва пальпацияда оғриқли бўлади.



Иккиламчи лимфедема бир неча марта ўтказилган сарамас касаллиги оқибатида ривожланади. Бунда шишлар касаллик иккинчи ёки учинчи марта қайталагандан сўнг пайдо бўлиб, кейинчалик доимий сақланиб қолади. Сарамассимон яллиғланиш кўпинча СВЕ бор беморларда кузатилади, шунинг учун инфекциядан кейин ривожланган иккиламчи лимфедемада вена тизими касалликларига хос белгилар, веналарни варикоз кенгайиши, тери ва тери ости тўқимасидаги трофик ўзгаришлар аниқланади.

Остеоартикуляр касалликларда учрайдиган шишлар

Оёқ бўғимларидаги яллиғланишлар ёки дегенератив- дистрофик ўзгаришлар натижасида юзага келган шишларни аниқлаш унча қийин эмас. У кўпинча касалликнинг ўткир даврида, шикастланган бўғим соҳасида пайдо бўлади ва оғриқ ҳамда ҳаракатнинг чегараланиши билан бирга кечади. Даводан кейин шиш ўтиб кетади, лекин жараён узок давом этганда бўғим атрофидаги деформация («ёлғон шиш») сақланиб қолади (10-расм). Бўғим касаллиги мавжуд бўлган беморларда шиш билан бирга ясси оёқлик ва панжанинг вальгусли деформацияси кузатилади.



Липедема

Болдир тери ости ёғ қавати ҳажмининг симметрик катталаши-шига липедема дейилади (11-расм). Бунда сон ва оёқ панжаси шакли ва ҳажм ўзгармасдан ўзига хос кўринишга эга бўлади. СВЕ белгилари аниқланмайди. Уларга оёқлардаги симметрик шикастланиш, ортостатик ҳолатга боғлиқ ҳолда менструциядан олдин кўп ўтириш, иссик сувда чўмилиш, назоратсиз кўп миқдорда ош тузини истеъмол қилгандан кейин кучайиш хосдир. Беморлар оёқларидаги шишларга шикоят қилиб келганликларига қарамасдан, бу ҳолатни шиш деб бўлмади, лекин болдир соҳаси пайпасланганда оғриқ кузатилади. Липедема фақат аёлларда ва уларнинг аёл қариндошларида учраши касаллик тери ости тўқимасининг наслий нуқсони билан боғлиқ деган гумонга асос бўлади.

Жароҳатдан кейинги шишлар

Жароҳатдан кейинги маҳаллий шишлар пай ёки мушаклар йиртилиши, қон қуйилишлар (гематома), «ўтиш йўли» синдромлари натижасида юзага келади ва улар қўққисдан оғриқ синдроми билан бирга пайдо бўлади. Масалан, болдир мушаги йиртилишида қон қуйилиш, тизза ости кистасида веналар босилиб қолиши сабабли, болдирнинг қуйи қисмида тўсатдан шиш пайдо бўлиб, тизза ости соҳасини босганда оғриқ кузатилиши хос. Бундай ҳолларда жараён бир томонлама бўлади.

Умумий амалиёт варачи тактикаси

УАВ шиш синдроми аниқланган бемор билан тўғри ва ўзаро ишончли алоқа ўрнатиши, унинг шикоятларини, анамнезини ва объектив кўрик натижаларини чуқур таҳлил қилиши ҳамда уларга асосланган ҳолда ташхис қўйиши, текшириш ва керакли даволаш режасини тавсия қилиши, зарур бўлса ихтисослаштирилган шифохоналарга юбориши лозим. Ташхисий изланишнинг биринчи босқичи беморда ҳақиқатдан ҳам шиш синдроми борлигини аниқлашдан иборатдир.

Ёши катта одам организмда 2-3, ҳатто 6-7 литргача суюқлик йиғилганда ҳам кўзга кўринадиган ва пайпаслаганда аниқланадиган ҳеч қандай белгилар бўлмаслиги мумкин. Улар яширин шишлар деб аталади ва аниқлаш учун ҳар куни бемор вазни ўлчаниши, кунлик сув мувозанати (яъни кун давомида қабул қилинган, шу жумладан, суюқ таомлар ва шарбатлар) ҳамда кунлик диурез миқдори аниқланиши керак. Танада суюқлик ушланиб колганида кўзга кўринадиган шишлар пайдо бўлишидан олдин, нафақат тана вазни (кунига 0,5-1 кг. га) ортиши, балки қабул қилинган суюқликка нисбатан сийдик миқдорининг камайиши қайд этилади. Яширин шишлар ўз-ўзидан ёки сийдик ҳайдовчи дори воситалари таъсирида қайтганда тана вазни тез камаяди ва диурез миқдори кун давомида қабул қилинган суюқликка нисбатан кўп бўлади.

Тўқималарни шишга мойиллигини Мак-Клор-Олдрич синамаси ёрдамида аниқлаш мумкин. Кичкина игнали шприц билан билак олд сатҳи соҳа териси остига 0,2 мл изотоник эритма юборилади. Гидрофиллиги меъёрида бўлган тўқимада пуфакча 60 дақиқада секин сўрилади. Тўқима гидрофиллиги ошган, яширин шишларга мойил бўлган беморларда пуфакчанинг сўрилиш даври қисқаради ва 40-30-20 дақиқани ташкил этади (тўқима гидрофиллик даражасига боғлиқ). Тўқималарда шиш ривожланишига мойиллик юқори бўлганда пуфакча умуман ҳосил бўлмайди ва изотоник эритма ўша заҳоти сўрилиб кетади.

Шиш илк бор аниқланганда, унинг бирламчи жойлашган ўрни, қандай шароитда пайдо бўлганлиги ва унинг хусусиятлари аниқланади. Шу билан бир қаторда ўтказилган ёки мавжуд бўлган ички аъзолар касалликлари тўғрисидаги маълумотлар ҳамда шиш ҳансираш билан бирга кечиши суриштирилади. Бемор тўлиқ физикал текширувдан ўтказилиб, юрак, жигар, буйрак ва ошқозон-ичак тизими ҳолати баҳоланилади.

Шиш мавжуд бўлган беморларни қўшимча текшириш усуллари

Ўтказиллиши лозим бўлган минимал лаборатор ва асбобий текширишлар:

Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, қон таркибидаги умумий оқсил ва унинг фракциялари, электролитлар миқдори, ЭКГ, кўкрак қафаси аъзолари рентгеноскопияси.

Кўрсатмалар бўлганда ўтказиладиган қўшимча лаборатор-асбобий текширишлар:

- кон зардоби оксиллари электрофорези;
- жигар фаолиятини акс эттирувчи синамалар;
- конда T_3 , T_4 ва ТТГ миқдорини аниқлаш;
- УТТ, ЭхоКГ;
- кўкрак қафаси КТ;
- радиоизотоп ангиография;
- веналарни доплерли ультратовуш текшириш (кон окимини рангли кодлаш билан доплерография ва ангиосканирлаш);
- флебография;
- буйракларни КТ;
- корин бўшлиғи аъзолари КТ;
- лимфангиография (дулексли ангиосканирлаш, радионуклидли лимфография);
- биопсия.

Шишлар мавжудлиги аниқланган беморларни даволаш тамойиллари

Суюқлик тўпланишига олиб келган касалликни даволаш парҳезга риоя қилинган ҳолда этиологик (асосий касалликни даъволаш), патогенетик ва симптоматик тамойилларга амал қилиниб, тўлақонли олиб борилиши лозим.

Сурункали кон айланиши етишмовчилиги оқибатида ривожланган шишларни даволаш

Қуйидаги даволаш тартибига риоя қилиш керак:

▶ СҚАЕ га олиб келган касалликларни даволаш;

▶ беморларга уйда ва ишхонада оптимал жисмоний ва руҳий шароит яратиш. Кон айланиши етишмовчилигининг I-босқичида иш ва дам олиш тартибига амал қилиш, енгил жисмоний ҳаракат билан шуғулланиш. Оғир босқичларида эса жисмоний ҳаракатни чегаралаш, доимий ёки даврий равишда ётоқ ёхуд ярим ётоқ тартибини буюриш;

▶ тўла қувватли, тез ҳазм бўладиган, оқсил, витаминлар ва калийга бой 10 ва 10а парҳез дастурхони (шунингдек, старли миқдорда ҳўл мевалар ва сабзавотлар) тавсия этилади. Организмда суюқлик ушланиб қолиши юқори бўлган ҳолларда ва АГ кузатилганда ош тузи чекланади. Беморда массив шишлар мавжуд бўлганда эса қисқа муддатли тузсиз ва кун давомида бир хил таркибда натрий хлориди жуда кам бўлган енгил ҳазм бўладиган (гуручли, творогли, олма-гуручли ва бошқалар) таомлар буюрилади;

▶ дорилар билан даволаш СҚАЕ сабаблари, белгилари ва босқичлари инобатга олинган ҳолда самараси исботланган ААФИ, АРА, БАБ, СХД, ЮГ, АК ва кўрсатмалар бўлганда нитратлар каби воситалар билан олиб борилади. Уларни асосий равишда бекор қилиш кўпинча касалликнинг зўрайишига олиб келади.

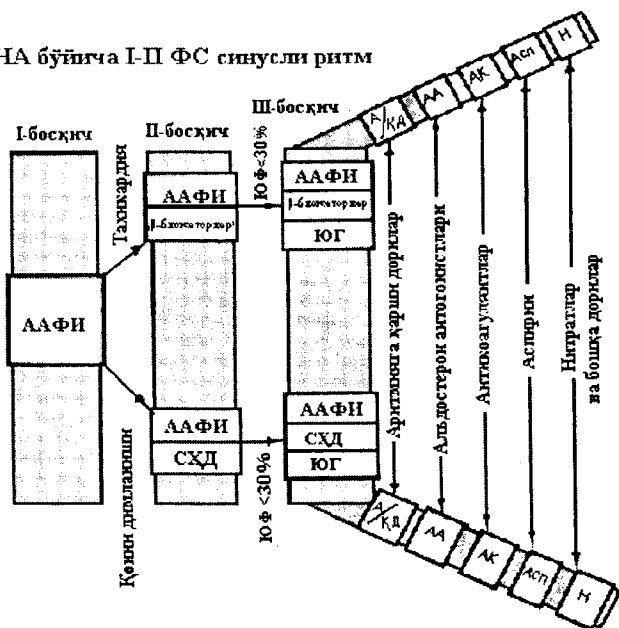
Қуйидаги 1-а, б ва 2-а, б чизмаларда СҚАЕ нинг турли босқичлари (НУНА бўйича) ҳамда клиник намоён бўлиш хусусиятларидан келиб чиқиб, оптимал даволаш усуллари келтирилган. Мабодо беморларда ААФИ қабул қилганда асоратлар кузатилса, унинг ўрнига АРА гуруҳидаги дорилар буюрилади.

1-чизма.

НУНА бўйича I-II ФС синусли ритм

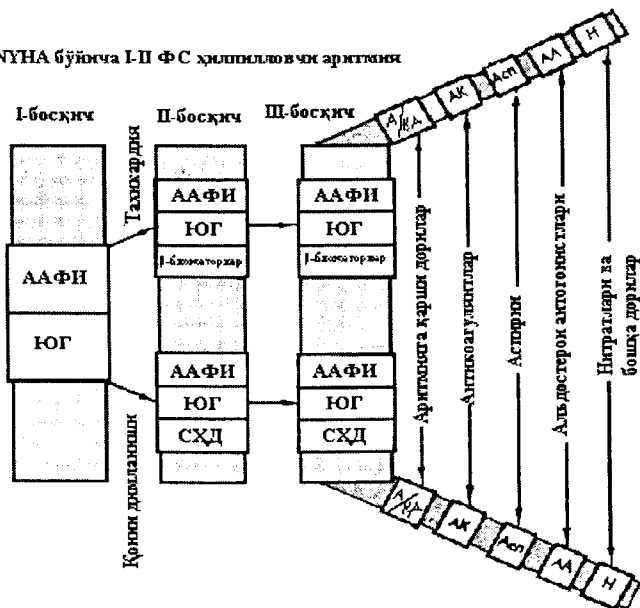
а)

ААФИ – ангиотензионни айланттирувчи фермент ингибиторларки СХД – сийдик ҳайдовчи дорилар ЮГ – юрак гликозидлари ЮФ – юракни қон отиб бериши фракцияси



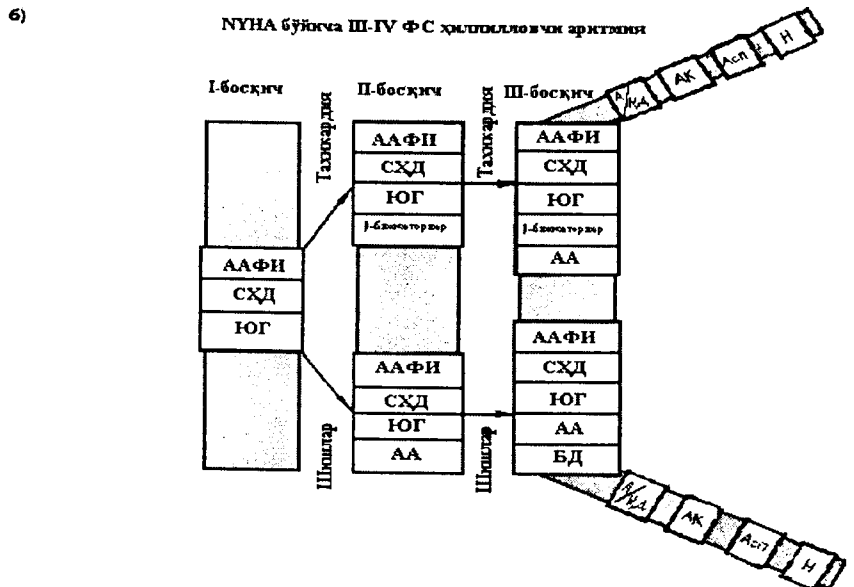
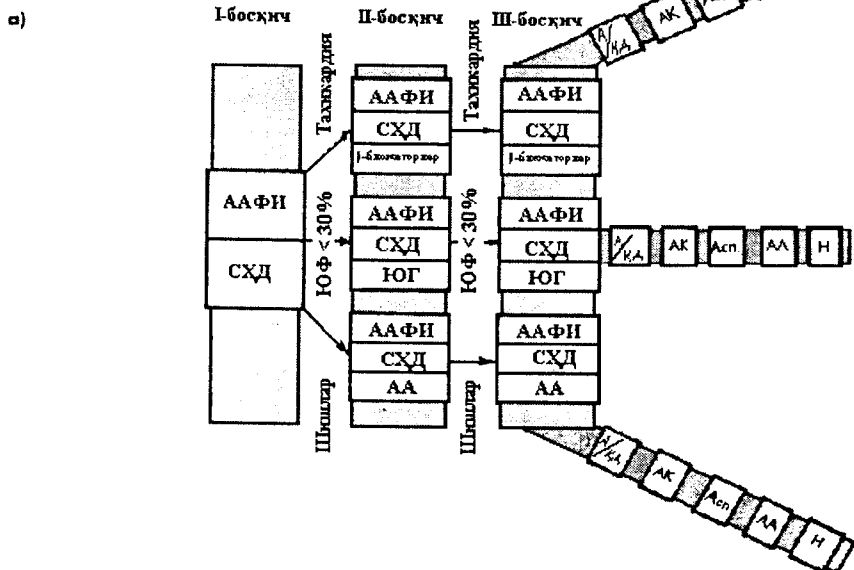
б)

НУНА бўйича I-II ФС ҳрипелловчи ритмга



2-чизма.

НУНА бўйича III-IV ФС суюқлик ритми



ААФ ингибиторлари. Буни қўллаш беморлар умрини узайтириши ва ҳаёт сифатини яхшилаши кўп марказли кузатувлар натижасида исботланган.

ААФИ ангиотензин II ҳосил бўлишини камайтиради, артерия ва веналарни кенгайишига (дилатация) сабаб бўлади. Олдинги ва кейинги юктамаларни камайтириб, юракнинг систолик ва диастолик фаолияти яхшиланишига олиб келади. Бунда тизимли вазоделатацияга жавобан тахикардия кузатилмайди. Деярли барча ААФИ (фозиноприлдан ташқари) танадан буйрак орқали чиқарилади, шу сабабли СБЕ мавжуд бўлган ҳолларда тавсия этилаётган дори дозаси 2-3 мартага камайтирилиб, қондаги креатинин миқдори ва протеинурия синчковлик билан кузатиб борилади. Буюриладиган дорининг оптимал миқдори: *берлиприл* кунига 25 мг.дан 3 марта, *эналаприл* 10-20 мг.дан 2 марта, *лизиноприл* 10-20 мг. - 1 марта, *рамиприл* 5 мг. - 1 марта, *беназеприл* 10-20 мг.дан 1-2 марта буюрилади. Лекин ҳар бир ҳолатда бемор аҳоли, ҚБ кўрсаткичи ва мавжуд ёндош касалликлардан келиб чиқиб дори дозаси индивидуал танланади. ААФИ яхши самара бермаганда ёки уларни қўллашга қарши кўрсатма бўлганда, **ангиотензин II рецепторлари антагонистлари (АРА):** *лазартан* 25-100 мг. кунига 1-2 марта, *валсартан* 80-320 мг. кунига 1 марта, *тевиген* 600 мг. кунига 1 марта, *кандесартан* 4-32 мг. кунига 1-2 марта қўлланилади.

β-адреноблокаторлар. СҚАЕни даволашда ўтган асрнинг 90-йилларидан бошлаб кенг қўлланилган ҳамда самараси исботланган дорилар гуруҳига киради. Улар симпагоадреналин тизим фаоллигини камайтиради. БАБ СҚАЕ, зўриқиш стенокардияси, АГ, ҳилпилловчи аритмиянинг тахисистолик тури ва синусли тахикардия билан бирга келганда ААФИ, диуретиклар, кўрсатмага кўра ЮГ билан биргаликда қўллаш мумкин. БАБ минимал дозадан бошлаб ҳар 2-4 ҳафтада миқдори кўтариб борилади. *Метопролол* (кунига 12,5-25 мг, 200 мг.гача ошириб борилади), *небилет* (кунига 1,25 мг-10 мг/кунига), *карведилол* (кунига 25 мг. 2 марта). Агар СҚАЕ белгилари кескин кучайиб борса, бу гуруҳдаги дори воситаларини қабул қилиш тўхтатилади.

Сийдик ҳайдовчи воситалар. Улар нафақат шишларда, жигар катталашганда, ўпкада яққол димланиш белгилари, балки яширин шишлар мавжуд бўлган ҳолларда ҳам қўлланилади. Одатда кўрсатма бўлганда кам миқдордаги сийдик ҳайдовчи воситалар юрак гликозидлари билан бирга буюрилади. Уларни кўп миқдорда бериш ётоқ тартиби шароитида ўтказилади.

Даволаш тартиби ҳар бир бемор учун алоҳида танланади ва вақти-вақти билан ўзгартиришлар киритиб борилади. Одатда танаффусли даво—препаратни ҳафтада 2-3 марта ёки қисқа (2-4 кун) муддатга буюриш яхши самара беради. Қўлланилаётган у ёки бу препаратлар миқдори ва қабул қилиш сонини кўпайтиргандан кўра таъсир механизми турлича бўлган диуретикларни навбатма—навбат ёки биргаликда қўллаш лозим. Улар турғунлик вужудга келса, қабул қилишни вақтинча (5-7 кунга) тўхтатиб

туриш ёки таъсирни спироналактон (верашипирон) билан кучайтириш керак. Аксарият ҳолларда диуретикларни эрталаб оч қоринга қабул қилиш яхши самара беради. Агар беморга шу куни енгиллаштирувчи парҳез тавсия этилган бўлса, у 4-6 соат давомида ётоқ тартибида қолиши мақсадга мувофиқ. Кунлик диурез ортиши, шиш ва тана вазнининг камайишидан ташқари, жигар кичрайиши ҳамда ҳансирашнинг йўқолиши даво самарадорлигидан далолат беради. Яққол намоён бўлган бўшлиқлардаги шишлар, яъни гидроторакс, гидроперикард, асцитда суюкликни механик усул билан (пункция) чиқариб ташлаш мумкин. Сийдик ҳайдовчи дори воситаларининг асосий асоратлари гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия, гипохлоремик алкалоз, дегидратация ва гиповолемиа, айрим ҳолларда эса флеботромбоз ҳисобланади.

Таъсир қилиш жойига кўра куйидаги диуретик дори воситалари қўлланилади:

Коптокчаларга таъсир этувчи диуретиклар гуруҳига *теофиллин* ва *эфиллин* киради. Улар буйракда қон томирларни кенгайтириб, коптокчалар филтрациясини оширади ва натижада диурез кўпаяди. Жумладан, юрак гликозидлари ҳам коптокчалар филтрациясини оширади, проксимал каналчаларда натрийни қайта сўрилишини камайтиради ва натижада сийдик кўпроқ ажралишига олиб келади.

Проксимал каналчаларга таъсир этувчи диуретиклар: карбонгидраза ингибиторлари – *диакарб* (ацетозаламид, фонурит, диамокс) 0,15 ва 0,25 г. таблеткада, 0,5 капсулада кунига 1-1,5 таблеткадан 5 кун давомида ичилади ва кейин 2-3 кун дам олинади. У ўпка юрак етишмовчилигида, глаукома, эпилепсия, салицилатлар ва барбитуратлар билан заҳарланганда қўлланилади.

Осмотик диуретиклар – *маннит* (*манитол*) 10-20% ли эритма кўринишида 0,5 г/кг. миқдорда буюрилади. *Мочевина* (*карбамид*) 30% эритма 10%ли глюкозада 1 г/кг миқдорда дақиқада 60-80 томчидан в/и га томчилаб юборилади. У камдан-кам ҳолларда СЮЕ да бошка диуретиклар таъсирини ошириш мақсадида қўлланилади, кўпинча мия шишининг олдини олиш ва бошдаги босимни пасайтиришда фойдаланилади.

Генли қовузлогига таъсир этувчи диуретиклар коптокчалар филтрацияси ва буйракда қон айланишини оширади, антидиуретик гармонлар таъсирини камайтиради. Улар СЮЕ, жигар, буйрак эндокрин касалликларидаги шишларни даволашда, гипертоник кризлар, ўпка ва мия шишини бартараф этишда қўлланилади. *Фуросемид* (*лазикс*) 0,04 г. таблетка ҳолида ёки парентерал (2мл. 1% лазикс эритмаси) қабул қилинганда, 4-6 соат давомида кўп миқдорда сийдик ажралишига олиб келади. Унинг кунлик максимал миқдори шиш синдромининг ривожланиш даражасига кўра 20-240 мг.дан 600 мг.гача. *Этакрин кислота* (*урегит*) таблетка 0,05 г. якка ҳолда ёки калий сакловчи диуретиклар билан бирга 1-3 таблеткадан ҳафтасига 1-2 марта эрталаб овқатдан кейин, киска курслар (2-4 кун ичилик

2-3 кун танаффус қилинади) билан қабул қилиш тавсия этилади. *Буметанид* (*буринекс*) – 0,0015 ва 0,005 г, қунига 1 та таблетка ёки ампулада 10 мл 0,05%ли эритма қунига 2-5 мг ҳисобида в/и га 500 мл. изотоник эритмада 0,5-1 соат давомида томчилаб юборилади.

Тиазидли ва тиазидга ўхшаш диуретиклар ҳар қандай шиш синдромида, жумладан, СЮЕ да, қандсиз диабетда қўлланилади.

Дихлортиазид (*гипотиазид*, *гидрохлортиазид*) 25 ва 100 мг таблеткада чиқарилади. Уни 1 таблеткадан эрталаб нонуштадан кейин бир марта 3 кун давомида кейин ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. *Циклометиазид* (*навидрекс*) 0,5 мг, қунига 1-4 таблеткадан ҳафтада 2-3 марта; *Индапамид* (*арифон*) - 2,5 мг, қунига 1-3 таблеткадан ичиш тавсия этилади.

Калий сақловчи диуретиклар СҚАЕ, бирламчи гиперальдостеронизм ва паст ренинли ва оғир АГ ларни ҳамда турли сабабли юзага келган гипокалимия ҳолатларини даволаш комплексига киради. Шунини таъкидлаш лозимки, калий сақловчи диуретиклар СҚАЕ ни даволашда қўлланиладиган самараси исботланган дори воситалари мажмуасига кириб, уни алоҳида кўринишда ёки бошқа диуретиклар самарасини ошириш мақсадида қўллаш мумкин. *Спиринолактон- верашпирон* (25, 50, 100 мг.) бемор ахволдан келиб чиққан ҳолда қунига 75-100 мг.дан (СҚАЕ нинг сўнгги босқичлари ва жигар циррозининг декомпенсация даврида 300-500 мг.гача) ичиш тавсия этилади. Қабул қилингандан 48-72 соат ўтгач таъсир қила бошлайди. *Триамтерен* капсулада 0,05 ва 0,1 г дан чиқарилади, кунлик дозаси 100-300 мг. Бу гуруҳдаги дори воситалар тиазидлар ва Генли қовузлогига таъсир этувчи диуретиклар билан бирга қўлланилганда яхши самара беради. Амалиётда комбинацияланган диуретиклар кўп қўлланилади. Улардан *альдактазид* – 25-50 мг таблеткада, таркиби альдактон ва дихлотиазиддан иборат. *Триампур композитум* – 25 мг триамтерен ва 12,5 мг дихлотиазид. *Диазид* – 50 мг триамтерен ва 25 мг дихлотиазид.

СҚАЕ нинг IIA босқичидан бошлаб сийдик ҳайдовчи дори воситалари кичик дозаларда берилса бошланади. Бунда тиазидлар, улар яхши самара бермаганда қовузлогга таъсир қилувчи диуретиклар 1-2 таблеткадан ҳафтада 2-3 марта қабул қилиш тавсия этилади. Унинг II Б босқичида қовузлогга таъсир этувчи воситалар бир ўзи ёки калий сақловчи диуретиклар билан бирга қўлланилади. Қон айланиши етишмовчилигининг III босқичида беморнинг ахволдан келиб чиққан ҳолда бир неча гуруҳдаги сийдик ҳайдовчи дори воситалар биргаликда тавсия этилади. Масалан: фуросемид 80 мг+гипотиазид 100 мг+верашпирон 100 мг; фуросемид 80 мг+триампур композитум 2-4 таб+оксодолин 50 мг+урегит 100 мг+ верашпирон 100 мг.

Чап қоринча мушакларининг пасайган қисқарувчанлик хусусиятини кучайтириш мақсадида **юрак гликозидлари** (ЮГ) дан кўрсатмаларга асосланган ҳолда фойдаланилади (1-2 расм). Уларни обструктив гипертрофик кардиомиопатия, оғир гипо ва гиперкалиемия, гиперкальциемия, АВ блокада,

WPW-синдроми, синус тугуни сустлиги, тез-тез, жуфтлашган, политоп коринчалар экстрасистолиялари ва аллоритмиялар ҳамда коринчалар пароксизмал тахикардиясида қўллаш мумкин эмас. ЮГ элиминацияси камайганда (СБЕ, қарияларда) бемор ахволини мўътадил ушлаб турувчи миқдори 2-3 мартага камайтирилади ва имкон қадар қон зардобидаги гликозид ва креатинин кўрсаткичи назорат қилинади.

Турғун СЮЕда ЮГлари бемор кўтара олиши мумкин бўлган миқдорда, заруратдан келиб чикиб доимий равишда берилади. Биринчи 2-3 кун давомида туйинтирувчи миқдорда, кейинчалик кунлик дозаси 1,5-2 мартага камайтирилади. Мўътадил ушлаб турувчи дори миқдори беморнинг ахволидан келиб чиққан ҳолда тавсия этилади. Бунда томир уриш тезлиги тинч ҳолатда 1 дақиқада 60-68 та, оддий жисмоний ҳаракатда эса 90-100 мартадан ошмаслиги керак. Гликозидлардан захарланиш белгилари (брадикардия- юрак уриш сони 60 ва ундан камайиши, кўнгил айниш, қайт қилиш, бир минутда 5-6 тадан кўп политоп, жуфтлашган коринчалар экстрасистолияси, АВ-блокада) пайдо бўлганда дори миқдорини камайтириш билан чекланиб қолмай, уни қабул қилиш тезда тўхтатилади. Захарланиш белгилари йўқолгандан 2-3 кун ўтгач, (дигоксинда 2-4 ҳафтадан кейин) даволашнинг кунлик миқдори 25-75%га камайтирилган ҳолда давом эттирилади. Гликозидлардан оғир захарланишда аввал 5-20 мл 5% унитиол эритмаси в/и га, кейин 5 мл 3-4 марта м/о га юборилади. Кўрсатмага кўра антиаритмик даво олиб борилади.

Куйидаги ЮГ лари амалиётда қенг қўлланилади: *строфантин* 0,05% - 1 мл, *коргликон* 0,06% - 1 мл, *дигоксин* 0,25 мг. таблетка, 0,025% - 1-2 мл, *ацедоксин* (ацетилдоксин) 0,2 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *ланитоп* (β-метилдигоксин) 0,1 мг. таблетка, 0,01% - 2 мл, *целанид* (изоланид) 0,25 мг. таблетка, 0,05% - 10 мл. ва 0,02% - 2 мл, *дигитоксин* (кардиотоксин) 0,1 мг. таблеткада ва 0,15 мг. шамча кўринишида. Барча эритмалар оқим билан ёки томчилаб в/и га юборилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморларни даволашда юракка тушадиган олдинги ва кейинги юкламани камайтириш учун **периферик вазодилататорлар** тавсия этилади. *Веноз вазодилататорлар* – *нитратлар* (нитросорбит 0,01 г. 3-4 марта, молсидамин 0,002 г, 1-2 таблеткадан 2-3 марта ва изокет -10 мл. изотоник эритмада в/и га томчилаб, нитронг–форте 6,5 мг. 3 марта, оликард 20-60 мг. 1-2 марта ва бошқалар) юқори миқдорда коринчалар тўлиш босимини пасайтиради ва димланишли юрак етишмовчилигида яхши самара беради. СЮЕ юқори қон босим билан бирга кечганда кейинги зўриқишни камайтириш мақсадида *артериал вазодилататор* - *апрессин* (гидралазин) 0,025 г. 1- таблеткадан кунига 3-4 марта (миноксидил 0,005 г, тропафен 2%ли 1 мл. изотоник эритмада в/и томчилаб) буюрилади; *Аралаш таъсирга эга бўлган вазодилататор*- *нитропруссид натрий* (0,25 ва 0,05 г. изотоник эритмада в/и га томчилаб) *празозин* (кунига 2-10 мг, илк миқдори 0,5-1 мг, қисқа муддатли даво учун) буюрилади. Бу гуруҳдаги

дори воситалар ЮГ ва диуретиклар яхши самара бермаган оғир ҳолларда, СҚАЕ кескин чап қоринча гипертрофияси ва гипертензион синдром билан кечганда қўлланилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморларни даволаш комплексига тромбоземблик асоратларни олдини олиш мақсадида **антикоагулянтлар ва антиагрегантлар** қўллаш тавсия этилади. Гепаринни кунига 5000 ТБ дан 4 марта т/о юбориш, *ацетилсалицил кислота* 50-320 мг ёки ставекс 75 мг (клопидогрел) кунига бир марта овқатдан сўнг ичиш буюрилади. *Варфарин* (витамин К антагонисти, кунлик ушлаб турувчи миқдор 2-10 мг.) таъсири 2-3 кундан кейин намоён бўлишини ҳисобга олиб даволаш аввал гепарин кунига 5000 ТБ дан 4 марта тери остига юборишдан бошланади. Бу гуруҳ дори воситалири қўлланилганда қоннинг ивиш вақти ва коагулограммани назорат қилиш лозим. Шу ўринда сўнгги йилларда антиагрегантлар ва ААФИ бирга қўлланилганда сўнгги гуруҳ дориларини самарадорлиги камаяди деган маълумотлар борлигини эслатиб ўтмоқчимиз.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар юрак гликозидларига нисбатан кучлироқ мусбат инотроп таъсирга эга ва СҚАЕ нинг оғир босқичларида тавсия этилади. Уларнинг икки гуруҳи амалиётда кенг қўлланилади:

1. бетта-адренергик рецепторларни кўзгатувчилар (допамин, добутамин, ибопамин, преналтерол, ксамотерол);

2. фосфодиэстераз ингибиторлари (амринон, милринон, эноксимон, пироксимон, феноксимон, питобензан, адибензан).

Бетта-адренорецепторларни кўзгатувчи воситаларнинг қуйидагиларидан кенг фойдаланилади:

Допамин 40 мг, 200 мл. 5% глюкоза ёки натрий хлорнинг изотоник эритмасида в/и томчилаб 2-4 мкг/кг/мин тезликда.

Добутамин β_1 -адренорецепторларни танлаб кўзгатиши ҳисобига миокарднинг қисқарувчанлигини оширади. Артериал гипертензиясиз кечаётган оғир юрак етишмовчилигини даволашда юракнинг зарб ҳажмини ошириш мақсадида қисқа муддатли добутамин билан даволаш курслари тавсия этилади.

Фосфодиэстераз ингибиторлари қон томирларни кенгайтириш хусусиятига эга бўлиб, олдинги ва кейинги зўриқишларни камайтиради, миокарднинг қисқарувчанлигини кучайтиради ва СЮЕ да зарб ҳажмини оширади.

Амринон лактат-(инокор) - оғир кечаётган СЮЕ бўлган беморларда ЮГ, диуретиклар ва вазодилататорларга сезувчанлик бўлмаганда қўлланилади. Бунда 100 мг. препарат изотоник эритмада в/и томчилаб юборилади.

Гликозид бўлмаган инотроп воситалар асосан ўткир ЮЕ ни, жумладан, миокард инфаркти бўлган беморларда кардиоген шокни даволашда, енгил ёки оғир СЮЕ нинг тўсатдан оғирлашганда, диуретиклар, ААФИ, дигоксин, периферик вазодилататорларни биргаликда бериш яхши самара бермаган ҳолларда қўлланилади.

СҚАЕ мавжуд бўлган беморда юрак ритми бузилишлари кузатилганда кўрсатмаларга асосланган ҳолда антиаритмик воситалар («Аритмиялар»га бағишланган маърузага қаранг) тавсия этилади. Амалиётда калий препаратлари, метаболит воситалар (витаминология, антиоксидантлар, рибоксин, мелдронат, карвитин ва бошқалар) кенг қўлланилса ҳам, уларни бемор ҳаёт сифатини яхшилаши ҳамда умрини узайтириши исботланмаган. Аммо улардан предуктал ва тримекор МР (триметазидин) миокардга ижобий таъсир кўрсатади.

СҚАЕ *профилактикаси*га асосий касалликни эрта даврларда аниқлаш, ўз вақтида даволаш ва унинг асоратларини олдини олиш каби тадбирлар қиради. Бу гуруҳдаги беморларни доимий равишда назорат қилиш, ёндош ва асосий касалликларни монанд даволаш СҚАЕ авжланишини секинлаштиради. СҚАЕ нинг I босқичида беморларнинг иш қобилияти сақланган, лекин оғир жисмоний зўриқиш ман этилади. II А босқичида бемор иш қобилияти чекланади ёки умуман йўқолади; II Б босқичида эса беморлар доимий ёрдам ва парваришга муҳтож.

Буйрак касалликлари оқибатида юзага келган шишларни даволаш

НФС аниқланган беморлар шифохонанинг ихтисослаштирилган бўлимига ётқизиб даволанади. Уларга ётоқ тартиби, ош тузи ва сув чекланган парҳез буюрилади ҳамда патогенетик ва симптоматик даво тавсия этилади. НФСни даволашда уни аутоиммун генезга эга эканини ҳисобга олган ҳолда, иммунодепрессив даво чоралари кенг қўлланилади. ГКС билан даволаш буйракнинг дорилар таъсирида, СҚВ да ва диффуз гломерулонефритлар натижасида ривожланган НФСда қўлланилади; диабетли гломерулосклероз, буйрак ўсмаси, сил, захм, буйрак амилоидозида учрайдиган НФСни даволашда юқоридаги дори воситаларни қўллаш мумкин эмас. Геморрагик васкулит ва тугунчали периартериитдаги НФСда эса самарасиз. ГКС қўллашга қарши кўрсатма ёки улар самарасиз бўлганда цитостатиклар билан даволаш тавсия этилади. Оғир кечган НФСда, биргаликда қўлланилган патогенетик даводан самара бўлмаганда, айниқса, нефретик кризлар ривожланганда плазмоферез, гемосорбция, ГКС ва цитостатиклар ёки уларни биргаликда қўллаган ҳолда пульстерапия ўтказилади. Бундан ташқари нефретик кризда гиповолемиyani олдини олиш, айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш мақсадида вена ичига реополиглокин, декстранлар, оксил эритмалари (қунига 600-800 мл. гача) юборилади, антикинин (пармидин қунига 0,5 г. дан 4 марта), антигистамин препаратлари қўлланилади. Асосий касалликни даволаш билан бирга симптоматик муолажалар олиб борилади.

Симптоматик даво нефритнинг буйракдан ташқари белгиларини (шиш, гипертензия, СҚАЕ) бартараф этишга қаратилган. Гипотензив восита сифатида ААФИ, (қарши кўрсатмалар бўлмаса), салуретиклар (гипотиазид,

фуросемид, урегит) билан биргаликда буюрилади. Шунингдек, КА (нифедипин, коринфар, кордафен ва уларнинг узок таъсир этувчи вакиллари) кўллаш мумкин. Улар гипотензив таъсирдан ташқари коптокчалар филтрациясини ҳамда диурезни оширади.

Шиш синдромини бартараф этиш мақсадида диуретиклар: фуросемид 40-80 мг, лазикс 40-80-120 мг, урегит 50-100 мг, альдактон (СБЕ бўлмаганда) кунда 200-300 мг. ва бошқа дори воситалар ичилади ёки парентерал юборилади. Даво самарасини ошириш учун бир неча гуруҳдаги диуретиклар, масалан, гипотиазид, фуросемид, верашпирон биргаликда буюрилади. НФС юқори қон босим билан бирга кечганда натрий ва суюқликни ҳайдовчи восита - *индакринон* (урикозурик диуретик, таркиби бўйича урегитга яқин) кунига 10-40 мг.дан тавсия этилади. Жуда катта нефротик шишларда в/и га қон зардоби, альбумин, маннитол (20%’ли 200-300 мл. эритма томчилаб, ҳар куни, 3-5 кун давомида), полиглюкин (300-500 мл.), катта миқдорда лазикс (300-500 мг/кунига) кўлланилади. Бундай ҳолларда НФС ўткир гломерулонефритнинг клиник кўриниши сифатида намоён бўлса, патогенетик даво воситаларидан бири гепаринни кўллаш яхши диуретик самара беради. Диуретик воситалар узок вақт кўлланганда калий препаратлари (калий оротат, панангин, аспаркам, калий хлорид) ёки калийга бой махсулотларни (куритилган мевалар, майиз, ўрик, қарам, қовоқ ва бошқалар) қабул қилиш (қонда калий миқдорини назорат қилган ҳолда) тавсия этилади.

Эклампсия ривожланган ҳолларда гипотензив ва седатив таъсирга эга бўлган дорилар ҳамда мия шишига таъсир қилувчи воситалар (эуфиллин, дибазол, лазикс, маннитол, магний сульфат, гексоний ёки пентамин, глюкозанинг концентрланган эритмаси) в/и га юборилади ёки хлоралгидрат билан (0,5-1 г. 100 мл. сувга) ҳукна (қлизма) қилинади. Олигурияни даволашда аввал юқори дозада лазикс (в/и 300-1000 мг), гепарин (кунига 20-30 минг ТБ), антиагрегантлар кўлланади. Самара бўлмаганда бемор гемодиализга ўтказиш учун ихтисослаштирилган бўлимга юборилади.

Жигар касалликларида учрайдиган шишларни даволаш

Асцитли беморларга иккиламчи гиперальдостеронизм белгиларини камайтириш мақсадида ётоқ тартиби тавсия этилади. Даволаш режасига (алкогол ва гепатотоксик дори воситалардан воз кечиш, физик ва психоэмоционал тинчлик, парҳез) амал қилиш жигар фаолиятини компенсация ҳолатида сақлашга ёрдам беради. Асосий касалликни даволашга қаратилган чора-тадбирлар негизида қуйидагилар амалга оширилади.

- ▶ парҳез, ош тузини кунига 400 мг.гача чегаралаш;
- ▶ гипонатремияда – кун давомида қабул қилинадиган барча суюқликларни 1-1,5 л.гача чеклаш;
- ▶ организмдан ажралиб чиқарилиши мумкин бўлган суюқликнинг миқдори кунига 0,5-1 л. (периферик шишлар мавжуд бўлганда-кўпрок) дан кам бўлмаслигига эришиш;

▶ тана вазни, сийдикдаги натрий ва калий, қон таркибидаги электролитлар, креатинин, мочевино ва альбумин миқдорини назорат қилиб бориш;

▶ этиологик даво;

▶ агар ўтказилаётган чора-тадбирлардан бир ҳафта мобайнида самара бўлмаса ёки сийдикда натрий миқдори <25 ммоль/л бўлса диуретиклар буюриш; спиронолактон (веращпирон) кунига 100-150 мг. 4-5 маҳал (максимал кунлик дозаси 600 мг.гача); фуросемид кунига 40-80 мг. ичишга ёки в/и га, фуросемид миқдорини зарурат бўлганда кунига 240 мг.гача ошириш.

Шиш-асцитик синдромда веращпирон (кунига 150-200 мг.)+урегит (кунига 25-100 мг.) ёки веращпирон (кунига 100-150 мг.) +триампур (кунига 2-4 таб) қўшиб бериш яхши самара беради. Олиб борилган даво чоралари самара бермаган шиш-асцитик синдромида куйидаги диуретиклар аралашмаси тавсия этилади:

- фуросемид 80 мг+ гипотиазид 100 мг+ веращпирон 200 мг;
- фуросемид 80 мг+ бринальдикс 40 мг+ веращпирон 200 мг;
- фуросемид 80 мг+ оксодолин 100 мг+ веращпирон 200 мг.

Якқол намоён бўлган асцитда диуретикларни ошқозон-ичак тизими орқали сўрилиши қийинлашиши сабабли фуросемид ва этакрин кислотасини в/и га юбориш мақсадга мувофиқ. Диуретикларнинг ноҳўя таъсири, гипокалиемиянинг олдини олиш мақсадида калийга бой маҳсулотлар (қовоқ, туршак ва бошқалар) истеъмол қилиш тавсия этилади ва вена ичига 40-50 мл. 4% ли калий эритмаси томчилаб юборилади.

▶ гепатоцитларда модда алмашинувини яхшиловчи воситалар билан бирга вена ичига оксил препаратларини юбориш. Бунда янги музлатилган плазма (кунига 125-150 мл дан, даволаш курси 4-5 та) ва 20% альбумин (кунига 100 мл дан, даволаш курси 5-6 та) эритмаси қўлланилади;

▶ абдоминал парацентез юқорида санаб ўтилган муолажаларга рефрактер бўлган асцитда ўтказилади. Олинаётган суюқлик миқдори 3 л.дан ошмаслиги керак. Чунки олинган суюқлик билан кўп миқдорда оксил ва калий йўқотилиши туфайли қоннинг онкотик босими, кўп суюқлик олиниши натижасида эса қорин бўшлиғи босими ва периферик қон босим кескин тушиб кетиши мумкин. Бундай асоратлар олдини олиш мақсадида суюқлик олингандан кейин вена ичига альбумин юборилади (олинган суюқликнинг 1 л.га 10 г. нисбатда);

▶ асцитосорбция 2-3 л асцитик суюқлик махсус сорбентловчи ускунадан ўтказилиб, токсик метаболитлардан тозаланади ва вена ичига юборилади;

▶ қонни ультрафилтрация қилиш йўли билан организмдаги ортикча суюқлик олиб ташланади.

Эксадатли гипопротеинемик энтеропатиялардаги шишларни даволаш

Оксил йўқотишни камайтириш, ич кетишини бартараф этиш, метаболик бузилишларни мўтадиллаштириш энтеропатиялардаги шиш синдромини даволашда катта аҳамиятга эга. Бунинг учун беморларга ёғсиз парҳез буюриб, кундалик қабул қилинадиган оксил миқдорини 140-150 г гача ошириш лозим. Йўқотилган оксил ўрнини тўлдириш мақсадида парентерал йўл билан оксил гидролизатлари, анаболик гармонлар, кальций, темир препаратлари ва витаминлар буюрилади. Диареяга қарши восита сифатида фермент препаратлари ва ичак моторикасини меъёрига келтирувчи воситалар бериледи. Дисбактериоз профилактикаси ва даволаш чоралари ўтказилади. Шиш синдромини бартараф этиш мақсадида диуретиклар қўлланилади. Айрим ҳолларда ингичка ичак лимфа томирларини чегараланган шикастланишида ичак резекцияси амалга оширилади.

Глютеинли энтеропатиядаги шишларни даволаш

Аглютеинли парҳез. Бунда рационга қуйидаги маҳсулотлар қўшилмайди: буғдой, ячмен, сўли ва улардан тайёрланган маҳсулотлар, колбаса, гўштли шўрвалар, консервалар, нон, булочкалар, макарон, пиво, шоколад, майонез, музқаймоқ ва бошқалар. Овқат кам- камдан 4-5 мартага бўлиб истеъмол қилинади. Ушбу парҳез асосида 80% беморларда бир неча ҳафтадан кейин клиник, 3-6 ойдан кейин эса ичакдаги морфологик ўзгаришлар яхшиланиши кузатилади.

Парҳездан самара бўлмаган ҳолларда мутахассислар билан ҳамкорликда кабалликнинг фаоллик даражаси ва бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда, ГКС схема бўйича буюрилади. Кальций алмашинувини яхшилаш мақсадида кўп миқдорда глюконат кальций (қунига 12 г.) витамин Д (қунига 10000 ТБ) ва аноболик стероидлар (ретаболил 100 мг. ҳафтада 1 марта м/о) тавсия этилади. Шу билан бир қаторда, симптоматик даво олиб борилади. Сув-электродит бузилишини мувозанатлаш учун парентерал тузли эритмалар, оксил алмашинувини яхшилаш мақсадида эса аминокислоталар ва бошқа оксил препаратлари буюрилади. Дисбактериоз ва кам сўрилиш синдромига қарши чоралар қўрилади. Юқоридаги чора-тадбирлар билан биргаликда шиш синдромида тиазидли ва калий сақловчи диуретиклар қўлланилади.

Ушл касаллигидаги шишларни даволаш

Парҳез. Одатий ёғларни ўрта ва қисқа занжирли ёғларга алмаштириш стеатореяни камайтиради ва бошқа маҳсулотларни сўрилишини яхшилайти, натижада бемор вазни ошади.

Антибиотиклар (тетрациклин, доксициклин, клиндомицин ва бошқалар) ўргача терапевтик дозаларда 6 ойдан бир йилгача тавсия этилади. Тетрациклин

гурухидаги дори воситаларга қарши кўрсатма бўлганда, пенициллин (қунига 1200000 ТБ) стрептомицин (қунда 1 г.) билан бирга 10-14 кун давомида мушак орасига юборилади. Қон зардоби таркибида оксил миқдори камайганда ва шиш синдроми ривожланганда, аминокислотали аралашма қунига 250 мл.дан 2-4 ҳафта давомида томир ичига томчилаб ва заруратдан келиб чиқиб сийдик ҳайдовчи дорилар буюрилади.

Дистрофик шишларни даволаш

Биринчи кунларда тўлиқ жисмоний ва руҳий тинчлик, тўлақонли витамин ва оксилга бой парҳез. Бир вақтнинг ўзида всна ичига қон зардоби, оксил гидролизатлари, витаминлар юборилади.

Аллергик шишларни даволаш

Аллергик анамнез, объектив кўрик ҳамда бошқа ташхисий текширувлар ёрдамида аллергия аниқланади ва иложи борича унинг таъсири бартараф этилади. Озиқ-овқат маҳсулотларига аллергия бўлганда тузли ич сурувчи воситаларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Антигистамин препаратлар: фенкарол (2-3 мг/кг/қунига), кларитин ёки бошқа II авлодга мансуб антигистамин дорилари псевдоэфедрин билан бирга буюрилади. Эшакеми совуқ таъсирида келиб чиққанда ципрогептадин (2-4 мг ҳар 8-12 соатда), холинергик эшакемида гидроксазин (бир кг. тана вазнига 0,5 мг қунда 4 марта ичишга) тавсия этилади.

Наслий ангионевротик шишни даволаш тадбирлари

Ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар: жароҳатланиш хавфи, жисмоний зўриқиш, механик босим билан боғлиқ меҳнат фаолияти ҳамда машғулотлар истисно қилинади.

- зўриқиш тўлиқ бартараф бўлгунга қадар янги ёки музлатилган 250-300 мл натив қон зардоби бир маротаба ёки 5% аминоксапрон кислота 100-200 мл в/и юборилади, кейин ҳар 4 соатда 100 мл дан томчилаб ёки хуруж бартараф бўлгунча 4 г дан ичишга буюрилади. Транексам кислотасини 1-1,5 гдан қунига 2-3 марта аминоксапрон кислота ўрнига қўллаш мумкин;

- юз ва бўйин соҳасида шиш бўлса, 250-300 мл натив қон зардоби, 200-300 мл 5% аминоксапрон кислотаси, 40-80 мг лазикс, 8-12 мг дексазон вена ичига юборилади. Ҳиқилдоқ шиши ривожланганда: 0,1% адреналин, 5% эфедрин эритмаси, β-адреностимуляторлар ингаляция йўли билан берилади. Ҳиқилдоқ шиши пайдо бўлиши беморни зудлик билан ЛОР бўлимига ётказишга кўрсатма ҳисобланади;

• абдоминал синдром ривожланганда бемор хирург маслаҳатига мухтож бўлади.

Профилактика мақсадида беморларга даназол (данол) - бошланғич кунлик дозаси 600 мг, касаллик тинч даврга ўтганда эса кунига 200 мгдан ичиш тавсия этилади. Даназол ўрнига метилтестостерон аввал 0,01 г дан, кейин кунига 0,005-0,0075 г гача камайтириб борилади. Агар ушбу дориларга қарши кўрсатма бўлса, аминокапрон кислота кунига 4-12 г ичишга ёки транексам кислота 1-1,5 г дан қонни ивиш вақтини назорат қилган ҳолда буюрилади.

Гипотиреоздаги шишларни даволаш

Қалқонсимон без препаратлари ёки сунъий тиреоид гармонлар (тиреоидин, трийодтиронин, тироксин, тиреотом, тиреотом-форте, тиреокомб) билан ўрин босувчи даво олиб борилади. Тахикардия ёки артериал гипертензия кузатилса, БАБ (анаприлин, эгилонг, небилет) буюрилади. Гипотиреоз ва гиперкортицизм бирга келганда – ГКС, тиреоид воситалар билан бирга ёки бирин-кетин ўрин босувчи даво сифатида берилади. Витаминлар А, С, В, кўрсатма бўлса, диуретиклар (триампур, верошпирон) ва юрак тож томирларини кенгайтирувчи воситалар қўлланилади.

Системали склеродермиядаги шишларни даволаш

Бунда 3 та гуруҳдаги дорилар қўлланилади:

Д-пеницилламин (купренил) (бианодин ва артамин 300-1200 мг) аввал 150-300 мг дан 2 ҳафта, кейин ҳар 2 ҳафтада 300 мг га қўпайтирилиб 1800 мг га етказилади ва шу миқдорда 2 ой берилади, сўнг аста секин камайтириб борилади. Ушлаб турувчи миқдорда (300-600 мг) узок вақт ичиш тавсия этилади. Фаоллик даражаси юқори бўлганда, нефротик ёки Гудпасчер синдромлари ривожланганда, Д-пеницилламин тўхтатилиб, ўрнига ГКС берилади.

Колхицин кичик миқдорда - кунига 0,5 мг дан бошлаб, ошқозон-ичак фаолиятини бузмайдиган миқдоргача қўтариб борилади. Монанд танланган даво склеродермиядаги шишларнинг йўқолишига олиб келади.

Дерматомиозитдаги шишларни даволаш

Асосан ГКС катта дозаларда ишлатилади. Дерматомиозит ўткир кечишида кунда 80-120 мг, ўткир остида - 60 мг, сурункали дерматомиозитни кўзгалган даврида 30-40 мг. Жараённинг мезонлари турғунлашгач, ҳар 7-10 кунда $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ таблеткага камайтириб борилади. Преднизолон миқдори

пасайтириб борилаётган вақтда касаллик қайта авжланиши олдини олиш мақсадида аминохинолин бирикмалари қўлланилади. Аксарият ҳолларда делагил (хингамин) кунига 0,25 г дан 2 йил давомида берилади. Касаллик ўткир даврида преднизолонга қарши кўрсатма бўлганда иммунодепрессантлар (азотиоприн кунига 2,5 мг/кг, метотрексат - 0,75 мг/кг вена ичига ҳафтада 1 марта, 2-6 ой давомида) тавсия этилади. Олиб борилган даво чоралари шиш синдроми бартараф этишга ёрдам беради.

Шу ўринда охириги икки касалликни фаол даволаш факат ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилишини эслатиб ўтмоқчимиз.

Сурункали веноз етишмовчилигидаги шишларни даволаш

Шиш синдроми бор беморларни даволаш тўлақонли ва бир неча босқичларда олиб борилади. Биринчи босқичда олиб бориладиган консерватив давонинг асосий мақсади шишни қисман ёки тўлиқ бартараф этишдан иборатдир. Тўқималар аро ортикча суюқликни механик йўл билан ажралиб чиқишини таъминловчи усуллар катта аҳамиятга эга. Уларга пневматик интермиттирловчи компрессия, мануал вена ва лимфадренаж киради. Зарурий асбоб-ускуналар мавжудлиги ва бажариш оддийлиги сабабли биринчи усул амалиётда кенг қўлланилади. Пневмокомпрессия усули ёрдамида тез ва сезиларли даражада самарага эришиш мумкин. Бир неча кун ичида шиш камаяди. Шунга қарамадан, ушбу усулнинг камчилиги ҳам унинг тез самарадорлигига боғлиқ. Сурункали веноз етишмовчилигидаги шишлар юқори оксилли шишлар қаторига киради ва юқори қават тўқима таркибидаги зардоб оксилли 10 г/л ни ташкил этади. Пневмокомпрессия усули тўқималардан факат суюқликнинг ажралиб чиқишини таъминлайди. Сўрилмай қолган протеинлар тўқима йўллари ва лимфа капилярлари бўшлигини бекилишига, фибриногенни фибринга айланиши тўқимада фиброз-склеротик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. Шу сабабли мануал вена-лимфадренаж шишни бартараф этишнинг табиий усули ҳисобланади. Махсус массаж усуллари таклиф этилган бўлиб, лимфа оқими йўналишига мутаносиб равишда, маълум кетма-кетликда қўлланиладиган уқалаш ҳаракатлари унинг оқимини кучайтиради. Бу усул тўқималардаги шиш ва протеинларни бир вақтнинг ўзида қайта сўрилишини таъминлаб, фиброз шаклланишини олдини олади. Ҳар гал лимфадренаж муолажаси ўтказилгандан кейин босувчи бандаж қўйилади. Бунинг учун кам чўзилувчан, юқори босим ҳосил қила оладиган бинтлар қўлланилади. Даволаш жараёнида оёқ ҳажми ва шакли ўзгариб туришини инобатга олиб, трикотаж матодан эмас, балки эластик бинтдан фойдаланиш керак. Фармакотерапевтик воситалардан флеболимфотониклар (детралекс, гинкор-форт, эндотелон ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга. Флеболимфадема билан касалланган беморларга диуретиклар беришда жуда эҳтиёт бўлиш лозим. Шубҳасиз, улар қўлланила бошланган кундан бошлаб самара бера бошлайди, аммо пневмокомпрессия натижасида суюқлик ажралиб

чиқиши ҳисобига шиш камайиб, протейнлар сақланиб қолади. Бу эса касаллик кечишини ва оқибатини ёмонлаштиради. Шунингдек, шишли беморларда кўрсатмага кўра, антиагрегантлар, НЯҚВ, антиоксидантлар қўлланилади. Даволаш 1,5-2 ой давом этиб, шу вақт ичида кўпгина беморларда шиш белгиси йўқолади.

Иккинчи босқич жарроҳлик йўл билан даволаш ҳисобланади ва мутахассис шифокор (қон-томир жарроҳи) томонидан аниқ кўрсатмалар бўлганда амалга оширилади.

Юқоридагилардан ташқари, беморларга мунтазам равишда даволаш бадан тарбияси билан шуғулланиш тавсия этилади. Улардан энг қулайи сузиш ҳисобланади. Пиёда юриш, чанғида учиш ва велосипед ҳайдаш веноз ва лимфа оқимига ижобий таъсир этади. Жароҳатланиш хавфи юқори бўлган спорт турлари билан шуғулланиш тавсия этилмайди. Меҳнат қилиш ва дам олиш тартибини мавжуд вена ва лимфа оқими бузилишларига мос ҳолда ташкил этиш зарур. Иссиқ цехларда ва совуқ ҳавода ишлаш ман этилади. Иш куни давомида 4-5 марта 5-10 дақиқа горизонтал ҳолатда дам олиш мақсадга мувофиқдир. Оксил, сув, ёғ ва тузни чеклаш тўқималараро суюқлик ҳосил бўлишини камайтиради ва шиш кўпайишининг олдини олади.

Юқорида келтирилган айрим касалликларда қўлланиладиган даво чоралари ихтисослаштирилган бўлимларда мутахассис врач томонидан олиб борилади, лекин беморлар шифохонадан чиққанларидан кейин ОП ва ҚВП шароитида доимо УАВ назоратида бўлишлари ва ушлаб турувчи давони давом эттиришлари лозимлиги сабабли, уни батафсилроқ ёритишни мақсадга мувофиқ деб ҳисобладик. Чунки Буюк Британиялик таникли шифокор Й. Хис айтганидек, **«шифохоналарга беморлар келади кетади, касалликлар қолади, умумий амалиёт врач фаолиятида беморлар қолади, касалликлар эса келади ва кетади».**

Баён этилган маълумотлар амалиётда кўп учрайдиган шиш синдроми билан кечадиган кўпгина касалликларда унинг ривожланиш механизми турличалиги ва ҳар бир ҳолат учун ўзига хос даволаш чораларини қўллаш лозимлигини кўрсатади. Унинг сабабини ўз вақтида аниқлаш, тўғри ташхис қўйиш, мақсадга йўналтирилган текшириш усулларини қўллаш ва улар асосида олиб борилган даво касаллик оқибати, бемор ҳаёт сифати ҳамда асосий касаллик тинч даври давомийлигини белгилайди. Буларнинг барчаси УАВ дан касалликнинг келиб чиқиши, патогенези, клиник белгилари, текшириш режаси ва даволаш усуллари тўғрисида мукамал билимга эга бўлишни тақозо этади. Бир маъруза доирасида шиш синдромининг барча қирраларини чуқур ёритиш имкони чегараланган. Аммо у юқорида санаб ўтилган муаммоларни ечиш учун йўналиш яратиб беради, деган умиддамиз. Шифокор эса ундан фойдаланган ҳолда ўз билимини мунтазам равишда мукамаллаштириб бориши керак.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Москва: Медицина, 1987.
2. Воронков Л.Г., Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Хроническая сердечная недостаточность. Киев: Морин, 1999.
3. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. 2 том. Москва: Медицина, 1998 й.
4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
5. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, 1994.
6. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Москва: Практика, 1988.
7. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. 1 том. Москва: Мед. лит., 1998.
8. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
9. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. 2 т. Москва: Медицина, 1995.
10. Чучалин А.Г. Руководство для врачей и студентов. Терапия. Москва, 1998.

ЙЎТАЛ, БАЛҒАМ ВА ҚОН ТУПУРИШ СИНДРОМИ

*Тез таъсир қилмайдиган
заҳар хавфсиз бўлиб қолмайди.*

Г. Лессинг

Йўтал УАВ фаолиятида кўп учрайдиган синдромлардан бири бўлиб, нафасни куч билан турткисимон жарангли чиқарилиши ҳисобланади. Унинг натижасида трахея ва бронхлар шиллик ҳамда ёт жисмлардан тозаланади. Йўтал маркази узунчоқ мияда жойлашган бўлиб, рефлексоген зоналардаги адашган нерв толаларини қитиқланиши оқибатида юзага келади. Ушбу зоналарнинг энг муҳимлари ҳалқум шиллик қаватида, овоз боғламларида, трахея бифуркациясида ва йирик бронхлар бўлинган соҳаларда жойлашган. Нафас олинаётган ҳаво ҳароратининг ўзгариши (иссиқ ёки совуқ), балғам, ёт жисмлар, жароҳат ва бошқалар йўтал рецепторларини кўзгатиши натижасида узунчоқ мияга узатилади. У ерда ретикуляр формациянинг полисинаптик алоқалари таъсирида бронх, ҳалқум, кўкрак қафаси, қорин, диафрагма мушакларининг мураккаб мувофиқлаштирилган реакцияси таъсирида йўтал юзага келади.

Юқорида айтиб ўтилган жараён бош мия назоратида бўлади. Йўталнинг учта - инспиратор, компрессион ва экспиратор даврлари фарқланади. Инспиратор даврда овоз тирқиши рефлектор очилиб, барча инспиратор мушаклар иштирокида чуқур жадал нафас олиш юз беради. Компрессион даврда овоз боғламлари ва тирқиши ёпилади. Ундан сўнг ички қовурғаларо ва қорин экспиратор мушаклари кескин қисқаради.

Экспиратор даврда (ҳақиқий йўтал даври) тахминан иккинчи даврдан 0,2 сония ўтгач овоз тирқишлари рефлектори очилади, босим ўзгариши юз беради ва турбулент ҳаво оқими кескин ўзи билан бронхлардаги мавжуд нарсаларни олиб нафас йўлларида ташқарига интилади. Оғиз орқали кучли турткисимон нафас чиқариш юз беради. Нафас йўлларида балғам тебраниши сабабли у йўталга хос бўлган овоз чиқаради.

Йўтал рефлeksi 5 таркибий қисмдан иборат (йўтал рецепторлари, афферент нервлар, медулляр йўтал маркази, эфферент нервлар, эффекторлар ёки нафас мушаклари) бўлиб, унинг қуйидаги турлари тафовут этилади:

- *битонал (t. bitonalis) йўтал* – паст ва қўшимча юқори икки тонли жарангга эга. Йирик бронхлар ва трахеянинг босилишида, масалан, тумароз бронхоаденитда рўй беради;

- *нам (t. humida) йўтал* – балғам ажралиши билан намоён бўлади;

- *конвульсив ёки тиришиш (t. convulsiva) йўтал* – хужсимон бўлиб, бири кетидан иккинчиси тез келади ва шовқинли нафас кузатилади. Баъзан қайт қилиш билан кечиб, бунга кўк йўтал касаллиги мисол бўлади;

- *ақилловчи йўтал* – кучли, узилиб-узилиб қолувчи, қурук бўлиб, ҳиқилдоқ ёки трахеянинг патологик жараёнларига хос. У овоз хириллаши ва бўғилиши (афония) билан бирга келиши мумкин;

- *рефлектор (t. reflectorica) йўтал* – нафас йўлларидаги рефлексоген зоналарни таъсирланишидан содир бўлади, жумладан, ташқи кулоқ йўллари, ошқозон касалликларида;
- *спазматик (t. spasmodica) йўтал* – кучли, курук бўлиб, ҳиқилдоқ спазми, пастки ҳиқилдоқ нервнинг таъсирланиши ҳисобига келиб чиқади;
- *куруқ (t. sicca) йўтал* – балғам бўлмайди;
- *қулоқ (t. otica) рефлектор йўтал* – ташқи эшитув йўлининг орқа пастки деворига буюм билан таъсир этиш натижасида кузатилади. Ушбу йўтал пайдо бўлиши адашган нервни кулоққа борувчи тармоқларининг таъсирланиши билан тушунтирилади;
- *сунъий (tussis artificialis) йўтал* – махсус аппарат ёрдамида нафас йўлларида ўтказиладиган муолажаларда кузатилади;
- *аллергик йўтал* – беморлар аллергиялар билан контактда бўлганида;
- *плеврал йўтал* – курук бўлиб, кўкрак қафасидаги оғриқ билан ўпка инфаркти ва медиастинал рақда кузатилади;
- *паст йўтал* – яққол ривожланган ўпка эмфезимасига характерли;
- *тинч йўтал* – крупоз пневмониянинг бошланғич даврларига, курук плеврит ҳамда ўпка силига хос;
- *жарангсиз йўтал* – овоз бойламлари жароҳатида (параличида), трахеостомияда ва ҳиқилдоқни қайтувчи нервни зарарланишида;
- *эрталабки йўтал* – чекувчиларда ва СОЎКгида кузатилади;
- *кечки йўтал* – бронхит ва пневмония касаллигида;
- *тунги йўтал* – бронхо-пульмонал лимфа тугунлари патологик жараёнларида (сил, лимфогрануломатоз, ўсмалар), бронхиал ва юрак астмасида;
- *резонир йўтал* – ўпка сили кавернаси ва бошқа ўпкада бўшлиқ билан кечувчи касалликларда;
- *димланиш ҳисобидаги йўтал* – юрак касалликларининг декомпенсация босқичи натижасида ўпкадаги димланиш ҳисобига;
- *ирритатив йўтал* – поллютантларни нафас йўлларида таъсири натижасидаги курук йўтал;
- *чуқур нафас олгандаги йўтал* – трахея бифуркацияси соҳасидаги чандикли жараёнлар натижасида;
- *тик тургандаги йўтал* – қорин бўшлиғидаги патологик жараёнлар ва кўкрак қафаси ўсмасида диафрагма тортилиши оқибатида;
- *ётган ҳолатдаги йўтал* – кўкс оралиғи патологиясида, бўқок, аорта аневризмида, ваготония ҳолатида;
- *қариялардаги йўтал* – кучсиз бўлиб, об-ҳавонинг ўзгариши ҳисобига кучайиши мумкин;
- *одатий терапияга чидамли йўтал* – кучли, беморга азоб берувчи ва йўталга қарши дориларнинг самарасизлиги;
- *чекувчилар йўтали* – сурункали, эрталаблари кузатилиб, кам балғам ажралади;

- *совуқдаги йўтал* – совуқ ҳаводан нафас йўллари таъсирлаши натижасида;
- *бир мартали йўтал* – нафас йўлларига ўткир моддалар таъсири (аммиак), овқат ичгандаги қалқишлар содир бўлгандаги йўтал;
- *сурункали йўтал* – уч ҳафтадан ортиқ чўзилган йўтал;
- *самарасиз йўтал* – дренаж функцияси етарлича бўлмаган ҳоллардаги йўтал;
- *овқатга боғлиқ йўтал* – диафрагманинг қизилўнгачга ўтиш тешиги чурраси, қизилўнгач дивертикулези, қизилўнгач трахея окмада;
- *капотен йўтал* – ААФИ (капотен, ренитик, энап, престариум ва бошқалар) натижасида;
- *йўтал репризаси* – бирин-кетин, кучли ва силтаниб пайдо бўладиган йўтал.

Дикқат билан синчиклаб йиғилган анамнез йўтал характери ва балғам ажралиши, ривожланиш механизми, кечишини аниқлаб, тўғри ташхис қўйиш ва даволаш имконини беради.

Балғам

Йўтал билан биргаликда кўпинча балғам ва ҳансираш кузатилади. Балғам йўталиш ҳисобига турли касалликлар натижасида нафас йўлларидан ажраладиган патологик секретдир.

Балғамни макроскопик текшириш, касалликни ташхислаш ва беморни кейинги даволашда клиник жиҳатдан муҳим бўлиб, унинг ранги, таркиби ва консистенциясига аҳамият берилади. Балғамни кунлик миқдори оддий бронхитда 50 мл.гача, бронхоэктаз касаллиги ва ўпка абсцессига 200-300 мл.гача ошади. Унинг миқдори ошиши сурункали бронх-ўпка касалликлари кўзиганини билдирувчи мезонлардан бири ҳисобланса, камайиши даволаш тадбирларининг самарадорлигини ёки бронх йўлларини тикилиб қолганини билдиради.

Бронхорея - доимий кўп миқдорда суюқ, баъзан кўпикли балғамни кунига 1 дан 3 литргача ажралишидир. Балғам характери ундаги субстратлар ва аралашмалар билан боғлиқ. Унинг таркиби ва консистенциясига кўра куйидаги турлари фарқланади:

- ◆ *шилликли балғам* – тиник, қуюқ, баъзан эса рангсиз кўпиксимон, хужайра элементлари кам бўлиб, ўткир ва сурункали бронхитда учрайди;
- ◆ *шиллик-йирингли* – оқиш, бир хилда, ярим тиник бўлиб, сурункали бронхитда кузатилади;
- ◆ *йиринг-шилликли* – асосан йирингли характерда, ярим тиник, кўриниши бир хил эмас;
- ◆ *йирингли балғам* – бир хилда сариқ-яшил ёки оқ, ярим суюқ, кўп ҳолларда ўпканинг деструктив касалликларида учрайди;
- ◆ *чириган балғам* – йиринг билан чириганлик ҳиди, анаэроб инфекцияга хос;

♦ *сероз, “пушти” балғам* – суюқ, кўпикли, рангсиз ёки пушти рангда бўлиб, ўпка шишидан далолат беради;

♦ *“шишиасимон” балғам* – БА касаллигининг ташхисий мезонларидан бири;

♦ *“Шоколад кукуни ранги” даги балғам* – шиллиқли, чўзилувчан, қон аралаш бўлиб, клебсиелла пневмониясида (Фридендер) кузатилади ва баъзан “смородина желеси” ёки “малинали желеси” деб ҳам юритилади;

♦ *“Дурсимон” балғам* – думалоқ бирикмалардан иборат бўлиб, таркибида атипик ҳужайра ва детрит толалари учрайди. Бундай балғам ясси ҳужайраларга ўпка ракин мезонларидан биридир;

♦ *“Зангсимон” балғам* – зангсимон рангда бўлиб, крупоз пневмонияда кузатилади;

♦ *“Шоколадсимон” балғам* – кўнғир, қуюқ, оғиз тўлиб ажралувчи бўлиб, ўпка абсцессининг ёрилиш даври ёки ўпка амебиази учун характерлидир;

Балғам таркибида Куршман спиралари, Шарко-Лейден кристаллари ҳамда эозинофил ҳужайралари бўлиши БА касаллигига хос. Айрим ҳолларда яқка Куршман спиралари топилиши пневмония, ўпка силида ҳам учраши мумкин. Дитрих пробкаси ўпка гангрена, йирингли бронхит ва сурункали ўпка абсцессидан кузатилади.

Балғам ранги нафас билан олинган чангллар натижасида оқ, қора (кўмирдек), сариқ, кўк, қизил (анилин бўёқлари), яшил (инфекция), малла рангда бўлиши мумкин. Балғам қавати кўп миқдорда балғам ажралганда содир бўлади. Кўп миқдордаги йирингли балғам тиндириб қўйилганда икки ёки уч қаватга ажралади. Икки қаватли балғамда юкоргиси оқиш, кўпикли ва пасткиси йирингли, тиниқ бўлмаган балғам ўпка абсцессининг ёрилиш даврини ифодаласа, уч қаватли балғамда юкоргиси - оқиш, кўпиксимон; ўртаси - сувсимон, хира ва пасткиси - сариқ, йирингли, таркибида Дитрих пробкалари мавжуд бўлиб, ўпка гангрена, бронхоэктаз касаллиги, кам ҳолларда чириган бронхит ҳамда сил касаллигида кузатилиши мумкин. Шунингдек, ажратилган балғам ҳар хил ҳидли бўлиб, бактериал флора ва оксил таркибидаги ферментлар парчаланишига боғлиқ. Янги ажралган балғамда хид бўлмайди. Ўпканинг деструктив жараёнларида чириган, қуйган гўшт ҳиди Фридендер пневмониясида, ширинлик ҳиди ўпка силида кузатилиши мумкин.

Шундай қилиб, УАВ балғамни синчиклаб текшириб ўрганиши ва ундаги ўзгаришларни касалликнинг клиник белгилари билан биргалликда таҳлил қила олиши зарур.

Йўталнинг асосий сабабларига (1-чизма) қуйидагилар киради:

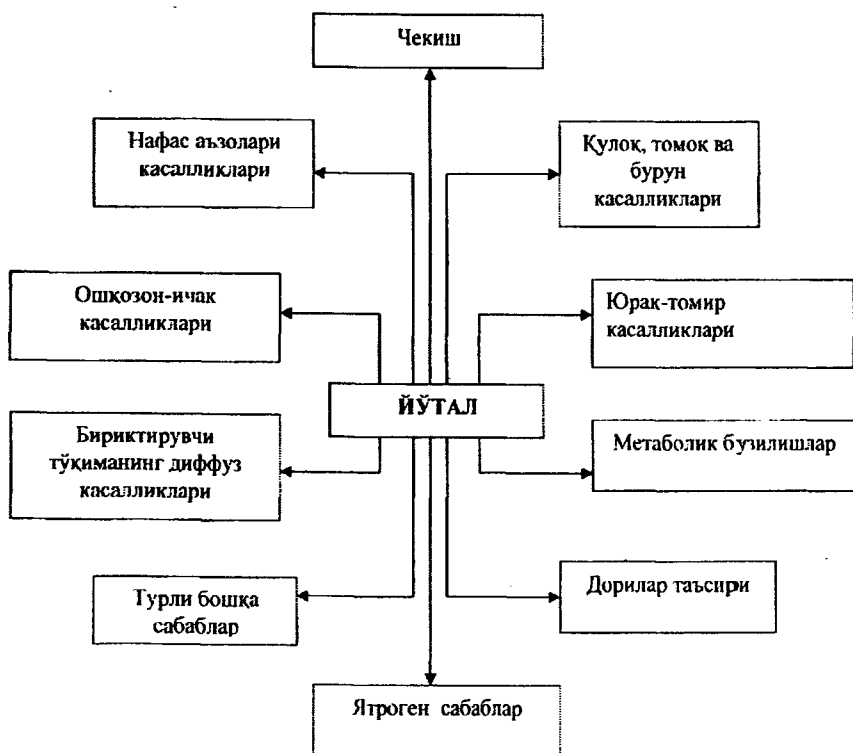
- чекиш;
- қулоқ-томоқ-бурун аъзолари касалликлари - постназал оқиш синдроми (postnasal drip syndromes), синуситлар, фарингит, ларингит, ҳиқилдок ўсмаси, аденоидлар, ўрта қулоқ пардасининг йиринглаши;
- нафас аъзолари касалликлари - ўткир респиратор вирусли инфекция,

грипп, кўк йўтал ва паракўк йўтал, ўткир трахеит, ўткир ва сурункали бронхит, бронхоэктаз касаллиги, ўпка эмфиземаси, БА, пневмония, ўпка раки ва сили, ўпка абсцесси, плеврит, диафрагмит, трахеобронхиал дискинезия, ўпканинг касб касалликлари, бронх йўлларидаги ёт жисмлар, ўпка диссеминацияси ва қовурга касалликлари;

- юрак қон - томир касалликлари - юрак етишмовчилиги, аорта аневризмаси, ЎАТЭ, юрак нуқсонлари, перикардит;

Йўталга олиб келувчи асосий сабаблар

1-чизма



- ошқозон - ичак тизими касалликлари – диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси, гастроэзофагеал рефлюкс, холецистэктомиядан кейинги синдром, диафрагма ости абсцесси;

- метаболик бузилишлар - респиратор оксалоз, подагра, бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари, Шегрен синдроми;

- ятроген сабаблар - бронхоскопия, ларингоскопия, анестезиологик усуллар;

- дорилар таъсирида юзага келган йўтал – ААФИ, амиодаронли ўпка, кислород, дорили ингаляциялар;

- бошқа турли сабаблар – чекиш, бўқоқ, струмэктомия, менингит, руҳий эмоционал бузилишлар, тоғ касаллиги;

Юкорида келтириб ўтилган сабаблар орасида аҳоли ўртасида кенг тарқалгани *чекиш* ҳисобланиб, у сурункали бронхит касаллиги ривожланишида алоҳида ўрин эгаллайди. Тамаки ҳосилалари дискриния ҳолатини келтириб чиқариб, бронхлар деворини зарарлайди. Бу ўз навбатида, сурункали бронхит келиб чиқишига замин яратади.

Чекиш йўтали - тамакини суниестемол қилиб чекувчилар ўзларида содир бўлаётган йўтални меъёрий деб ҳисоблаб, ҳар доим унинг сабабига аҳамият бермайдилар. Чекувчилар йўталнинг патофизиологик асоси шундан иборатки, тунда бронхларда мукоцилиар транспорт тизими ўз-ўзини тозалаш функциясини бажариши кескин камайиб кетади. Шу сабабли беморларда эрталаблари йўтал билан қийин ажралувчи балғам пайдо бўлади. Эрталабки биринчи чекилган сигарет кам йўтал пайдо қилади ва балғам озроқ ажаралиши, нафас олишни бир оз бўлса-да енгиллаштиради. Тамаки чекувчининг чекиш сонига қараб «чекиш индекси» аниқланади. Чекиш индекси бир кунда чекилган сигарет сонини 12 га кўпайтирилишига тенг. Ашаддий чекувчиларнинг ушбу индекс кўрсаткичи бир кунда 200 дан ортиқ бўлиши мумкин. Никотин организмга агрессив таъсир кўрсатиб, биринчи навбатда, ўпка-бронх тизимининг касалликлари ривожланишига олиб келади. Шў ўринда Г. Лессингнинг «**тез таъсир қилмайдиган захар хавсизроқ бўлиб қолмайди**» деган сўзларини ёдда тутмоқ керак.

УАВ, ашаддий чекувчилар чекишни ташлагандан сўнг йўтал ва балғам ажралиши анча камайиши ҳамда айрим ҳолларда бир неча ойдан сўнг бутунлай йўқолиб кетиши мумкинлигини чекувчиларга тушунтиришлари зарур.

Куйида биз юкорида қайд этилган ва амалиётда кўп учрайдиган йўтал ва балғам ажралишига сабаб бўлувчи касалликларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Кулок-томоқ-бурун касалликларига чалинган беморларнинг аксарияти йўталга шикоят қиладилар ва унинг сабаби юкори нафас йўллариининг патологияси ҳисобланади. Унда турли оҳангдаги йўтал эшитилиб, инфекция ва унга боғлиқ бўлмаган табиатга эга бўлади.

Фарингит ва ларингит - уларнинг келиб чиқишида асосий сабаб инфекция ҳисобланиб, вируслар ёки атипик микроорганизмлар таъсирида ривожланади. Ларингитда йўтал ақиллаган бўлиб, у оғрикли баъзи ҳолларда овоз бўғилиши ҳамда афония билан кечади. Овоз бўғилиши ва афония ҳолатлари кўпинча нафас аъзоларининг функционал бузилишларида кузатилади. Айрим ҳолларда кучсиз, секин, майин йўтал овоз бойламининг органик зарарланишида (ўсма, неврит, операция) юзага келади. Кучли ва

курук йўтал ҳиқилдоқ спазми, унинг пастки нерви шикастланиши ҳисобига келиб чиқиши мумкин.

Фарингит ва ларингитни ташхислаш учун жағ ости, бўйин соҳаси кўздан кечирилади, шиш ва ассиметрия бор-йўқлигига ҳамда теридаги ўзгаришларга алоҳида эътибор берилади. Пайпаслаб кўрилиб, оғрик нуқталари, лимфа тугунларининг катталашганлиги ва инфилтратлар мавжудлиги аниқланади. Фарингоскопия, ларингоскопия ва орқа риноскопия ўтказилиб, ҳиқилдоқ-юткин кўздан кечирилади. Кўрсатмалардан келиб чиқиб, (катталашган лимфа тугунлари, ўсмаларга шубҳа бўлганда) мутахассис шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда рентген, МРТ текшириш усуллари қўлланилади. Ўткир ва сурункали фарингитда асосан маҳаллий даво чоралари тавсия этилади. Бунда илиқ ишқорли ингальяциялар, ингалипт ёки оксикорт аэрозоллари, бурунга мой томчилари, агарда тана ҳарорати юқори бўлса, антибиотиклар буюрилади.

«Постназал томчи синдроми» - сурункали персистирловчи йўталнинг асосий сабабларидан бири бўлиб, дориларга чидамлилиги билан ажралиб туради. У бурун – ҳалқум орқасидаги секретнинг яллиғланиши ҳисобига содир бўлади. Бу патологияга кўпинча синуситлар ва ринитнинг турли шакллари (аллергик ва инфекцияли) оқибатида юзага келади. Шунинг учун йўтал билан бурун битиши, акса уриш, бурундан суюқлик оқиш белгилари кузатилади. Беморлар орқаси билан ётганда йўтал интенсивлиги кучайиб, ҳалқумнинг орқа деворидан шиллиқнинг оққани ёки худди суюқлик томгандек субъектив сезгиларни ҳис қилишади. Ташхислашда орқа риноскопия ва фарингоскопияда ҳалқумнинг орқа девори ва бурун йўллари бўшлиғида патологик ажралмалар ва бурун - ҳалқум шиллиқ қаватида яллиғланиш белгилари, рентгенографияда синусит манзараси аниқланади.

Бальма синдроми. Бу сурункали тонзиллит касаллигида йўтал хуружларининг кечаси кузатилиши.

Нафас олиш аъзолари касалликлари

Аденовирусли касаллик. Бу ўткир вирусли жараён бўлиб, аксарият ҳолларда нафас ва кўриш аъзоларининг зарарланиши билан намоён бўлади. Беморларда юқори ҳарорат ва интоксикация негизида йўтал пайдо бўлиб, унинг характери юқори нафас йўллариининг зарарланиш даражасига боғлиқ. Ҳиқилдоқнинг сезиларли шикастланишидан, унинг бўшлиғи торайиб, кўпол, акилловчи йўтал билан овоз бўғилиши кузатилади.

Грипп. Курук йўтал, томоқ кичишиши, овоз ўзгариши ва бурун битиши асосий белгилари ҳисобланади. Бунда кўпинча трахея кучли ва якқол шикастланади. Юқоридаги белгилардан ташқари, иситмалаш, холсизлик, адинамия, кўп терлаш, мушакларда оғрик ва кучли бош оғриши кайд этилади.

Кўкйўтал ва паракўк йўтал (катталарда). Йўталнинг кам учрайдиган сабабларидан бири. Сурункали йўталнинг 20% кўкйўтал инфекцияси сабабли эканлиги текширишларда аниқланган. Клиник кўриниши оғир

хуружсимон йўтал, шовкинли чуқур нафас олиш, қайт килиш билан тугайди. Ташхисни тасдиқлаш учун бактериологик ва серологик усуллардан фойдаланилади.

Ўткир трахеит ва бронхит бошланишида оғрикли, курук йўтал 2-3 кун давом этади. Кейин балғам пайдо бўлиб, йўтал юмшайди ва бир ҳафтадан кейин ўтиб кетади. Баъзан 2 ҳафтадан 6 ҳафтагача давом этиб, бронхлар шиллиқ қаватининг рефлексоген зонаси сезгирлиги ошиб кетади ва кийновчи йўтал пайдо бўлади. Йўтал хуружлари совуқдан иссиққа ёки иссиқдан совуққа чиққанда ҳам кучаядиган бўлиб қолади.

Сурункали бронхит ташхиси 2 йилдан кам бўлмаган вақтда 3 ой давомида йўталиш ва бронхоскопияда эндобронхит белгилари аниқланган ҳолларда қўйилади. Сурункали бронхитнинг эрта босқичларида йўтал билан бирга кам шилликли балғам ажралади ва бу касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади. Курук, бир оз қийинчилик билан ажраладиган балғамли йўтал кўпинча атрофик бронхитдан далолат беради. Беморларда ушбу касалликда бронхоскопияда, бронхлар шиллиқ қаватининг кескин атрофияси кузатилади. Сурункали бронхит касаллигининг клиник белгилари мавсум ва об-ҳавонинг ўзгаришига ҳам боғлиқ. Совуқ, нам ҳавода кўпроқ, курук, иссиқ фаслларда камроқ кўзилади. Баъзи беморларда йўтал фақат касалликнинг авж олган даврида кузатилади, ремиссия даврида безовта қилмайди. Унинг авж олган даврида йўтал аста – секин кучайиб, кун бўйи, баъзан тунда безовта қилади. Касалликнинг кечки босқичларида ва нафас стишмовчилиги бўлган оғир беморларда йўтал рефлексив йўқолади. Натижада бронхоэктаз ривожланиб, беморлар кўп йирингли балғам бўлганда ҳам йўтала олишмайди. Шунинг учун йўтални кучайтириш ва бронхларни фаол постурал дренажини тиклаш керак.

Айрим беморларда йўтал ётган пайтда кучайиб, хириллаш билан кечади. Бу майда бронхлардан унинг йирикларига балғамни ўтишидан далолат беради. Бунда бронхообструктив синдром ривожланиб, бронхлар спазмига олиб келади ва балғам чиқишини қийинлаштириб қўяди. Майда бронхларнинг спазми натижасида ҳолдан тойдирувчи йўтал тунда ва эрталаб безовта қилади. Беморларда йўтал хуружидан кейин ҳансираш кучайса ўпка эмфиземаси тўғрисида ўйлаш керак.

Бронхиал астма. Йўтал симптоми БА касаллигининг асосий клиник белгиларидан ҳисобланади. Унда йўтал турлича характерда кузатилиб, хасталикнинг кечиши, хуруж босқичи, асорати ва ёндош патологияларига боғлиқ бўлади. БА га йўталнинг куйидаги хусусиятлари хос:

- ▶ йўталнинг хуружсимон бўлиб, кўпроқ кечаси кучайиши;
- ▶ йўтал курук ёки кам миқдордаги кийин ажралувчи балғам, аксириш, бурундан сув оқиши;
- ▶ оғир астма хуружида бронхообструктив синдром, ҳансираш, йўтал билан балғам ажралмаслиги ва бунинг хавфли ҳисобланиши;
- ▶ кучли, тез-тез кузатиладиган йўталдан кейин нафас сиқиши ривожланиши;

- ▶ курук йўтал жисмоний зўриқишдан кейинги астмага хослиги;
- ▶ хуружсимон йўталнинг кескин ҳидларга (тамаки, атир, аммиак, хлор, бензин, эфир), совук ҳавода пайдо бўлиши, бронхлар гиперреактивлигининг ошиши.

Оғир бронхообструктив синдром билан кечувчи бронхиал астма касаллигида йўтал маҳсулдор бўлмайди ва бу ўз навбатида, касалликнинг анча хавfli кечишидан дарак беради. Йўтал давомида балғам маҳсулдорлиги ошиб боради, беморларда ҳансираш камаяди, бу эса хасталикнинг ижобий тарафга силжишидан дарак беради. **БА касаллиги тўғрисида батафсил маълумот «Бронхообструктив синдром»га бағишланган маърузада баён этилган.**

Трахеобронхиал дискинезия - бу синдром йирик бронхлар ва трахея каркаси эластиклигининг сусайиши бўлиб, йўталганда ва нафас чиқарганда уларнинг пролапсига олиб келади. Бу бронхлар ички деворлари бириктирувчи тўқимасининг дисплазияси ҳолатидаги фенотипик белги ҳисобланади. Бунга ўпка поликистози, спонтан пневмоторакс, гипервентиляция синдроми мисол бўлади. Трахеобронхиал дискинезияда 100% ҳолларда курук йўтал кузатилади. Дискинезия ҳолати йўтални кучайтирса, у эса ўз навбатида, дискинезия жараёнига салбий таъсир қилади. Трахеобронхиал дискинезия ҳолатидаги йўтал ўзига хослиги билан ажралиб туради. Уларда йўтал пароксизмал, битонал табиатли, баъзан бош айланиш белгиси билан кечади. Аксарият ҳолларда, у “стартли йўтал” бўлиб, бемор тез ўрнидан турганда ва ҳаракат қилганда ҳамда тана ҳолатини ўзгартирганда кучаяди. Йўтал характери бронхлар ва трахеянинг қайси қисми шикастланиши билан боғлиқдир. Йирик ўлчамли бронхлар ва трахеяни зарарланишида, йўтал дағал ва бир оз пастроқ эшитилади. Бош бронхлар зарарланганда эса у кучли, бўғилиш симптоми билан кечади, баъзи беморларда кон тупуриш кузатилади. Йўтал пароксизмида бемор юзларининг гиперемияси, бўйин веналари бўртиши ва конъюктивит белгилари пайдо бўлади.

Пневмония (Зотилжам) турли хил этиологияли, патогенезли ва ўткир инфекцион табиатли (асосан бактерияли) касаллик бўлиб, ўпканинг респиратор бўлими шикастланиши, альвеола ичи ва интерстициал тўқиманинг эксудатив яллиғланиши билан характерланади. Клиник нуқтаи назардан, рентгенологик тасдиқланган ва нафас йўллари пастки қисмининг инфекцияга боғлиқ касаллигидир.

Этиологияси: бактерия, вирус-бактерия, микоплазма, хламидия, легионелла, замбуруғ, паразит, аралаш, аспирацияли, физик ва кимёвий омиллар ва табиати ноаниқ.

Пульмонологларнинг V халқаро конгрессида (Москва, 1995) клиник-морфологик, патогенетик хусусиятлари, эпидемиологик жараёнларни ва қўзғатувчига қарши антибиотикларни эмпирик танлаш ҳамда шифокорларга қулайлик туғдириш мақсадида пневмониянинг куйидаги ишчи **классификацияси** таклиф этилган.

- касалхонадан ташқари (синонимлари – уй, амбулатория, бирламчи) пневмония;
- касалхони ичи (синонимлари – нозокомиал, госпитал, иккиламчи) пневмония;
- иммун танқислиги (туғма иммунодефицит, ОИТ-инфекцияси) пневмония;
- атипик пневмония;
- аспирацияли пневмония.

Бундан ташқари, ташхис қўйганда касалликнинг қўзғатувчиси (иложи бўлса), жараённинг жойлашиши, оғирлик даражаси, асорати, шу билан бирга нафас ва қон айланиши етишмовчилиги ва ёндош касалликлар кўрсатилиши керак.

Пневмониянинг оғирлик даражаси

Енгил – нафас олиш сони (НС) 25 дан, пульс бир дақиқада 90 тадан кам. 1-2 та сегмент ёки бўлак зарарланган, интоксикация сезиларли эмас, тана ҳарорати 38°C гача.

Ўрта – НС бир дақиқада 25 дан кўп, пульс 100 атрофида, тана ҳарорати 39°C гача, интоксикация ўрта ривожланган, асоратлар йўқ, бўлак зарарланган.

Оғир – НС бир дақиқада 30 дан, пульс 110 тадан кўп, тана ҳарорати 39°C дан юқори, адинамия билан сезиларли интоксикация, респиратор ва гемодинамик бузилишлар, плеврит, миокардит ва бошқа асоратлар бўлиши мумкин, лекин бемор ҳаётига хавф кам.

Жуда оғир – кучли ривожланган интоксикация билан церебрал ва неврологик бузилишлар (ўткир психоз, сопор, нафас ритми бузилиши, менингит белгилари ва бошқалар), оғир нафас ва юрак - қон томир етишмовчилиги, НС бир дақиқада 30 тадан, пульс 110 тадан кўп, коллапс, ўпка шиши, гипоксия ва бошқа асоратлар кузатилади. Ўпкада массив инфильтрация ўчоқлари ва деструкция аникланади.

Касалхонадан ташқари пневмонияни (бирламчи) 60-95% - пневмококklar, 20-30% - стрептококklar, 15-20% - гемофил таёкчаси (Haemophilus influenzae), 2-15% - вируслар, 20-30% - Mycoplasma pneumoniae, 2-8% - Chlamydia pneumoniae, 2-10% - Legionella pneumophila, 1-2% - Moraxella (Branhamella) catarrhalis, 5% дан кам Klebsiella pneumoniae ҳамда бошқа Enterobacteriaceae, 3-5% - Staphylococcus aureus ва бошқа флоралар келтириб чиқаради. Кўп ҳолларда пневмококкли пневмония кузатилиб, у олдин бўлаккли, крупоз, плевропневмония деб ҳам юритилган. Унда ўпканинг полисигмент ёки бўлаккли зарарланиши ётади. Касаллик ўткир бошланиб, касалхонадан ташқарида тана ҳароратининг 39-40° гача кўтарилиши, эт жунжикишининг такрорланиши, кучли бош оғриши, йўтал, шиллик ва йирингли ёки “зангсимон” балғам (таркибидаги эритроцитлар ҳисобига), кўкрак қафасида оғрик, унинг нафас олганда ва йўталганда кучайиши, зарарланган томоннинг нафас олганда соғ томондан орқада қолиши, ҳансираш, ҳаво етишмаслиги, умумий интоксикация белгилари

– ҳолсизлик, иштаҳа йўқлиги, бош оғриши, миалгиялар, баъзан артралгиялар, тахикардия, аритмия, бурун-лаб учбурчагида герпетик тошмалар кузатилади. Бемор юзи рангпар, бурун қанотлари нафас олганда кенгайди. Лабларида цианоз, нафас олиш юзаки, бир дақиқада 40 тагача, пульс тезлашган бир дақиқада 120 та, қон босими пасайган. Касалликнинг бошланғич босқичида йўтал аввал курук, сўнгра шиллик балғамли бўлади. Альвеолалар аста-секин некробиозга учраган хужайра қолдиқлари ва экссудат билан тўлиб боради, зарарланган соҳада перкутор товуш тўмтоқлашади. Аускультацияда ўпканинг яллиғланган соҳасида везикуляр нафас сусайган ва крепитация *indux* (нафас олганда яллиғланиш экссудати билан тўлган альвеола деворларининг бир-биридан ажралиши туфайли юзага келади) эшитилади. Касалликни *авж олиш босқичида* йўтал “зангсимон” балғамли бўлиб, товуш дириллаши кучаяди. Перкуссияда ўта бўғик товуш, аускультацияда бронхиал нафас эшитилади. Тузалиш босқичида тана ҳарорати пасайиб, шилликли балғам кўп ажрала бошлайди. Товуш дириллаши пасаяди, перкуссияда бир оз бўғик товуш, аускультацияда бронхиал нафас йўқолиб, крепитация *редух* пайдо бўлади ҳамда йирик пуфакли нам ва курук хириллашлар эшитилади.



1-расм
63 ёшли бемор биринчи (пневмококк) ўпканига, умуман, тотал пневмония. Инфестцион - тоқсон пайи. Касалликни 5-кундан и сўзрак кафеяни сўйор рентгенограммаси. Ўпканига шиллик билан тотал интенсиб соя, чоп ўпка илдизи кенгайган ва юқори бўлган сурати кучайган боқимсе ўпка шили бошланғичга тос белги

Рентген текширишда, касалликнинг биринчи кунда инфильтратив соя аниқланмаслиги ёки суёт соя кўриниши мумкин.

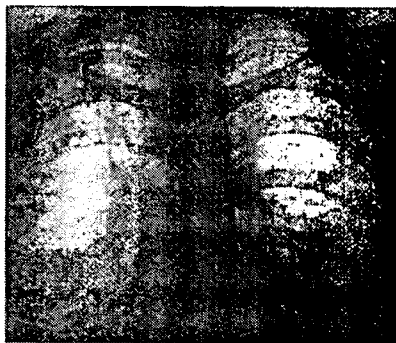
Учинчи кундан бошлаб ўпка сурати кучайган, шикастланган томонда ўпка илдизи кенгайган ва интенсив гомоген бўлмаган соя кўринади. Жараён кўпинча ўпканинг ўнг бўлаги юқори ва пастки сегментларида жойлашади, баъзан бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин (1 ва 2-расм). Пневмониянинг тузалиш босқичида соянинг интенсивлиги ва ўлчами аста-секин кичраиб, соя йўқолади (3-расм).

Ўпкада деструктив жараён ёки ўсмага шубҳа бўлганда КТ текшируви ўқатилади. *ТНФ* текшириш ёрдамида вентиляция бузилишлари аниқланади. Қонда нейтрофилли лейкоцитоз ($12 - 25 \times 10^9/\text{л}$), лейкоцитлар формуласи чапга силжиган, лимфопения, ЭҚТ ошиши, С-реактив оксил пайдо бўлиши. *Сийдикда* кўпинча протеинурия, цилиндропия, микрогемадурия аниқланади. *Балғамни* бактериологик ва бактериоскопик Грам усулида бўяб текширилганда, эритроцитлар, сегмент ядроли лейкоцитлар, грам мусбат кокклар топилади.

Кечиши. Беморларни даволаш жараёнида антибиотиклар самарали таъсир этса, тана ҳарорати 2-3 кунда тушади, интоксикация белгилари йўқолади, яллиғланишнинг физикал белгилари камаяди. Касалликнинг иккинчи-учинчи



2-расм
54 ёшли бемор. Бирламчи (пневмококкли) пневмония, ўпк ўпка юқори бўлагини, урта оғирликда кечили. Касалликни 5-кундаги обзор рентгенограммаси: ўпк ўпка юқори бўлагидан интенсив гомоген бўлмаган соя, ўпка илдизи кенгайган.



3-расм 54 ёшли беморнинг даволаш 20 кундан кейин қилинган обзор рентгенограммаси: ўпка илдизи ва суратли структураларини тўлиқ тикланиши ва сояларнинг йўқолиши.

ҳафтасида қоннинг лаборатор кўрсаткичлари метъерига келади, физикал ўзгаришлар аниқланмайди. Пневмониядан тузалиш 4 ҳафтага бориб тугайди. Организмнинг қаршилиги паст бўлган беморларда касаллик 8 ҳафтагача чўзилиши мумкин. Ёндош касалиги (сурункали обструктив бронхит, бронхиал астма, алькоголизм,) бўлган беморларда аксарият ҳолларда пневмония ўткир бошланмайди яъни иситма, йўтал, хансираш аста-секин кучайиб боради ва кейинроқ эс-хушнинг бузилиши, ҳолсизлик кўшилади. Бундан ташқари, шифокорга муурожаат қилгунга қадар аспирин, антибиотик ва сульфаниламидлар қабул қилган беморларда ҳам касалликнинг кечиши ўзгарган бўлади.

Асоратлари. Ўпкада – экссудатив плеврит, ўпка абсцесси ва гангрена, плевра эмпиемаси, бронхообструктив синдром, ўткир нафас этишмовчилиги. Ўпкadan ташқари, ўткир ўпка-юрак, инфекция-токсик шок, перикардит, ўткир бактериал эндокардит, миокардит, артритлар, менингит, менингоэнцефалит, томир ичи диссиминирланган (ТИДС) синдром, ичакнинг паралитик бузилиши, токсик гепатит, ўткир психоз, анемия, ўткир гломерулонефрит.

Касалхона ичи пневмонияси бемор шифохонада ётганидан 48-72 соат ўтгач бошланади ва клиник жиҳатдан оғир кечади. Касалликни грам мусбат *Staphylococcus aureus*, грам манфий *Pseudomonas aeruginosa* (кўк йиринг таёкча), *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Escherichia coli* (ичак таёкчаси) флораси ва анаэроб кўзгатувчилар *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, *Bacteroides* келтириб чиқаради. Касалхона ичи яъни госпитал пневмонияга қуйидаги омиллар сабаб бўлиши мумкин:

- циркулятор бузилишлар (инфаркт);
- бронхларнинг босилиши ва обтурацияси;
- жароҳатлар - бўйин, кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларида қилинган жарроҳлик амалиётларидан кейин;

- реанимация бўлимида даволаниш, сунъий йўл билан ўпкага ҳаво юбориб туриш, эндотрахеал ва трахеостомик найлар қўйиш, назогастрал зонд солиш, ҳар хил катетрларни қўллаш, коматоз ҳолатда бўлиш;
- иммуносупрессорлар, антацидлар, миорелаксантлар билан даволаниш, узок муддат кучли седатив препаратлар таъсирида бўлиш, беморни узок вақт энтерал йўл билан овқатлантириш;
- сурункали обструктив ўпка касаллиги;
- патоген флораси бўлган бурун-ҳалқум ва меъда суюқлигининг микроаспирация йўли билан ўпкага ўтиб туриши.

Стафилакоккли пневмонияни тилла ранг стафилакокк чақиради ва асосан госпитал пневмонияда кузатилади. У "А" ва "В" грипп эпидемияси билан боғлиқ бўлиб, жарроҳлик амалиётидан кейин, ёш болаларда, қарияларда, муковисцидоз билан оғриганларда, наркоманларда кўпроқ учрайди. Касаллик ўткир бошланиб, қайта қалтирашлар, юқори ҳарорат, яққол гипоксикация, сепсис, ҳансираш ва оғир кечиш билан характерланади. Йўтал билан шиллик ёки шиллик-йирингли балғам ажралади. Объектив текшириш ва периферик қонда яққол намоён бўлган (донадор ва таёқча ядроли лейкоцитлар) яллиғланиш белгилари аниқланади. Рентгенда кўпроқ ўпканинг юқори бўлаги зарарланганлиги, ҳар хил контурли, гомоген бўлмаган яллиғланиш соялари ва деструкциялар аниқланади (4-расм).



4-расм. 28 ёшли бемор ўнг ўпка юқори ва ўрта бўлағини стафилакоккли пневмониейи оғир кечиши. Касаллик давомийлиги 1 ҳафта. Обдор рентгенограммада ўнг ўпка юқори ва ўрта бўлағида яллиғланиш, ҳасили соялар.

Стафилакоккли пневмониянинг куйидаги шакллари фарқланади:

- ўпканинг стафилакоккли деструкцияси
- рентгенда гомоген бўлмаган инфильтрация асосида юпка деворли деструкция бўшлиқлари - "стафилококк булла" лари аниқланади ва нисбатан энгил кечади. Монанд даволанганда жараён 6-12 ҳафтадан сўнг тузалади;
- инфильтрацияли шакли оғир кечиб, сепсис белгиларини эслаглади. Перкуссияда зарарланган соҳада сезиларли тўмток перкутор товуш, аускультацияда сусайган везикуляр нафас, крепитация, баъзан бронхиал нафас эшитилади. Рентгенда ҳар хил катталикдаги инфильтратли соялар аниқланиб, улар аста-секин 4-6 ҳафта ва ундан кўп муддатда сўрилади;
- абсцедирловчи шакли жуда оғир кечиб, қалтираш, юқори тана ҳарорати, интоксикация, кўкрак қафасида оғрик, ҳансираш кузатилади. Абсцесс ёрилгандан кейин кўп миқдорда йирингли балғам, баъзан қон аралаш чиқади ва интоксикация белгилари камаяди. Рентгенда абсцесс ёрилишидан олдин инфильтратли соялар, кейин эса горизонтал сатҳдаги суюқлик бўлган бўшлиқлар кўринади;
- ўпканинг метастазли стафилакоккли деструкциясида инфекция гематоген йўл билан тарқалиб, икки томон ҳам зарарланади ва септик ҳолат

ривожланади. Рентгенда кўплаб абсцесс ўчоқлари кузатилади;

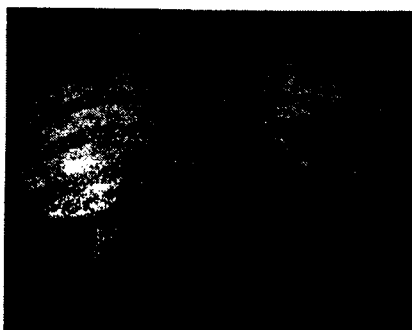
- ўпка-плеврал шакли ҳам оғир кечиб, унда кўплаб инфильтратлар ва абсцесс ўчоқлари ривожланади.

Умуман олганда, стафилакоккли пневмония оғир кечиб, ўпка эмпиемаси, абсцесси, пневмоторакс, йирингли перитонит ва перикардит каби асоратларни келтириб чиқаради.

Стрептококкли госпитал пневмония кам учрайди ва β -гемолитик стрептококк чақиради. У асосан грипп, кизамиқ, сув чечак ва кўк йўталнинг асорати сифатида кузатилади. Касаллик қалтираш, иситмалаш, хансираш, йўтал, кон аралаш балғам ва кўкрак қафасида оғриқ белгилари билан ўткир бошланади. Пневмония ўчоқлари йирик бўлмаганлиги сабабли перкуссия ва аускультация белгилари яққол намоён бўлмайди. Рентген текширишда, инфильтратлар кўпинча ўпканинг пастки бўлагиде жойлашганлигини, ўчоқлар кўшилиб бўлакли пневмония манзарасини кўриш мумкин (псевдолобуляр пневмония) (5-6-расм).



5-расм. 20 ёшли бемор. Чап ўпка пастки бўлагини яққиллаштириб (стрептококкли) пневмонияси. Урта оғирликда кечиши. Параназальнинг жусудини паймурит. Касаллик фоновиде 10 кундан жараҳатли бўлиб охири доткашми кетилганда унда чекланган. Касалликни 11 кунда кўкрак кайфиятининг обдор ривожланиши: чап ўпка пастки бўлагиде интенсиб томонга бўлганда соя, чап ўпка пастки кечилган.



6-расм. Касалликни 16 кундаги 20 ёшли беморнинг обдор ривожланиши. Олднинг соя урида кучайган ва деформацияланган ўпка сурати билан бирга ўпка халқи бироз кичиралган. Синуус облитерацияси ҳисобига дилфренича тумбани деформацияси ва кекори жойлашгани аниқланади.

Касалликнинг энг кўп учрайдиган асорати плевра эмпиемасидир.

Ичак таёқчаси ва грамм манфий бактериялар (энтеробактериялар) чақирган пневмония ҳам шифохона шароитида антибиотикотерапия негизиде, асосан қорин бўшлиғи аъзолари жарроҳлиғи, ҚД, алкоғализм ва СОЎКдан кейин ривожланади. Инфильтратнинг жойлашиши ўчоқли характерда бўлиб, даволаш жуда мураккаб ҳисобланади. Жараён ўпканинг пастки бўлақларида жойлашиб, асорати сифатида плевра эмпиемаси кузатилади.

Фридлендер (клибсиелла - *Klebsiella pneumoniae*) пневмонияси кўпроқ 60 ёшдан катта эракаларда, алкоғолизмда, организм кучсизланганда, сурункали интоксикация, ҚД билан касалланган ва кўкрак ёшидаги болаларда ривожланиб, жуда оғир кечади. Касаллик кўкрак қафасида

оғрик, оғир хансираш, цианоз, кучли иситмалаш ва интоксикация билан ўткир бошланади. Крупоз пневмониядан фаркли равишда, дарҳол йўтал билан йирингли, конли, баъзан смородина желеси кўринишидаги, куйган гўшт ҳидини эслатувчи балғам ажралади. Яллиғланиш жараёни кон туфлаш ва томирлар тромбози билан бирга келади. Физикал белгилар: қисқа перкутор товуш, бронхиал нафас, бронхофония кучайган ва нам хириллашлар эшитилади. Рентгенда жараён ўпканинг ўнг томони, юқори бўлагида, интенсив гомоген бўлмаган соя ва шикастланган ўпка ҳажми кичрайганлиги, битта ёки кўплаб парчаланиш бўшлиқлари кўринади. Абсцесс ривожланганда горизонтал сатҳдаги суюқлик кўринади. Балғамни бактериологик текширганда, *Klebsiella pneumoniae* топилади ва унинг стрептомицин, рифампицинга сезирлиги аниқланади. Кўпинча касаллик узок муддат кечади.

Кўк йиринг таёқча (*Pseudomonas aeruginosa*) чақирадиган касалхона пневмониясида, узок вақт антибиотиклар билан нотўғри даволаниш, оғиз ва бурун бўшлиғи инфекциялари, муковисцидоз, лейкоз билан касалланган кучсиз беморларда, куйиш, йирингли яралар, сийдик йўллари инфекцияси, ўпка ва юракда ўтказилган оғир жароҳлик амалиётидан кейин ривожланади. Касаллик ўткир бошланиб, бемор аҳволи тезда оғирлашади. Эрталабки юқори ҳарорат, кескин ривожланган интоксикация, хансираш, цианоз, тахикардия кузатилади. Объектив текширганда, перкутор товуш зарарланган соҳада бўғиқлашган, крепитация ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Бу пневмонияга тезда янги ўчоқларнинг пайдо бўлиши, абсцессланиши ва фиброзли ёки экссудатли плевритларнинг ривожланиши хосдир. Рентгенда ўчоқли сояланишлар, яллиғланиш инфилтрати диссеминацияга мойил бўлиб, кейинчалик абсцесс ва плевритлар аниқланади.

Гемофил таёқчаси (*Haemophilus influenzae*) чақирган пневмония ўткир вирусли респиратор инфекция ўтказган қандли диабет, сурункали носпецифик ўпка касалликлари негизда ривожланади. Менингит, перикардит, плеврит, артритлар билан асоратланиши мумкин. Балғам грам усулида бўялганда грам манфий коккобацилл - *H. Influenzae* нинг топилиши антибиотикларни танлашда муҳимдир.

Вирусли пневмониялар кўпроқ эпидемиялар даврида учрайди ва уларга А, В вирусли грипплар, парагрипп, аденовирус, синцитиал тўқима вируслари, энтеровируслар сабаб бўлади. Бундай пневмонияларга сезиларли гипоксемия билан оғир ўтиши, физикал ва рентген белгиларнинг жуда кам бўлишига қарамай, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши, лейкоцитлар сонининг камайиши хосдир.

Иммун танқислиги пневмонияси ўсма, гемобластоз, миелотоксик агранулоцитоз, оғир камқонлик, наркомания ва ОИТ-инфекцияси билан касалланганларда кузатилиб, кўпинча ўлимга олиб келади. ОИТ-инфекцияси бўлганларда пневмонияни чақирувчи асосий этиологик омил

пневмоцистлар (*Pneumocystis carinii*), токсоплазма, цитомегаловирус, герпес вируси, аспергиллёз (*Aspergillus*) замбуруғи, криптококк ҳисобланади. ОИТ-инфекцияси билан касалланганларнинг деярли ярмида *пневмоцист пневмонияси* кузатилиб, кўпинча уларнинг ўлимига сабаб бўлади. Бундан ташқари, лейкоз билан касалланганларда ҳам унинг ривожланиш хавфи юқори. *Pneumocystis carinii* кўзғатувчиси 1980 йилда аниқланган бўлиб, соғлом одамлар ўпкасида фаол бўлмаган ҳолатда кузатилиб хужайра иммунитетни фаолияти бузилганда, оғир пневмония ривожланишига сабаб бўлади. Беморларнинг кўпчилигида касаллик аста-секин бошланади. Уларни умумий ҳолсизлик, иситмалаш, йўтал, қийин ажралувчи балғам (баъзан, қон аралаш), ҳансираш безовта қилади. Объектив текширилганда цианоз, жигар, талоқ катталашishi, перкуссияда ўпка илдизининг кенгайганлиги аускультацияда эса унинг турли жойларида қуруқ ва майда пуфакчали нам хириллашлар, аниқланади. Рентгенда касаллик бошланишида иккала ўпка илдизида, кейинчалик перифериягача тарқалган массив инфильтратлар аниқланади. Бу эса пневмоторакс ривожланишига олиб келади. Лимфаденопатия кузатилади. Кўзғатувчини аниқлаш учун балғам, бронх ажралмаси, транстрахеал аспират текширилади. Қонда лейкопения ва лимфопенияни (Т-лимфоцит-хелперларнинг камайishi) аниқлаш мумкин.

Цитомегаловирус пневмония кучли интоксикация, юқори ҳарорат билан оғир кечиб, тезда нафас етишмовчилигига олиб келади ва цианоз, ҳансираш кузатилади. Аускультацияда дағал нафас негизда тарқалган қуруқ ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Рентгенда интерстициянинг тарқалган зарарланиши кўрилади. Ушбу пневмонияга ҳам юқори ўлим хавфи характерли. Ташхисни тасдиқлаш учун балғам, сўлак, сийдик, орка мия суюқлиги цитологик текширилади ва «цитомегал» хужайралари аниқланади.

Атипик пневмония. 1938 йилда «атипик пневмония» ибораси Рейман томонидан амалиётга киритилган бўлиб, унинг кўзғатувчилари бўлган микоплазма 50-йилларда, легионелла 70-йилларда, 80-йилларда эса хламидия эканлиги аниқланган. Улар хужайра ичи патогени ҳисобланади. Бу пневмонияга атипик клиник кечиб хос.

Микоплазмали пневмония (*Mycoplasma pneumoniae*) пневмония билан умумий касалланганларнинг 20%ни ташкил этади. Унга касалликнинг оила ичида тарқалиши характерли бўлиб, қуз ва қиш фаслларида, мактаб ёшидаги болалар, талабалар ва ҳарбийлар (5 ёшдан 40 ёшгача) орасида кўпроқ учрайди. Касаллик зарарланган одамдан ҳаво томчи йўли билан ўтади ва яширин даври 3 ҳафтагача. Жараён аста-секин бошланиб, дастлаб юқори нафас йўлларининг зарарланиши юз беради ва бош оғриғи, кам ҳаракатлик, иситмалаш, миалгия, кўп терлаш, кучли ҳолсизлик, томоқ оғриши, овоз бўғилиши кузатилиб, кейинчалик бронхит ва пневмония белгилари юзага келади. Касалланганларнинг 50% да гайморит кузатилади. Йўтал кўп учрайдиган белгиси ҳисобланиб, кам шиллиқли балғам ва баъзан

қон аралаш бўлади. Иситмалаш микоплазмали инфекциянинг характерли белгиси бўлса ҳам, юқори даражага кўтарилмайди ва рентген ўзгаришлар ҳамда қон таҳлилидаги белгиларга мос келмайди.

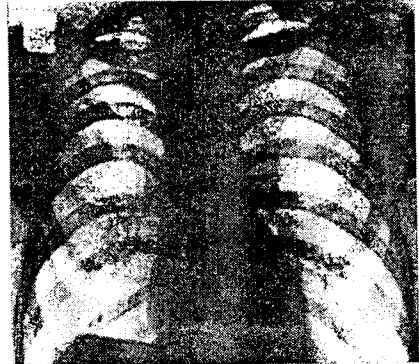
Беморларда куйидаги респиратор ва респиратор бўлмаган белгилар ёки улардан айримлари кузатилиши мумкин:

- юқори нафас йўллари (фарингит 6-59%, ринорея – 2-35%, кулоқда оғриқ – 5%, трахеит, симптомсиз синусит ва бронхит);
- пневмония, плеврит, абсцесс;
- гематологик (гемолитик анемия, тромбоцитопеник пурпура);
- ошқозон-ичак (гастроэнтерит, гепатит, катарал панкреатит);
- мушак-скелет (миалгия, артралгия – ҳақиқий артрит белгиларисиз ва полиартрит);
- юрак-қон томир (миокардит, перикардит);
- дерматологик (терининг папулез шикастланиши, полиморф эритема);
- неврологик (менингит, менингоэнцефалит, нейропатия, церебрал атаксия, невритлар);
- лимфоаденопатия, септикопиемия ва гломерулонефрит.

Перкуссияда яллиғланган жойда қиска ўпка товуши, аускультацияда айрим ҳолларда (баъзан, қуруқ ёки нам, майда пуфакчали) хириллашлар эшитилади. Рентгенда ўпка расми кучайганлиги ва перибронхиал инфильтрация хос. Баъзан гомоген бўлмаган инфильтрация кузатилиб, ўпканинг пастки, кам ҳолларда юқори ва ўрта бўлагиди, 10-40% иккала томонда аниқланиб, инфильтрат ўпка илдизидан периферияга тарқалади (7-8-расм).



7-расм. 36 ёшли бемор. Унг ўпка юқори бўлагини (мондон бўлагини) инфильтратсияси. Урта сизираникда кечини. Унг томондашма гайморит. Касалликни 5-кузидати обкор рентгенграммаси. Унг ўпка юқори бўлагини просективасида (83) ўпка суратининг нигеристивал келганини ва кучайганин илдизиди бош.шо иккинчи кавурлар аралашиди томонда саялар



8-расм. 36 ёшли беморнинг 16-кузидан кейинги обкор рентгенграммаси. олдинги инфильтратсияси белгилари бузулган йўқо эди. Унг томонда и дива еки, 4 кавурлараро саяси.да ўпка сурати деформацияси ва кучайган жойлар аниқланди.

Касалликнинг клиник белгилари 1-2 ҳафта, рентгендаги ўзгаришлар 3 ҳафтагача чўзилади. Антибиотиклар билан даволаш монанд бўлмаса, тана

харорати ва бошқа белгилар бир ойдан кўп давом этиши мумкин. Тузалгандан кейин ўпка тўқимасида дағал фиброз ўзгаришлар қолади (9-10-расм). Баъзан ателектаз, ўпка илдизи лимфа тугунлари катталashiши, плеврит аникланиши мумкин. Қонда лейкоцитоз бўлмаган ҳолда, ЭЧТ, лимфоцитлар ва антитела титрининг ошиши характерли. Балғамни оддий бактериоскопик усулда текширилганда, микоплазма аниқланмайди. Унинг учун иммунофлуоресценция ёки иммунофермент текшириш ўтказилиши лозим.

Легионеллез пневмония (*Legionella pneumophila*) ёки легионерлар касаллигига Пенсильванияда 1976 йилда ўтказилган Америка легионерлари съезди қатнашчилари ёппасига чалинган ва шу сабабли унга легионерлар пневмонияси деб ном берилган. Съезд қатнашчиларининг кўпчилиги ўткир атипик пневмония билан касалланиб, 20% да ўлим кузатилган. Кўзгатувчи кондиционер ҳавосидан меҳмонхонага кириб, уларни зарарлаган. Легионелла грамманфий бактерия бўлиб, инфекция манбаи аэрозоллар, кондиционер ҳавоси, душ, ванна қурилмалари, сув ҳавзалари ҳисобланиб, асосан ёзда кузатилади.



9-расм. 25 ёшли бемор. Чап ўпка шастки бўлағини ағшиқ (микоплазмали) пневмонияси. Ўрта оғир кечилди. Парапневмоник жевдатив плеврит. Киселликни 9 кундаги обзор флюорограммаси: чап ўпка шастки бўлағида 4 кокуралар оралигидан боғлиқ диафрагмагача иштенев томонга соя.



10-расм. 25 ёшли беморнинг 1,5 ойдан кейинги обзор флюорограммаси. Чап ўпка шастки бўлағидати олдинги инфилтратлар сўрилган. Диафрагма тумбаги юқорисида чап ўпка шастки бўлағини тораёиши, кўке оралиги чапга силжиган.

Легионеллез касалхона ичи ва касалхонадан ташқари, пневмонияга олиб келиши мумкин ва унда қуйидаги хавф омиллари аҳамиятга эга:

- сурункали алкогольизм;
- сурункали бронхопўльмонал патология;
- чекувчилар;
- қандли диабет;
- иммун дифицит ҳолатлар;
- иммунодепрессант қабул қилувчилар;
- кондиционер, канализация, душ ва сув ишлари билан шуғулланувчилар.

Касаллик кўпроқ ўрта ва катта ёшли эркакларда учрайди ва ўпкага ҳаво-томчи йўли орқали тушади. Яширин даври бир неча соатдан 10 кунгача бўлиб, унда юқори нафас йўллариининг зарарланиш белгилари аниқланмайди. Касаллик ўткир бошланиб кучли ҳолсизлик, қалтираш, тана ҳарорати кўтарилиши (39-40°C ва ундан юқори), кўнгил айниши, қайт қилиш, миалгия, анорексия, кучли бош оғриши, ҳансираш, йўтал, баъзан қон туфлаш, ориентациянинг йўқолиши, галлюцинация, периферик нейропатия кузатилади. Аксарият ҳолларда легионеллез пневмонияда ўпканинг ўнг томони ва пастки бўлаги зарарланади. Объектив кўриқда тўмтоқ перкутор товуш, чегараланган крепитация, бронхиал нафас, майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Рентгенда кучайган ўпка сурати ва инфилтрат соялари кўринади. 50% га яқин беморларда экссудатив плеврит ривожланади. Қоннинг биохимёвий таҳлилида ишқорий фосфатаза, креатинфосфокиназа, аминотрансфераза фаоллиги юқорилиги, гипербилирубинемия, гипонатриемия, гипофосфатемия, альбумин микдорининг пасайиши характерли. Периферик қонда лейкоцитоз (10 - 15 x 10⁹/л), унинг формуласини чапга силжиши, нисбий лимфопения, тромбоцитопения, ЭЧТ нинг кескин ошиши (60-80 мм/ч). Сийдик таҳлилида гематурия ва протеинурия аниқланади. Касаллик оғир кечганда сезиларли нафас етишмовчилиги, инфекция-токсик шок, ўпка шиши ва инфаркти, ошқозон, ичак, бачадондан қон кетишлар ривожланиши мумкин.

Балғам, транстрахеал, бронхоскопик аспират, плеврал суюқлик, қонни махсус муҳитда экканда, унинг ўсиши асосий ташхисий белги ҳисобланади. Балғамни экканда, 30-70% ҳолларда легионеллани аниқлаш имкони бўлади. Бундан ташқари, қон плазмасида антител титрининг ошганлиги аниқланади.

Хламидиялар чақирган пневмониянинг хавф омили қушлар билан алоқада бўлганлар ҳисобланади. Унинг ривожланишида хламидиянинг 3 хил шакли – *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci* шакллари муҳим аҳамиятга эга.

Chlamydia trachomatis - кўзгатувчиси урогенитал хламидиоз ва трихома бўлиб, аёллар жинсий аъзоси хламидий инфекцияси манбаи ҳисобланади. У 5-13% ҳомиладор аёллар бачадонининг бўйнида жойлашиб, 6 ойгача бўлган чақалоқларда пневмониянинг ривожланишига сабаб бўлади. *Chl. trachomatis* эркак ва аёлларда уретрит, цервицит ва бошқа кичик таз аъзолари касалликларини келтириб чиқаради, натижада фаллопий найининг чандикли ўзгаришлари ҳамда бепуштликка олиб келади. *Chlamydia pneumoniae* - пневмония, бронхит, фарингит, синусит ва отитларни чақиради. Бундан ташқари, БА, атеросклероз, ўткир эндокардит, миокардит, саркоидоз, артритни келтириб чиқариши мумкин. Кўзгатувчи бемордан соғлом кишига ҳаво-томчи йўли орқали ўтади. Касаллик ёшларида (5-35 ёш) кўпроқ кузатилиб, бошланишида кучли курук йўтал, кейинчалик шилликли балғам, субфебрил (баъзан юқори бўлса ҳам, қалтираш кузатилмайди) ҳарорат. Бош ва мушакларда оғриқ, умумий ҳолсизлик, ҳар хил даражадаги интоксикация белгилари беморни безовта қилади. Аускультацияда ўпка пастки бўлагининг

айрим жойларида куруқ ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. 10-15% беморларда касаллик оғир кечиби, кучли интоксикация кузатилиб, жигар ва талок катталашади. Рентгенда интерстициал ўзгаришлар, периваскуляр, перибронхиал инфильтрация, ўпка сурати кучайган, баъзан майда ўчоқли (2-3 см) инфильтрация кўринади. Периферик қонда лейкопения, ЭЧТ ошиши аниқланади. Chl. pneumoniae кўзгатувчисини балғамни иммун-флуоресцент усулида – товук эмбриони муҳитида балғам экиб текширилади.

Chl. psittaci тўтикуш, курка, қаптар, канарейка ва айрим денгиз қушларида кузатилади. Инфекция манбаи тўтикуш бўлса пситтакоз, бошқа қушлар бўлса орнитоз деб аталади. Яширин даври 1-3 ҳафта бўлиб, касаллик ўткир бошланади. Тана ҳарорати 39-40°C дан юқори, қалтираш, яққол интоксикация – бош оғриши, умумий ҳолсизлик, миалгия, иштаҳа йўқолиши, қайт қилиш кузатилади. Касалликнинг 3-4 куни куруқ йўтал, кейинчалик шиллик-йирингли, баъзан қон аралаш балғам, кўкрак қафасида оғрик пайдо бўлади. Перкуссияда тўмтоқ товуш, аускультацияда дағал нафас, куруқ ва майда пуфакчали хириллашлар кўпроқ ўпканинг пастки бўлагида эшитилади. Рентгенда интерстициал зарарланишлар, ўпка сурати кучайган, илдизи кенгайган, майда ўчоқли инфильтратлар аниқланади. Периферик қонда лейкопения, ЭЧТ ва антителалар титрининг ошиши таъхисий аҳамиятга эга.

Аспирацияли пневмония алькоголизм, наркомания, эпилепсия, коматоз ҳолатидаги беморлар, миёда қон айланишининг бузилиши ва бошқа сабаблар туфайли ютиш жараёни қийинлашган, қайт қилиш кузатиладиган, назогастрал зонд қўйилган ва ёши катта кишиларда учрайди. Ушбу пневмонияда оғиз-ҳалқум микрофлораси (анаэроб инфекция), стафилакокк, грамманфий микроорганизмлар асосий кўзгатувчи ҳисобланади. Беморларда рефлюкс-эзофагит белгилари, периодонтит, ҳуш ва ютишнинг бузилиши кузатилади. Касаллик узоқ кечиш билан характерланиб балғам чириган хидли бўлади. Рентгенда кўп ҳолларда ўнг ўпка пастки бўлаги илдиз атрофининг каттиклашгани кўринади. Беморда ўпка гангренаши ва плевра эмпиемаси юзага келиш хавфи юқори.

Пневмонияларни таъхислаш (текшириш режаси). Авваламбор, касалликнинг клиник белгиларига – йўтал, иситмалаш, кўкрак қафасида оғрик, ҳансираш, балғам ажралиши, унинг шиллиқли, йирингли, қон аралашганлигига; қарияларда эса айрим ўпкадан ташқари белгилар – дезориентация ва юрак етишмовчилиги мавжудлигига эътиборни қаратиш керак. Анамнез йиққанда эса продромал даврининг бўлиши, касалликнинг бошланиш даври (тўсатдан ёки аста-секин), бемор оиласида бошқаларнинг касал бўлганлиги, қушлар билан алоқаси сўраб-суриштирилади.

А. Ҳамма беморлар учун:

- ◆ беморнинг клиник кўриги;
- ◆ қоннинг умумий таҳлили;
- ◆ қоннинг биокимёвий таҳлили (мочевина, креатинин, электролитлар, жигар ферментлари);

- ♦ икки проекцияли ўпка рентгенографияси;
- ♦ балғам бактериоскопияси (Грамм усулида бўйлаш);
- ♦ балғамни экиш (антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш);
- ♦ умумий сийдик таҳлили.

Б. Кўрсатмалар бўлганда:

- ♦ юқори ҳарорат ва қалтираш бўлганда қонни экиш;
- ♦ вентиляция бузилишида ТНФ ни текшириш;
- ♦ нафас етишмовчилиги бўлган оғир беморларда қондаги газ (PO_2 , PCO_2) ва кислота-ишқор мувозанатини аниқлаш;
- ♦ плевра бўшлиғида суюқлик бўлганда, уни цитологик, биохимёвий, микробиологик текшириш;
- ♦ ўпкада ўсма ёки деструкцияга шубҳа бўлганда КТ;
- ♦ атипик пневмонияда серология (кўзгатувчи антителани аниқлаш учун синамалар);

♦ фибробронхоскопия-ўсмага шубҳа бўлганда, қон туфлаш кузатилганда, пневмония чўзилиб кетганда;

♦ иммун ҳолатни текшириш (иммун дефицит ва чўзилиб кетган пневмонияга шубҳа бўлганда);

♦ ўпка скинтиграфияси ^{99}Tc га шубҳа бўлганда.

Кўрсатма бўлса йиғилган балғамни Грамм усулида бўйлаш бактериоскопик текшириш кўзгатувчини аниқлаш ва унга асосланган антибиотик танлаш.

Солиштирма ташхис

Авваламбор, монанд даволаш учун пневмониянинг турли шакллари бир-биридан фарқлаш лозим. Улар (пневмококкли, атипик, касалхона ичи, аспирацияли ва бошқа) тўғрисида юқорида батафсил ёритилди. Бундан ташқари, ўпка сили, раки, инфаркти, ателектази ва эозинофилли пневмония, ўткир респиратор дистресс-синдром ҳамда лимфогранулематозларни ва пневмонияни бир-биридан фарқлаш керак.

Ўпка инфаркти кичик қон айланиш доирасида димланиш, ҳилпилловчи аритмия, флеботромбоз ва ўпка артерияси тромбоземболиясидан кейин ривожланади. Кўкрак қафасида интенсив оғрик, ҳансираш, кейин тана ҳарорати кўтарилиши кузатилса, бўлакли пневмонияда бунинг акси бўлади. Ўпка инфарктининг белгиларидан бири қон туфлаш бўлиб, тоза қизил қон ажралади, ўпканинг кичик майдони шикастланади, ЭКГ да хос белгиларнинг тўсатдан пайдо бўлиши ва оёқ веналарининг тромбофлебети мавжудлиги хос. Рентгенда а. pulmonalis конусининг шишганлиги, учбурчак соянинг ўпка илдизига йўналганлиги кўринади.

Ўпка ателектази (обтурацион пневмонит) сабаби бронх йўллари қуюқ секрет билан тикилиши ёки босилиши, ўсма, ёт жисм аспирацияси, кўкс ораллиги кисталари, қон томир аномалиялари, наслий муковисцидоз, БА, туғма юрак нуқсони бўлиши мумкин. Хавф омиллари – чекувчилар, семизлик, кўкрак қафаси кенг ва қисқа кишилар. Диффуз микро ва секин ривожланувчи ателектазлар клиник белгиларсиз кечиши мумкин. Катта

ателектазлар ўткир кечиб, кўкрак қафасини шикастланган томонида оғрик, тўсатдан хансираш, цианоз, йўтал кузатилади. Перкуссияда ателектаз устида тўмтоқ товуш, аускультацияда нафас йўллари окклюзиясида нафас эшитилмаслиги, бронхлар ўтказувчанлиги сақланган бўлса бронхиал нафас. Кўкрак қафаси экскурсияси пасайган. Сурункали ателектазда хансираш, йўтал, инфекция қўшилса балғам ажралиши, тана ҳарорати кўтарилиши, шикастланган соҳадан қайталанувчи қон кетишлар кузатилиши мумкин. Перкуссияда тўмтоқ товуш, аускультацияда нам хириллашлар ва антибиотикларнинг самарасизлиги билан характерланади. Рентгенда ўпканинг сегмент ва бўлақларида ателектаз аниқланади. Агар ателектаз битта сегментда бўлса, ўпка чўққисидаги понасимон шаклдаги соя илдиз томон йўналган. Унинг бўлакли турида кўкс оралиғи ателектаз томонга силжиган, диафрагма гумбази кўтарилган. Кўкрак қафаси рентгенографиясидан ташқари кўрсатма бўлганда, бронхоскопия, ЭхоКТ, КТ ёки МРТ текширишлари ўтказилади.

Даволаш учун ўткир ателектазда оксигенотерапия, постурал дренаж, нафас гимнастикаси, массаж, бронхлар бўшлиғи обструкциясида бронхоскопия ўтказиш лозим. Агар ателектаз касалхонадан ташқарида кузатилса (ёт жисм аспирациясида), кенг таъсир этувчи антибиотикларни касалликнинг биринчи кунидан бошлаш керак. Сурункали ателектазда постурал дренаж, нафас гимнастикаси, массаж, балғам йирингли характерда бўлса антибиотиклар, бронходилататорлар (сальбутамол, фенотерол) қўлланилади. Агар касаллик тез-тез такрорланса ёки қон кетса ателектаз резекция қилинади. Агар унга ўсма сабаб бўлса асосий касаллик даволанади. Камдан кам ҳолларда ателектаз ўпка абсцесси билан асоратланиши мумкин.

Профилактикаси: чекишдан воз кечиш, ёт жисм, қусиқ массаларидан эҳтиёт бўлиш, жарроҳлик амалиётидан кейин оғрик қолдирувчи моддаларни узок муддат ишлатишни чеклаш, нафас гимнастикаси билан шуғулланиш.

Эозинофилли пневмония дорилардан нитрофуран гуруҳи, сульфаниламидлар, тиазидлар, пенициллинлар, антидепрессантлар, паразитар инвазиялар, тизимли касалликлардан (тугунчали периартериит) кейин ривожланиши мумкин. Касаллик ўткир бошланади ва полиартрит, миокардит, астеня, тана вазнининг тез камайиб кетиши ва бронхоспастик синдром кузатилади. Қон (8-70%) ва балғамда эозинофиллар меъеридан ошиб кетади. Касалликнинг ўзига хос томони рентгенда гомоген инфильтрат соялар, четлари ноаник, ўпка илдизига йўналмаган ва уларнинг бир неча кундан кейин йўқолиб, бошқа жойларда қайта пайдо бўлишидир. Одатда ушбу соялар бемор ГКСлар қабул қилгандан кейин тезда йўқолади.

Ўткир респиратор дистресс-синдром ўпка тўқимасининг ўткир шикастланиши бўлиб, диффуз инфильтрация ва артериал гипоксемия билан характерланади. Унинг асосида юрак касалликлари билан боғлиқ бўлмаган ўпка шиши, яъни кичик қон айланиш доирасида гидростатик босимнинг ошиши эмас, балки токсик таъсирлардан альвеола-капиллярлар мембранаси

ўтказувчанлигининг ошиши ётади. Бу синдром ўпка инфекцияси (вирус, бактерия, замбуруғ ва бошқалар), аутоиммун бузилишлар (Гудпасчер синдроми, гломерулонефрит), травматик шок, сепсис, гемorraгик панкреатит, кислород, озон, наркотик моддалар дозаси ошишида учрайди. Клиник белгилари – хансираш, йўтал, қон туфлаш, диффуз цианоз, ўпка устида жарангли крепитация, рентгенда аввал интерстициал, кейинчалик эски тарқалган альвеоляр шиш белгилари кузатилади.

Лимфогранулематоз ўткир пневмонияга ўхшаш бошланиб, лимфа тугунларининг катталашishi, кейинчалик ателектаз билан намоён бўлади. Бактериал яллиғланишга қарши ўтказилган даво самара бермайди. Ташхислашда анамнез, клиник кечиши, бактериологик, рентгенологик текширишлар натижаси, кўрсатмалар бўлса КТ ва пункцион биопсия ўтказилади.

Даволаш:

Парҳез – оқсил, В, А, ва С гуруҳ витаминларга бой таомлар. Углеводларни кунда 200-250 г гача, тузни 4-6 г гача чегаралаш ва кальций тузларига бой овқатлар (сут маҳсулотлари) истеъмолини кўпайтириш. Кунда 1,5-2,0 литргача суюклик (маъданли сув, мева ва сабзавот шарбатлари) ичиш, гўшт, балиқ, сабзи ва бошқа мева ҳамда сабзавотларни кўп истеъмол қилиш.

Этиологик даво – пневмонияларнинг эпидемиологиясини ўрганиш, синчковлик билан анамнез йиғиш ва клиник мезонларини таҳлил қилиш антибиотикларни эмпирик танлаш имконини яратади. Дориларни тўғри танлаш ва қўллашда беморнинг илгари қандай бронх-ўпка касаллиги билан оғриганлигини, антибиотик олганлигини ва унинг дозасини аниқлаш ҳамда балғамни бактериологик текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Пневмонияларни даволашнинг асосини тўғри ва ўз вақтида бошланган **антибиотикотерапия** ташкил қилса, танлашнинг муҳим мезони касалликни чақирган этиологик омилни назарда тутишдан иборатдир. Антибиотикларнинг самарадорлигига 48-72 соатдан кейин баҳо берилади. Бунда интоксикация белгилари, тана ҳарорати, лейкоцитлар формуласининг меъёрдалиги, йирингли балғамнинг камайishi, нафас етишмовчили йўқлиги, аускультация ва рентген ўзгаришлар эътиборга олинади. Агар беморда юқоридаги белгилар сақланиб қолса, бошқа антибиотиклар буюрилади. Қуйида беморларни амбулатория шароитида антибиотиклар билан даволаш тамойиллари келтирилган (1-жадвал).

1-жадвал

**Амбулатория шароитида пневмонияга чалинган
беморларни антибиотиклар билан даволаш**

Нозологик шакли	Кўзгатувчиси	Танланган препарат	Мукобил дорилар	Изох
Пневмониянинг энгил кечиши. Ёши < 60, ёндаш касаллиги йўқ	<i>Streptococcus pneumoniae</i> . <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . <i>Chlamydia pneumoniae</i> . <i>Haemophilus pneumoniae</i>	Перорал аминопенициллин (ҳимояланган), амоксициллин, амоксициллин/клавуланат	Макролидлар, янги фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин)	Микробиологик ташхиси
Пневмониянинг энгил кечиши. Ёши > 60, ёндаш касаллиги бор	<i>Streptococcus pneumoniae</i> . <i>Haemophilus influenzae</i> . <i>Staphylococcus aureus</i> . <i>Enterobacteriaceae</i>	Перорал бета-лактам антибиотиклар: амоксициллин/клавуланат, цефуроксим аксетил	Янги фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефтриаксон	Микробиологик ташхиси. Ёндаш касалликлар: ҚД, СЮЕ, жигар циррози, алкогольизм, наркомония

Энгил пневмонияларни амбулатория шароитида даволашда Америка торакал ва Америка инфекционистлар жамияти томонидан 2000-2001 йилда макролидлар (азитромицин, кларитромицин) ва доксициклинлардан фойдаланиш тавсия этилган.

Атибактериал терапиянинг давомийлиги 7-12 кун бўлиб, клиник белгилар яхшилангандан кейин яна 3-4 кун давом эттирилади. Бу муддат микоплазма ва хламидияли пневмонияда 10-14 кун, легионеллез пневмонияда 14-21 кун, иммунодефицит пневмонияда эса бундан ҳам кўп бўлиши мумкин.

Шифохонадан ташқари, пневмониянинг кўзгатувчилари 80-90% пневмококк ва микоплазма бўлиб, уларни даволашда бета-лактам антибиотиклар (оксациллин, флоксациллин, диклоксациллин), цефалоспоринларнинг I-II авлоди, аминопенициллинлар билан бета-лактам ингибиторларидан иборат аралаш препарат (ко-амоксиклав), макролидлар (азитромицин, кларитромицин) муҳим ўрин эгаллайди. Сўнгги йилларда респиратор фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) ҳам кенг қўлланилмоқда.

Шифохона ичи пневмониясини ҳар хил этиологик омиллар келтириб чиқарганлиги сабабли, антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш яъни бактериологик текшириш ўтказиш мақсадга мувофиқ. Ёки фторхинолонлар, аминогликозидлар, цефалоспоринларни II-III авлоди, ингибитор бета-

лактамаз пенициллинларидан фойдаланилади. Пневмониянинг оғир ва жуда оғир кечишида ҳамда асоратлар кузатилганда, антибиотиклар томир ичига юборилади. Иммунодефицит ҳолатдаги пневмоцист чақирган пневмонияда махсус терапия триметоприм сульфаметаксозол (қунда 20 ва 100 мг/кг) 10-14 кун давомида тавсия этилади.

Касаллик энгил ва ўрта оғир кечганда, монотерапия, оғир кечганда ҳамда иккиламчи пневмонияда, иккита ёки учта гуруҳдаги антибиотиклар комбинациясини қўллаган маъқул. Масалан, пенициллин билан аминогликозидлар, цефалоспорин билан аминогликозидлар, анаэроб инфекцияда метронидазол билан аминогликозидлар яхши самара беради. Шифохона шароитида пневмонияга чалинган беморларни антибиотиклар билан даволаш тамойиллари 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Касалхона шароитида пневмонияга чалинган беморларни антибиотиклар билан даволаш

Нозологик шакли	Кўзгатувчилари	Тавсия этиладиган антибиотиклар
Пневмониянинг энгил ва ўрта оғир кечиши	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	Ампициллин томир ичига, амоксициллин/клавуланат, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон
Пневмониянинг оғир ва жуда оғир кечиши	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Legionella spp</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>	Танлов препаратлари: амоксициллин/клавуланат т/и + макролид т/и, цефотаксим + макролид т/и, цефтриаксон + макролид т/и. Мукобил препаратлар: фторхинолонлар (цинрофлоксацин, офлоксацин) + цефалоспорин III-авлоди. Янги фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин)

Юқоридагилардан ташқари, *босқичли* терапия ўтказиш ҳам мумкин. Бунда инъекция (парентерал) йўли билан антибиотиклар 2-3 кун давомида кўпроқ томир ичига, кейин таблетка ёки капсула холида ичишга (перорал) ўтилади. Ичиш учун амоксициллин/клавуланат, цефуроксим, кларитромицин, ципрофлоксацин, янги фторхинолонлардан – левофлоксацин (таваник) буюрилади.

3-жадвал

**Пневмонияни чақирган этиологик омилдан
келиб чиқиб, антибиотикларни танлаш**

Клиник шакли	Кўзгатувчиси	Биринчи навбатда буюриладиган антибиотик	Мукобил препаратлар
Бирламчи бўлакли пневмония	Пневмококк	Пенициллин, ампициллин	Эритромицин ва бошқалар, макролидлар, азитромицин ва цефалоспоринлар
Сурункали бронхит негиздаги пневмония	Гемофил таёқчаси, стрептококк	Ампициллин, макролидлар, азитромицин	Левомецетин, фторхинолонлар ва цефалоспоринлар
Грипп негиздаги пневмония	Стафилококк, пневмококк, гемофил таёқчаси	Ампиокс, пенициллин билан β-лактаз ингибиторлари	Фторхинолонлар ва цефалоспоринлар
Аспирацион пневмония	Энтеробактериялар, анаэроблар	Аминогликозид+ метронидазол	Фторхинолонлар ва цефалоспоринлар
Сунъий нафас вентиляцияси негиздаги пневмония	Энтеробактериялар, кўк яшил таёқча	Аминогликозидлар	Имипенем
Иммунодефицит ҳолатидаги пневмония	Энтеробактериялар, стафилококк, сапрофитлар	Пенициллин билан бета-лактомаз ингибиторлари, ампиокс, аминогликозидлар	Цефалоспоринлар ва фторхинолонлар

Атипик пневмония	Микоплазма, легионелла, хламидия	Эритромицин, яримсинтетик макролидлар, азитромицин	Фторхинолонлар
------------------	----------------------------------	--	----------------

Олинган бактериологик текширишлар ва аниқланган патоген микроорганизмларга қарши йўналтирилган даво кўпроқ мақсадга мувофиқ. 3-жадвалда пневмонияни чақирган этиологик омилдан келиб чиқиб, антибиотикларни танлаш, 4-жадвал эса уларнинг дозаси келтирилган. Атипик пневмония кўзгатувчилари хужайра ичида жойлашганлиги учун, унга енгил кирадиган ва кучли бактерицид таъсирга эга антибиотиклар (эритромицин, тетрациклин, рифампицин, фторхинолонлар) тайинланади.

4-жадвал

Пневмонияни даволашда қўлланиладиган антибиотиклар дозаси

Антибиотиклар номи	Чиқарилиш дозаси	Қўлланилиши
Табий пенициллин: бензилпенициллинни натрийли тузи	1.000.000 – 2.000.000 бирлик	хар 6-8 соатда (м/о, в/и)
Аминопенициллинлар: Ампициллин	1,0 – 2,0 г	хар 6-8 соатда (м/о, в/и, ичишга)
Амоксициллин	500 -1.000 мг	хар 8 соатда (ичиш- га)
Ҳимояланган пенициллин- лар: Ампициллин+Сульбактам	1,5 – 3,0 (1 г ампиц. + 0,5 г суль- бак.)	хар 6-8-12 соат (м/о, ичишга)
Аугментин (Амоксициллин+клавуланат кислота)	1,2 г (875 мг амоксиц. + 125 мг. клав. кислота) 0,625 г.	хар 8 соатда (м/о) хар 8 соатда (ичиш- га)
Пиперациллин/тазобактам Тикарциллин+ клавуланат к-та	150-300 мг/кг 1,2 г (1,0 г тикар. + 200 мг клав. кислота)	хар 8-12 соатда (м/о, в/и) хар 8 соатда (м/о, в/и)
Оксациллин	0,5 г	хар 4-6 соатда (ичишга, м/о, в/и)

Цефалоспоринлар I-авлоди: Цефазолин (кефзол) Цефалотин (кефлин) Цефалоридин (цепорин) Цефапирин (цефадил) Цефалексин (цепорекс, ора- цеф) Цефадроксел (дурацеф)	0,5-1,0 г 0,5-1,0 г 0,5-1,0 г 0,5-1,0 г 0,25 г 0,2 г	ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и) ҳар 4-6 соатда (м/о, в/и) ҳар 6 соатда (м/о, в/и) ҳар 6 соатда (м/о, в/и) ҳар 6 соатда (ичиш- га) ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефалоспоринлар II -авлоди: Цефуроским-натрий Цефуроским-аксетил (зин- нат) Цефамандол Цефоранид Цефаклор (цеклор, панорал) Лоракарбеф	0,75-1,5 г. 0,5 г. 0,5-1,0 г. 0,5 г. 0,5 г. 0,4 г.	ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и) ҳар 12 соатда (ичишга) ҳар 6 соатда (м/о, в/и) ҳар 12 соатда (м/о, в/и) ҳар 6-8 соатда (ичишга) ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефалоспоринлар III -ав- лоди: Цефотаксим (клафоран) Цефтриаксон (лонгацеф) Цефтазидим (фортум) Цефтизоксим (цефизон) Цефтибутен Цефиксим (супракс, цеф- спан)	1,0-2,0 г 1,0-2,0 г 0,5-1,0 г 0,5-1,0 г 0,4 г 0,2 г	ҳар 6-8 соатда (м/о, в/и) ҳар 12-24 соатда (м/о, в/и) ҳар 8-12 соатда (м/о,в/и) ҳар 8 соатда (м/о,в/и) ҳар 12 соатда (ичишга) ҳар 12 соатда (ичишга)
Цефалоспоринлар IV -ав- лоди: Цефепим Цефпиром (кейтен)	2,0 г 1,0-2,0 г	ҳар 12 соатда (м/о,в/и) ҳар 24 соатда (в/и)

Аминогликозид: Гентамицин	80 мг	ҳар 8 соатда (м/о, в/и)
Макролидлар: Азитромицин Кларитромицин Рокситромицин Эритромицин	500 мг 250 мг (4-8 мг/кг) 150-300 мг 0,5 г 0,5-1,0 г	ҳар 24 соатда (ичишга) ҳар 12 соатда (в/и) ҳар 12-24 соатда (ичишга) ҳар 6-8 соатда (ичишга) ҳар 6-8 соатда (в/и)
Фторхинолонлар: Перфлоксацин Ципрофлоксацин Офлоксацин Гатифлоксацин Левифлоксацин	400 мг 500 мг 200-300 мг 400 мг 500 мг	ҳар 12 соатда (ичиш- га, в/и) ҳар 12 соатда (ичишга) ҳар 8-12 соатда (ичишга) ҳар 24 соатда (ичишга) ҳар 24 соатда (ичиш- га, м/о)
Тетрациклинлар: Доксициклин Миноциклин	100 мг 100 мг	ҳар 24 соатда (ичишга) ҳар 24 соатда (ичишга)
Бошқа препаратлар: Рифампицин Клиндомицин Метронидазол	600 мг 150-300 мг 300-600 мг 0,5 г	ҳар 12-24 соатда (в/и) ҳар 6 соатда (ичиш- га) ҳар 6-8 соатда (в/и) ҳар 6-8 соатда (ичишга, в/и)

Патогенетик ва симптоматик даво

Бронхларнинг дренаж фаолиятини яхшилаш учун муколитик препаратлар – протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин), мукорегуляторлар (бромгексин, амброксал, лазолван), балғам кўчирувчилар – термопсис ўти, қизилмия илдизи, мукалтин, глицирам, калий йодид, пертуссин ва бошқалар ишлатилади.

Бронхолитиклар (метилксантин, β_2 агонистлар).

Санацияли бронхоскопия.

Иммун тизимини яхшиловчи препаратлар – продигозан, Т-активин, тималин, анаболиклар, натрий нуклеинат, левамизол, диуцифон, рибомунил, бронхомунал.

Антиоксидант терапия – витамин Е, аскорбин кислота, эссенциал, эмоксипин.

Дезинтоксикацион терапия – тузли эритмалар (физиологик, Рингер ва бошқалар) 1.000-3.000 мл гача, 5% глюкоза эритмаси 400-800 мл/кунда, реосорбилакт.

Микроциркуляцияни яхшилаш учун – физиологик эритмада гепарин 20.000 бирликда кунда 4 марта, вена ичига томчилаб ёки тери остига, реополиглокин.

Кортикостероидлар – 60-90 мг. преднизолон кўрсатма бўлганда (инфекцион-токсик шок, буйрак, жигар шикастланиши, бронхиал обструкция) вена ичига.

Симптоматик терапия – оксигенотерапия, интерстициал ўпка шишида диуретиклар, ГКС лар, сунъий йўл билан ўпкага ҳаво бериб туриш (оғир гипоксия, интоксикация, ацидоз, эс-хуш ўзгариб, уйқучан бўлса, балғам кўчмаган ҳолларда), ўпка гипертензиясини камайтириш мақсадида нитратлар, эуфиллин, кальций каналлари блокаторлари, юрак етишмовчилигида юрак гликозидлари, периферик вазодилататорлар, диуретиклар, калий препаратлари ишлатилади.

Реабилитация мақсадида нафас гимнастикаси, уқалаш, рефлексотерапия, электроакупунктура, галотерапия буюрилади. Реабилитациянинг физик усулларидан инфилтрат сўрилишини яхшилаш учун УЮС (ультра юқори) терапия, индуктотерапия, электрофорездан фойдаланилади. Профилактика – беморларнинг турмуш ва санитария гигиена шароитларини, овқатланишини яхшилаш (оқсиллар, ёғлар, витаминлар етарли бўлиши). Барча нафас йўллари ва ўпка касалликларига, шу жумладан, бронхоэктазга чалинган беморлар чекишдан қатъиян воз кечишлари лозим. Зеро, Г.Лессинг айтганидек: «**тез таъсир қилмайдиган заҳар хавфсизроқ бўлиб қолмайди**». Беморлар б ойгача, агар асоратлар кузатилган бўлса 10-12 ой кузатувда бўлишлари керак.

Бронхоэктаз касаллиги. Бронхоэктазларнинг бирламчи ва иккиламчи турлари фарқланади. Бирламчи (туғма) бронхоэктаз қориндаги бола ўпкасининг ривожланишидаги камчилик туфайли юзага келади. Ўпка ривожланишининг энг кўп кузатиладиган туғма нуқсони кистоз гипоплазиялардир. Иккиламчи бронхоэктазлар орттирилган бўлиб, болаларда 3-6 ёшда кизамиқ, кўк йўтал, дифтерия, аденовирус инфекцияси, пневмония асорати сифатида ривожланса, катталарда сурукали бронхит билан касалланганларда, чекувчиларда ва қайталаниб турадиган инфекциялар қўшилганда кузатилади.

Бронхоэктазларнинг 3 хил шакли мавжуд: цилиндрсимон, халтасимон ва варикоз бронхоэктазлар. Амалиётда цилиндрик бронхоэктазлар кўпроқ учрайди.

Бронхоэктаз касаллигига сурункали йўтал, йирингли балғам ажралиши, қон туфлаш ва бир неча марта такроран пневмония билан оғриш хосдир. Балғам эрталаблари, тана ҳолати ўзгарганда кўп миқдорда ажралади. Цилиндрик бронхоэктазларда балғам енгил ажралса, унинг халтасимон ва варикоз шаклларида балғамнинг йўтал билан чиқиши кийинроқ ва камроқ бўлади. Балғам ажралиши касалликнинг оғирлик даражаси ҳамда жараённинг босқичига боғлиқ. Касалликнинг оғир ва авж олиш босқичларида йўтал билан ажралган балғам миқдори бир кеча-кундузда 100 мл.дан 600 мл.гача етиши ва ундан ҳам кўп бўлиши мумкин. Беморларни дармонсизлик, иш қобилятининг пасайиши, руҳиятнинг ёмонлашиши безовта қилади. Бармоқлари ноғора чўплари, тирноқлари соат ойнаси шаклида бўлиши мумкин. Аускультацияда ҳар хил даражали нам ва куруқ хириллашлар, қаттиқлашган нафас асосида кулқилловчи ўчоқ аниқланади. Патологик жараённинг тинч даврига келиб, балғам шиллик-йирингли тус олади ва миқдори кунда 30 мл.гача камаяди. Касаллик аста-секин йиллар давомида зўрайиб боради ва вақт ўтиши билан обструктив бронхит, ўпка эмфиземаси, нафас етишмовчилиги ва ўпка-юрак белгилари ривожланади.

Асоратлари: сепсис, ўпка абсцесси, бош мия метастатик абсцесси, ички аъзолар ателектази.

Ташхис синчковлик билан йиғилган анамнез, рентгенография, бронхография ва КТ ўзгаришларга асосланади. Аммо сўнги икки текшириш усулини УАВ мутахассис шифокор билан ҳамкорликда тавсия этишлари лозим.

*Даволаш*да антибиотиклар, муколитиклар, бронхолитиклар, дезинтоксикацияловчи дорилар, иммуномодуляторлар, вирусга қарши препаратлар қўлланилади. Ўпкадан қон кетганда ва унинг бир бўлагиди тез-тез пневмония такрорланганда жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

Ўпка сили. Касалликнинг асосий белгиларидан бири йўтал ҳисобланиб, у турли характерга эга. Битонал йўтал ўпка силининг эрта бошланадиган муҳим белгиларидан ҳисобланади. **Касаллик тўғрисида батафсил маълумот «Сил касаллиги»га бағишланган маърузада ёритилган.**

Псевдотуберкулез. Касалликнинг кўзгатувчиси *Yersinia pseudotuberculosis* бўлиб, умумий интоксикация, ичак, жигар шикастланиши ва скарлатина тошмалари пайдо бўлиши билан характерланади. Беморларда фарингит ва бронхоаденит негизиди кам миқдорда балғам ажралиши кузатилади.

Ўпка раки. Марказий раkning эрта кузатиладиган белгиларидан бири йўтал ҳисобланади. Шунинг учун 40 ёшдан ошганларда, узоқ муддат чекувчиларда ва сурункали бронх-ўпка касалликлари билан оғриган беморларда узоқ йўтал кузатилса ўсма касаллигини инкор этиш керак. Унинг эрта даврида куруқ йўтал ва овоз тембрининг кучли ўзгариши содир бўлади. Йўтал кучли, холдан тойдирувчи ва доимийлиги билан фарқланади.

Ташхислашда анамнез, рентген, бронхоскопия, КТ ва биопсияда атипик хужайраларнинг аниқланиши муҳим аҳамиятга эга.

Плевритлар. Париятал плевра «туссоген» зона ҳисобланиб, унинг шикастланиши йўтал рефлексини келтириб чиқаради ва у турли

этиологияли плевритларнинг доимий белгиси ҳисобланади. Йўталнинг кунлик интенсивлиги турлича бўлиб, беморларни кўпроқ тунда безовта қилади, гавда ҳолати ўзгарганда ҳамда касал томон билан ётганда кучаяди. Плеврага экссудат йиғилганда, йўтал ва оғриқ камаяди ёки бутунлай йўқолади. Клиник амалиётда экссудатли плеврит унинг куруқ шаклига нисбатан кўпроқ кузатилиб, УАВ ушбу асорат сабабларини ўз вақтида ташхислаши муҳим амалий аҳамиятга эга. Шуни эътиборга олиб, куйида биз Ф. И. Комаров ва ҳаммуаллифларнинг китобида баён этилган (5–9 жадваллар) экссудатли плеврит билан асоратланиши эҳтимоли бўлган синдромлар ва уларга олиб келувчи касалликларни ташхислаш мезонлари ҳамда ахборотли текшириш усулларини келтирдик. Улардан фойдаланиб, шифокор тўғри клиник хулоса чиқариши ва мақсадли текширишларни тавсия этиши мумкин. Аммо уларда келтирилган айрим қўшимча текшириш усуллари мутахассис шифокор маслаҳатидан сўнг аниқ кўрсатмаларга асосан буюрилиши лозим.

5-жадвал

**Юрак етишмовчилиги ва плеврада суяқлик йиғилиши
бирга кузатилиши эҳтимоли бўлган касалликларни
ташхислаш мезонлари ва текшириш усуллари**

Касалликлар	Ташхислаш мезонлари	Ахборотли текшириш усуллари
Атеросклеротик кардиосклероз	Стенокардия ва миокард инфаркти хуружларининг бўлиши, ҳилпилловчи аритмия, ЭКГ даги ўзгаришлар (чандиқли ўзгаришлар, ўтказувчанликнинг бузилиши)	ЭКГ, ЭхоКГ, коронарография
Юрак нуқсонлари	Характерли аускультация белгилари, ЭКГ да юракнинг тегишли соҳаларида зўриқиш белгилари ва гипертрофия, ЭхоКГ да клапанлардаги ўзгаришлар	ЭКГ, "ўткир фазали" синамаларнинг юқорилиги, ЭхоКГ
Миокардитлар	Инфекция билан боғлиқлиги, аритмиялар, яллиғланиш жараёни фаоллигининг лаборатор белгилари	ЭКГ, "ўткир фазали" синамаларнинг юқорилиги
Кардиомиопатиялар	Юрак чегараларининг яққол катталашishi, ЭхоКГ да миокарднинг ассиметрик гипертрофияси белгилари	ЭхоКГ, ЭКГ, юрак рентгенографияси

Тиреотоксикоз	Қалқонсимон без ўлчамларининг катта-лашиши, тиреотоксикоз белгилари, радиоактив йоднинг ортиқча тўпланиши, қонда Т3, Т4 ва ТТГ микдорининг ортиши	Радиоактив йод ёрдамида қалқонсимон без фаолиятини текшириш, қонда қалқонсимон без гармонлари микдорини аниқлаш
Ўпка - юрак	Анамнезида ўпканинг сурункали носпецифик касаллиги ёки ўпка гипертензиясига олиб келувчи бошқа касалликларнинг бўлиши, эпигастрал соҳада пульсация, ўпка артерияси ёйининг бўртиши, ЭКГ- юракнинг ўнг бўлаги гипертрофияси белгилари	Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, ЭКГ

6-жадвал

Иситмалаш ва плеврада суюқлик йиғилиши бирга кузатиладиган касалликларни ташхислаш мезонлари ва текшириш усуллари

Касалликлар	Ташхислаш мезонлари	Ахборотли текшириш усуллари
Ўткир пневмония	Ўткир бошланиши, аускультация белгилари, рентген маълумотлар, плевра суюқлигида оксил микдорининг ошиши ва микрроорганизмнинг топилиши	Ўпка рентгенографияси
Ўпка сили	Рентген маълумотлар, мусбат туберкулин синамаси, бронхиал масса ва плевра суюқлиги таркибида сил таёқчасининг топилиши	Ўпкани рентгенотомографик текшириш, туберкулин синамаси, бронхоскопия, бронх суюқлиги таркибини ва плевра суюқлигини Кох бактериясига текшириш
Тизимли кизил волчанка	Бўғим синдромининг бўлиши, тери, буйрак зарарланиши, цитопения, LE-хужайраларининг топилиши, антителалар титрининг ДНК га баландлиги	LE-хужайраларга текшириш, ДНК га антителалар титрини аниқлаш

Лимфогра- нуле- матоз ва лимфосар- кома	Лимфоаденопатия, характерли морфологик белгиларнинг топи- лиши	Ўпкани рентгеното- мографик текшириш, лимфа тугунларини бронхоскопия билан тра- хеобронхиал биопсияси ва гистологик текши- ришлар
Диафрагма ости абсцес- си	Диафрагманинг юкори туриши, униг ҳаракатчанлигининг че- гараланиши, лейкоцитоз, чагга силжиш билан, кўпинча йирингли характердаги экссудат	Кўкрак қафаси ва корин бўшлиги аъзоларининг рентгенда текшириш, плевра суюқлигини бак- териологик текшириш
Плевра кар- циноматози, мезотелиома	Плевра суюқлигида атипик хужайраларнинг топилиши ва униг геморрагик характерда бўлиши	Плевра суюқлигини цитологик текшириш, торақоскопия
Плевра эм- пиемаси	Йирингли характердаги экссудат	Плевра суюқлигини тек- шириш, ўпка рентгено- графияси
Даврий ка- саллик	Маълум бир гуруҳларда оилавий ҳолатларнинг (арманлар, яхудий- лар) бўлиши, коринда ва кўкрак қафасида вақти-вақти билан кучли огриклар	Оилавий – генетик тек- шириш, биоптатларни амилоидга текшириш
Ревматоид артрит	Бўғим синдроми хос клиник- рентген белгилар билан	Ревматоид омилни тек- шириш, бўғимлар рент- генографияси
Дресслер синдроми	Миокард инфаркти ривожланган- дан 2-3 ҳафтадан кейин пневмо- ния ва перикардит белгиларининг пайдо бўлиши, артралгия, эозино- филия, ГКС лар қабул қилгандан кейинги самара	ЭКГ, антикардиал антителалар титрини аниклаш, кўкрак қафаси аъзолари рентгеногра- фияси
Сурункали фаол гепатит	Жигар шикастланишининг кли- ник- лаборатор ва тизимли васку- лит белгиларининг бирга келиши	Жигарнинг пункцион биопсияси, Hbs антиген топилиши

**Бўғим синдроми ва плеврада суюқлик йиғилиши
бирга кузатиладиган касалликларни ташхислаш
мезонлари ва текшириш усуллари**

Касалликлар	Ташхислаш мезонлари	Ахборотли текшириш усуллари
Ревматизм	Бириктирувчи тўқиманинг тизимли зарарланишининг клиник – лаборатор белгилари, кўпинча юрак (кардит) ва баъзан бўғим, тери, ўпка, асаб тизими ҳамда буйрак шикастланиши	Зардобда С-реактив оксил, фибриноген, умумий оксил ва оксил фракцияларини, мукопротеинлар ва гликопротеидларни текшириш, АСЛ-О, АСК, АСГ титрини аниқлаш
Ревматоид артрит	Бўғим синдроми хос клиник-рентген белгилар билан	Ревматоид омилни текшириш, бўғимлар рентгенографияси
Сурункали актив гепатит	Жигар шикастланишининг клиник-лаборатор ва тизимли васкулит белгиларининг бирга келиши	Жигар пункцион биопсияси, Hbs антиген топилиши
Саркоидоз	Характерли рентген белгилари, туберкулинга паст сезувчанлик, мусбат Квейм синамаси, лимфатик тугунлар, ўпка, тери, жигар биоптатларида эпителиоид грануломалар	Рентгенотомографик текширишлар, туберкулин ва Квейм синамаси, лимфатик тугунлар ва бошқа аъзолар биоптатларини гистологик текшириш
Дресслер синдроми	Миокард инфаркти ривожлангандан 2-3 ҳафта кейин пневмония ва перикардит белгиларининг пайдо бўлиши, артралгия, эозинофилия, ГКС лар қабул қилгандан кейинги самара	ЭКГ, антикардиал антителалар титрини аниқлаш, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси

**Кўкрак қафасида оғриқлар ва плеврада суюқлик
йиғилиши бирга кузатиладиган касалликларни
ташхислаш мезонлари ва текшириш усуллари**

Касалликлар	Ташхислаш мезонлари	Ахборотли текшириш усуллари
Ўткир пневмония	Ўткир бошланиши, аускультация белгилари, рентген маълумотлар, плевра суюқлигида оксил микдорининг ошиши ва мос микроорганизмнинг топилиши	Ўпка рентгенографияси
Ўпка инфаркти	Тос ва оёқларда тромбофлебитларнинг бўлиши, хансираш, қон тупуриш, рентген, ЭКГ- юракнинг ўнг бўлаги зўриқиши белгилари, ангиограмма ва сканограммада аваскуляризация майдонларини топилиши	ЭКГ, ўпка рентгенографияси, ўпкани радиоизотоп сканирлаш, ўпка ангиографияси
Плевра эмпиемаси	Йирингли характердаги экссудат	Плевра суюқлигини текшириш, ўпка рентгенографияси
Плевра мезотелио-маси	Плевра суюқлигида атипик хужайраларнинг топилиши ва уни геморрагик характерда бўлиши	Плевра суюқлигини цитологик текшириш, торакоскопия
Диафрагма ости абсцесси	Диафрагманинг юкори туриши, харакатчанлигининг чегараланиши, лейкоцитоз, чапга силжиш билан, кўпинча йирингли характердаги экссудат	Кўкрак қафаси ва корин бўшлиғи аъзоларининг рентгеноскопияси, плевра суюқлигини бактериологик текшириш
Даврий касаллик	Маълум бир гуруҳларда оилавий ҳолатларнинг (арманлар, яхудийлар) бўлиши, коринда ва кўкрак қафасида вакти-вакти билан кучли оғриқлар	Оилавий – генетик текшириш, биоптатларни амилоидга текшириш

Дресслер синдроми	Миокард инфаркти ривожлангандан 2-3 ҳафта кейин пневмония ва перикардит белгиларининг пайдо бўлиши, артралгия, эозинофилия, ГКС лар қабул қилгандан кейинги самара	ЭКГ, антикардиал антителалар титрини аниқлаш, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси
-------------------	--	---

9-жадвал

Қориндаги оғриқлар, асцит ва плеврада суюқлик бирга кузатиладиган касалликларни ташхислаш мезонлари ва ахборотли текшириш усуллари

Касаллик	Ташхислаш мезонлари	Ахборотли текшириш усуллари
Жигар циррози	Жигар ўлчамларининг катталашishi, портал гипертензия белгилари, кичик жигар белгилари, жигар биоптатининг гистологик кўриниши	Жигар биоптатини гистологик текшириш, жигарни ультратовуш ва радиоизотоп сканерлаш
Ўпка пастки бўлаги ўткир пневмонияси	Ўткир бошланиши, аускультация белгилари, рентген маълумотлар, плевра суюқлигида оксил микдорининг ошиши ва мос микроорганизмнинг топилиши	Ўпка рентгенографияси
Ўткир панкреатит	Ўраб олувчи характердаги оғриқлар, плевра суюқлигида диастаза, амилаза, липазани аниқлаш, қонда амилаза ва сийдикда диастаза фаоллигининг ошиши, ультратовуш ва радиоизотоп сканерлашда ошқозон ости беzi тўқималарининг хар хиллиги	Плевра суюқлигини амилаза, диастаза ва липазага, қонни амилазага, сийдикни диастазага текшириш, ультратовуш ва радиоизотоп сканерлаш
Диафрагма ости абсцесси	Диафрагманинг юкори туриши ва ҳаракатчанлигининг чегараланиши, лейкоцитоз чагга силжиш билан, йирингли характердаги экссудат	Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг рентгеноскопияси, плевра суюқлигини бактериологик текшириш

Даврий касаллик	Маълум бир гуруҳларда оилавий ҳолатларнинг (арманлар, яҳудийлар) бўлиши, қоринда ва кўкрак қафасида вақти-вақти билан кучли оғриқлар	Оилавий – генетик текшириш, биоптатларни амилоидга текшириш
Юрак етишмовчилиги билан кечадиган касалликлар	Юқорида келтирилган	Юқорида келтирилган
Нефротик синдром (гломерулонефрит, амилоидоз, тизимли кизил волчанка)	Буйрак шикастланиши, оқсилни кўп миқдорда йўқотиш билан (>3,5г), гипопротеинемия, гиперхолестеринемия	Кунлик сийдик миқдорида оқсилни, зардобда оқсил ва оқсил фракцияларини, холестеринни аниқлаш
Энтеропатия, кўп миқдорда оқсил йўқотиш билан кечадиган касалликлар (сурункали энтерит, ичак лимфосаркомаси, Уиппл касаллиги)	Энтерит белгиларининг бўлиши, зардобда умумий оқсил миқдорининг камайиши	Зардобда оқсил ва унинг фракцияларини аниқлаш, ичакларни рентгенологик текшириш

Диафрагмит. Бу диафрагманинг бирламчи яллиғланиши бўлиб, кўкрак қафасида оғриқ ва унинг нафас олиш билан узвий боғлиқлиги қайд этилади. Ушбу касалликка қуруқ, азоб берувчи йўтал, баъзан иситмалаш хос белги ҳисобланади.

Альвеолитларга биринчи навбатда, авж олиб борувчи ҳансираш хос. Беморларда қуруқ йўтал, баъзан қийин ажраладиган балғам билан бронхообструктив белгилар пайдо бўлиб, қон тупуриш жуда кам ҳолларда кузатилади.

Гудпасчер синдромининг илк белгиси қон тупуриш бўлиб, йўтал беморларда кам ҳолларда кузатилади. Касаллик учиб юрувчи зотилжам кўринишида кечади. Тез орада норма ёки гипохром камқонлик ва буйрак етишмовчилиги белгилари кўшилади.

Юрак етишмовчилиги. Қон айланиши етишмовчилигининг дастлабки босқичларида димланиш ҳисобига беморларда бўйин веналарининг бўртиши, ҳансираш кузатилиб, қуруқ йўтал безовта қилади. Ушбу клиник белгилар аксарият ҳолларда тунда ва жисмоний ҳаракат вақтида содир бўлади. Ушбу асоратнинг клиник кечиши «**Шиш синдроми**»га бағишланган маърузада батафсил баён қилинган.

ЎАТЭ – қон тупуриш, йўтал ва ҳансираш касалликнинг патогномик белгиси ҳисобланса ҳам, йўтал унинг асосий клиник белгиси ҳисобланмайди.

УАВ баъзан йўтал сабаби ААФИ ҳам бўлишини ёдда тутиши лозим. Одатда “*Капотели йўтал*” даволашнинг биринчи ойларида, баъзан ундай кечроқ кузатилади ва кўпроқ кечаси овоз ўзгариши билан намоён бўлади. Куруқ ва азоб берувчи йўтал дорилар кабулини тўхтатишга мажбур қилади.

Қон тупуриш. Айрим беморларда йўтал билан бирга, нафас йўлларида қон аралаш балғам тупуриш кузатилади. Қонли балғам ажралганда, таркибида қон кўп миқдорда бўлса ёки йўталганда тоза қон ажралса *гемоптоз*, таркиби шиллик, шиллик-йирингли, йирингли ва қон кам миқдорда бўлиб, балғамда қон ипчалари аниқланса *гемофтоз* деб аталади. Гемоптозда аксарият ҳолларда оч кизил рангли, ҳаво билан аралашган кўпикли қон ажралади. Балғам билан қон ажралишига сабаб бўлувчи асосий гуруҳ касалликлар 2-чизмада келтирилган. Шунингдек, қуйида ушбу гуруҳга кирувчи касалликлар баён қилинган:

- ◆ бронх-ўпкадаги специфик бўлмаган патологик жараёнлар (бронхоэктаз, геморрагик бронхит, куруқ абсцесс, пневмония);

- ◆ бронх ва ўпка ўсмалари (марказий рақ, ўсма метастазлари, аденома, бронх папилломаси);

- ◆ специфик жараёнлар (ўпка сили, захм, микозлар);

- ◆ кичик қон айланиш тизимидаги гемодинамик бузилишлар (ўпка шиши, ўпка инфаркти, артериал гипертензия, артерио-веноз аневризма, бирламчи ўпка гипертензияси);

- ◆ юкори ва пастки нафас йўлларидаги ёт жисмлар, бронхиолит;

- ◆ жароҳатлар (қовурғалар синишидаги ўпканинг жароҳатланиши);

- ◆ гематологик касалликлар (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопения, Ронд-Ослер касаллиги);

- ◆ иммунологик касалликлар (Вегенер гранулематози, Гудпасчер синдроми, ўпканинг ревматоид артритдаги шикастланиши, тугунчали периаартерит);

- ◆ катгалардаги респиратор дистресс синдром;

- ◆ паразитар инфекциялар (аскаридоз, эхинококкоз, трихинеллез ва бошқалар);

- ◆ ятроген сабаблар (бронхоскопия, плеврал пункция, ўпка трансторакал биопсияси, антикоагулянтлар билан даволаш, ферментлар ингаляцияси);

- ◆ кам учрайдиган сабаблар (ўпка амилоидози, уремик пневмонит, карциноид, идиопатик ўпка гемосидерози, сепсис, жигар етишмовчилиги).

Қон тупуришда балғамнинг характери:

а) қонли – таркибида шиллик кам, қон кўпроқ бўлиб, ўпка сили ва рақида;

б) қон ипчалари билан – бронхоэктаз касаллигида;

в) шиллик-қонли – қуюқ, хира бўлиб, ўпка инфарктида;

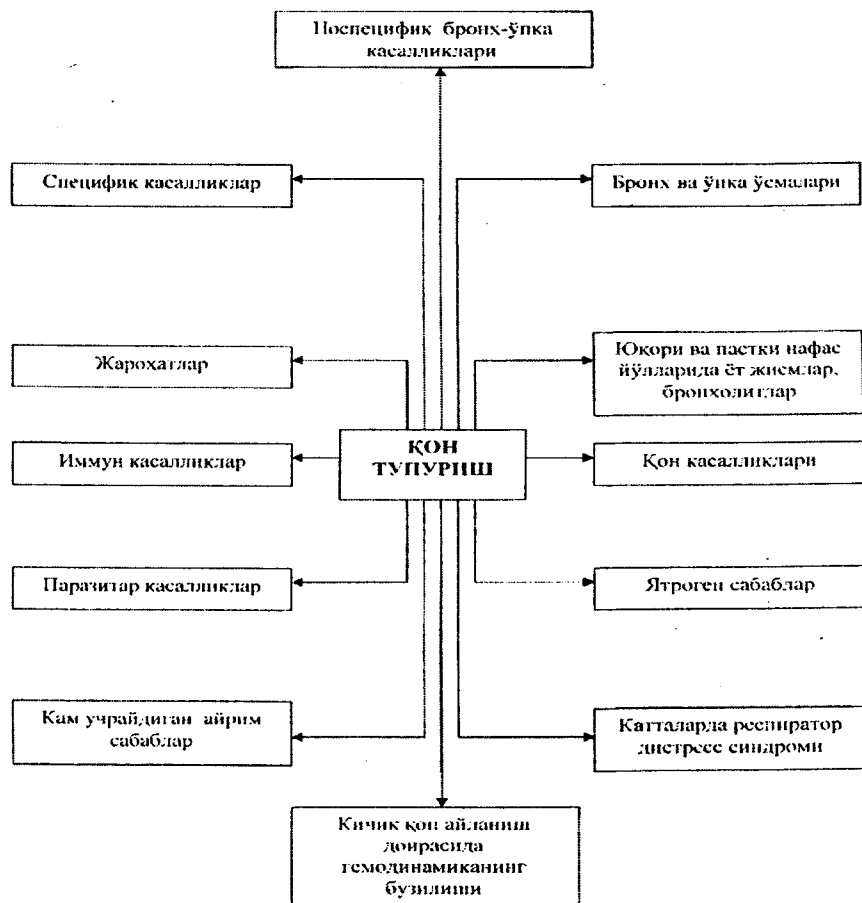
г) сероз-қонли – ўпка шиши, ўпка димланиши, суюқ, кўпикли, кизил рангли пневмонияда.

Қон тупуриш бир ҳафтадан ортиқ кечса ва касбга доир зарарли таъсирлар

аниқланса, шунингдек,, ашаддий чекувчилар, ёши 40 дан ошганларда қон тупуриш кам миқдорда бўлиб, рентгенда ўзгариш аниқланмаса ҳам, беморда ўсмага шубҳа қилиниши ва трахеобронхоскопия ўтказилиши керак.

Қон тупуришнинг сабаблари

2-чизма



Ўпкадан қон кетиши – нафас йўлларида йўтал вақтида ажраладиган маълум миқдордаги қонга айтилади.

Қон кетишига олиб келувчи асосий сабаблар:

- ▶ сил;
- ▶ рақ;

- ▶ бронхоэктазлар;
- ▶ абсцесс;
- ▶ замбуруғли шикастланишлар;
- ▶ листозли фиброз;
- ▶ бронхиолит;
- ▶ ўпка гипертензияси;
- ▶ артерио-веноз аневризма;
- ▶ геморрагик диатез.

Балғам билан ажраладиган қон миқдорига қараб, қон миқдордаги (20 мл.гача), ўртача (200 мл.гача) ва кўп (200 мл.дан ортиқ) қон кетиши фарқланади. Бемор қон давомида 600 мл.дан кўп қон йўқотса, ҳаёт учун хавфли ҳисобланиб, 80% ҳолларгача ўлим билан тугаши мумкин. 48 соат давомида юқорида қайд этилган миқдорда йўқотилган қон организмда газ алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади ва беморга қон ўрнини босувчи препаратлар қуйишга кўрсатма ҳисобланади.

Яшии тезлигидаги қон кетиши – тўсатдан кўп миқдорда қон келиши ва бемор ҳаётига хавф солиши билан характерланади. Унинг сабаби кўпинча сил, абсцесс, бронхоэктазлар бўлиши мумкин.

Беморлардаги қон тупуришни таҳлил қилганда, унинг сабаби нафақат ўпка - бронх, балки томоқ, қулоқ-бурун касалликлари, ошқозон ҳамда қизилўнғачдаги патологик ўзгаришлар ҳам бўлиши мумкинлигини унутмаслик керак.

Гемотемезис – бу йўтал билан кечувчи қон аралаш қайт қилиш бўлиб, айрим ҳолларда ўпкадан қон кетиш билан чалкаштирилади. Асосан, ошқозон-ичак тизими касалликларида кузатиладиган қон аралаш қайт қилиш қаҳва қуйқасини эслагиди (ошқозондан келаётган қон ҳатто ўпкада аспирация бўлса ҳам, кислотали муҳитга эга бўлади). Қон таркибида овқат қолдиқлари аниқланади ва беморнинг ахлати малина рангида бўлади.

Йўтал синдромини ташхислаш

Бунда беморлардаги аниқ сабаблар натижасида келиб чиққан ва сабаби ноаниқ йўталга эътибор қаратиш лозим.

Йўтал синдромида ташхисий текширишлар қуйидагиларни ўз ичига олади:

1– босқич – анамнез, объектив текшириш, кўкрак қафаси рентгенограммаси, бронхопровокацион синама билан спирометрия, бурун рентгенограммаси, ЛОР-шифокори текшируви-ларингоскопия, бронхоскопия.

2– босқич – эзофагогастроскопия, эзофагомонометрия, трахея томографияси, аллергия синамалар.

3 – босқич – йўталнинг кунлик ўзгариш даражаларини аниқлаш.

Йўтални баҳолашнинг объектив усуллари:

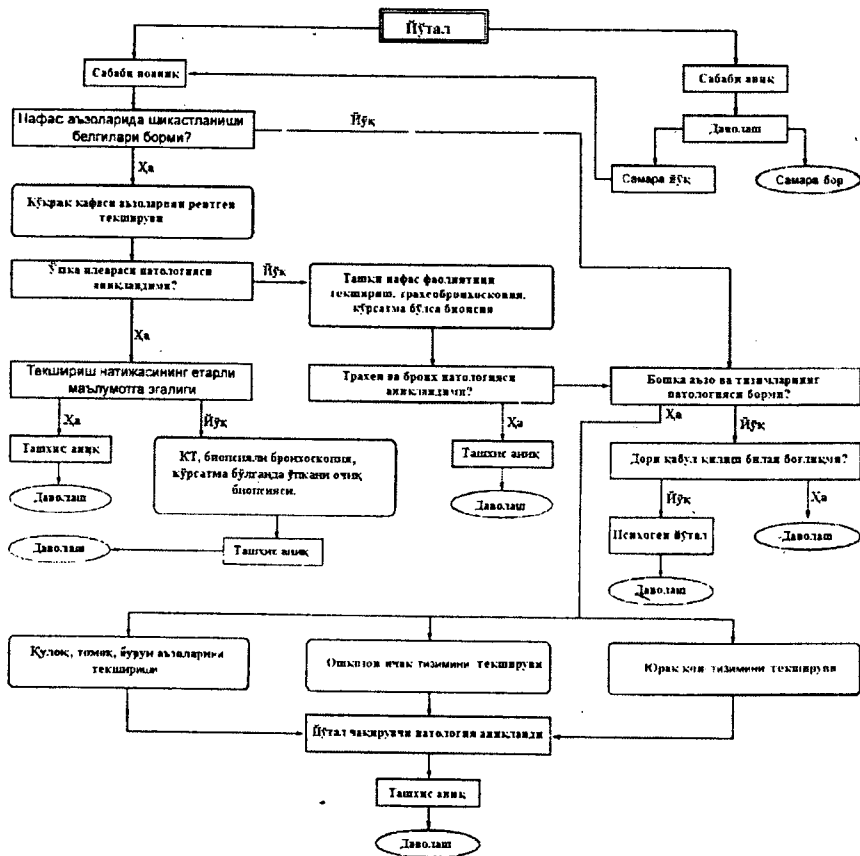
а) абдоминал электромиография ва пневмография;

б) магнитофонда йўтал кучини ёзиб олиш;

в) Холтер мониторинг (йўталнинг кунлик кучини ва давомийлигини қайт қилиш);

г) туссография.

Тиббиётнинг бирламчи тизимида ишлаётган шифокорларга йўтал сабабини аниқлашларида қулайлик туғдириш мақсадида, қуйида 3-чизмада уни таъхислаш алгоритмини келтирдик.



3-чизма. Йўтал сабабини аниқлаш алгоритми.

Йўтал асоратлари. Йўтал пайтида кўрак ичи босимининг тўсатдан ошиши натижасида, организмда жиддий патогенетик асоратлардан бири спонтан пневмоторакс ривожланади. Қуйидаги йўтал билан кечувчи касалликлар кўп ҳолларда иккиламчи спонтан пневмоторакс ривожланишига сабаб бўлади:

- СОҲК;
- бронхиал астма;

- буллёз эмфизема;
- бактериал пневмония (кўпроқ стафилококкли);
- ўпка сили;
- ўпканинг интерстициал касалликлари (экзоген аллергик ва идиопатик фиброзли ёки токсик фиброзли альвеолит);
- ўпка раки;
- эндометриоз;
- Морфан синдроми.

Тўсатдан пайдо бўлган кучли йўтал қовурғалар синиши, нафас мушакларининг, (масалан олдинги тишсимон мушаклар), миалгия каби кўкрак қафасининг шикастланишларига олиб келиши мумкин. Йўталнинг кўп учрайдиган асоратларидан яна бири кон туфлашдир. Узоқ давом этувчи қорин бўшлиғи ички босимининг ошиши билан кечадиган сурункали йўтал чов ва диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси ривожланишига олиб келувчи асосий омиллардан бири ҳисобланади. Бундан ташқари, йўтал вақтида кўкрак ичи босимининг ошиши натижасида гемодинамик бузилишлар – юракка қон келишининг қийинлашиши, оқибатда унинг дақиқалик ҳажми бузилиши, ҚБнинг вақтинчалик пасайиши, веноз босимнинг ошиши кузатилади. Шунингдек, узоқ давом этган йўталда бўйин веналари шиши, юрак аритмиялари ривожланади. Сурункали йўтал церебрал бузилишларга ҳам олиб келади ва кўпинча бош оғриғи, бош айланиши, айрим ҳолларда бош миёга ва кўз тўр пардасига қон қуйилиши каби асоратларга сабаб бўлади.

Турли касалликлар натижасида беморларда узоқ давом этувчи йўтал натижасида уйқусизлик, бош оғриғи, ҳолсизлик ва яна бошқа бир қатор ўзгаришлар кузатилади. Юкори ва пастки нафас йўллари касалликларида баъзан йўтал хуружи натижасида йўтал-хушдан кетиш синдроми юзага келади. Бу ҳолат кўпинча бронхитлар, трахеобронхиал дискинезия, ўткир ларинготрахеит ва кўкйўталда учрайди. Йўтал-хушдан кетиш синдромининг патогенези охиригача тўлиқ ўрганилмаган, аммо уни юракнинг бир дақиқалик қон отиш ҳажми камайиши ва кўкрак ичи босимининг тўсатдан ошиши оқибатида миёда қон айланишининг издан чиқиши билан тушунтирилади. Ушбу синдромнинг давомийлиги қисқа муддатли бўлиб, 2-3 сониядан 2-3 дақиқача бўлиши мумкин. Даволаш эмпирик олиб борилиб, асосан йўталга қарши дорилар билан бирга миё метоболизмини яхшиловчи препаратлар буюрилади.

Йўтал, қон туфлаш ва балғам ажралиш синдроми безовта қилаётган беморларни даволашнинг умумий тамойиллари

Йўтални даволаш этиологик, патогенетик (яллиғланиш, бронхоспазм ва бошқалар) ва унинг характери (қурук, балғамли) бўйича олиб борилади. Этиологик терапия йўтални келтириб чиқарган дорини бекор қилиш,

чекишни чеклаш ёки бутунлай ман этиш, аллергиялар билан алоқани йўқотиш ва антибиотиклар билан даволаш каби тадбирлардан иборат. Нафас аъзолари касалликларида кузатиладиган йўтал одатда катор кийинчиликлар туғдиради. Жумладан, СОЎК.

СОЎК касаллигида йўтални бошқариш:

- беморлар орасида тушунтириш ишларини олиб бориш;
- чекишни тўхтатиш;
- кинезиотерапия (bronхлар дренаж фаолиятини яхшилаш учун қилинадиган постурал дренаж, йўтални назорат қилиш ва нафас машини ўз ичига оладиган усул);

- мукофаол дориларни тавсия қилиш;
- бронхолитик терапия;
- йўталга қарши дори воситалари;
- антибактериал терапия;
- чалғитувчи терапия ва бошқа усуллар.

Бемор билан касаллиги тўғрисида суҳбатлар ўтказиш, даволашнинг самарали усулларида бири ҳисобланади.

Балғам кўчирувчи препаратлар

1. Рефлектор равишда таъсир қилувчи дорилар рефлектор равишда ошқозон шираси ва бронх безлари секрециясини кучайтиради, ҳилпилловчи эпителия фаоллигини оширади. Ушбу дорилар кичик дозаларда ҳар 2-3 соатда буюрилади.

- Туссин (гвайфенезин). 2-6 ёшли болаларга 50-100 мг. (1/2-1 чой қошиқ) ҳар 4 соатда овқатдан сўнг; 6-12 ёшда - 100-200 мг. (1-2 чой қошиқ) ҳар 4 соат овқатдан кейин; 12 ёшдан катталарда - 200-400 мг. (2-4 чой қошиқ) ҳар 4 соатда овқатдан сўнг.

2. Резорбтив таъсир қилувчи дорилар бевосита бронхларнинг шиллик қаватига таъсир кўрсатади. Бронхлар секрециясини кучайтириши сабабли балғам ажралишини осонлаштиради.

- Калий йодид 3% эритма 1 ош қошиқдан кунига 3-4 марта овқатдан сўнг буюрилади. Препарат касалликларнинг ўткир кечишида, ўпка шишида ва балғам кўп ажралганда тавсия этилмайди.

Муколитик (секретолитик) препаратлар.

- *Вазицин алкалоид унумлари.* Улар орасида кенг тарқалганлари ҳисобланади. Бисольвон («бромгексин») ва амброксол («лазолван»). Препаратлар муколитик хусусиятга эга бўлиб, сурфактант тизимига ижобий таъсир кўрсатади.

Бисольвоннинг терапевтик таъсири даволаш бошлангандан 4-6 кундан сўнг сезилади ва бир таблеткада 8 мг, бир мл. микстурада 0,8 мг. бромгексин гидрохлорид кўринишида чиқарилади.

Лазолван бромгексиннинг фаол метаболити ҳисобланиб, кучли балғам ажратувчи хусусиятга эга. Битта таблеткада 30 мг. фаол модда сақлайди, шунингдек, 1 мл. (5 мг) 0,75% эритма ва 1 мл. (3 мг) 0,3% сироп ҳолида чиқарилади.

• *Тиоликлар* – балғам кўчирувчи, секретитолитик ва йўталга қарши препарат бўлиб, ўпканинг сурфактант тизимини кучайтиради.

Ацетилцистеин - «АСС-100; 200; 600». Ацетилцистеин билан беморларни даволаш кичик дозаларда олиб борилади ва ҳомиладорликни учинчи триместрида тавсия этилмайди.

Препаратнинг бир ампуласида 3 мл эритма бўлиб, таркибида 300 мг ацетилцистин сақлайди. Препаратни антибиотиклар билан бирга ва бир эритмада кўшиб юбориш ман этилади. Овқатдан 2-3 соат олдин ичишга тавсия қилинади.

• *Протеолитик ферментлар* - трипсин, химотрипсин, рибонуклеаза.

• *Мукорегуляторлар* - флуифорт (карбоцистеин препаратлари тўғрисида **Бронхообструктив синдром»** бағишланган маърузада батафсил келтирилган).

БРОНХОЛИТИК ТЕРАПИЯ

Клиник амалиётда куйидаги асосий бронхолитик гуруҳ препаратлари қўлланилади: антихолинэргик, бета-2-адреномиметик ва метилксантинлар.

Антихолинэргик препаратлар

Атровент (ипратропиум бромид) – атропин унумлари ҳисобланиб, аэрозол ҳолида ишлатилади. Таъсир доираси 6-8 соат, ингаляциядаги доза 40 мкг.га тенг. Атровент куйидаги хусусиятларга эга: бронхлардаги М-холинорецепторларни ингибирлайди, уларнинг симпатик тонусини камайтиради, узок муддат бронхолитик самарага эга, тизимли пожуъ таъсири йўқлиги сабабли, уни β2 - агонистлар билан кўшиб ишлатилганда, самара яққол сезиларли бўлади.

Тиотропиум бромид – узок таъсир этувчи селектив антихолинэргик препарат бўлиб, самараси 20 соатгача давом этади.

Ипратропиум йодид («Тровентол») бронхолитик хусусиятга эга бўлиб, бир дозаси 80 мг ни ташкил қилади.

Бета-2-адреномиметиклар

β2-адреномиметиклар селектив, носелектив, қиска ва узок таъсир этувчи бронхолитиклар каби гуруҳларга бўлинади.

Селектив, қиска таъсир этувчи – сальбутамол (вентолин), фенотерол (беротек), тербуталин (бриканил). Узок таъсир килувчи – сальметерол (серевент), формотерол (форадил), қисман селектив бўлган β2- агонистлар – орципреналина сульфат (алупент) ва астмопент.

Метилксантин унумлари

Теофиллин метилксантин гуруҳидаги дори воситалари ичида кенг тарқалган ва бронхообструктив синдромни бартараф этишда кенг ишлатилади. Ушбу дори гуруҳлари тўғрисида «Бронхообструктив синдром» маърузасида батафсил келтирилган.

АНТИБАКТЕРИАЛ ТЕРАПИЯ

Антибактериал терапия юқори ва пастки нафас аъзолари йўлларининг ўткир ва сурункали касалликлари – синусит, тонзилофарингит, ўткир трахеит, ўткир бронхит, пневмония, сурункали бронхитларнинг авж олишида асосий дори воситаси сифатида қўлланилади. Йирингли балғам ажралганда уларни буюриш лозим. Шиллик ёки шиллик-йирингли балғам бўлса, узок таъсир қилувчи сульфаниламидлар (сульфадиметоксин, сульфациназол) қўллаш мумкин. Яққол яллиғланиш белгилари бор беморларга антибиотикларни микрофлорага сезгирлик аниқлангандан сўнг буюрилади. Қўпинча яримсинтетик пенициллинлар (ампициллин, ампиокс, диклоксациллин), аминогликозидлар (гентамицин), цефалоспоринлар (кефзол, клафоран), узок таъсир этувчи тетрациклинлар (вибрамицин), макролидлар (эритромицин), левомицетин ва бошқа дорилар тавсия этилади.

Антибиотикларнинг цефалоспоринлар гуруҳи 4 та авлодга бўлинади:

1 – авлод грамм мусбат коккларга (стафилакокк, β-гемолитик стрептококк, пневмококк) фаол таъсир кўрсатади. Ушбу гуруҳ препаратларига цефазолин (кефзол), цефалотин (кефлин), цефрадин, цефалоридин (цепорин), цефепирин (цефадил), цефатон, цефадроксиллар киради.

2 – авлод грамм манфий бактерияларга (ичак таёқчаси, клибсиелла, протей, энтеробактерия, гемофил таёқчаси ва бошқалар) таъсир этиб, уларга цефуросим-натрий (кестоцеф), цефуросим-аксетил (зиннат), цефамандол, цефоранид (прецеф), цефоницид (моноцид), цефменоксимлар киради.

3 – авлод юқори грамм манфий фаолликка эга бўлиб, касалликни кўк йиринг таёқча, анаэроб бактерия (аспирация пневмонияси, остеомиелитда) чакирганда ишлатилади. Бу авлодга цефотаксим-натрий (клафоран), цефоперазон (цефобит), цефтазидим (фортум), цефтриаксон (лонгацеф), цефтизоксим (цефизон), цефазидим (модивид) киради.

4 – авлод кенг антимикроб таъсирга (грамм мусбат, грамм манфий бактериялар, бактероид-анаэроб инфекция, клибсиелла, ичак ва кўк йиринг таёқчаси, тилла ранг стафилакокк, эшерихия, гемофил таёқча) эга ва моксалактам (моксам), цефакситин (мефоксин), цефатетан, цефпиром (кейтен) киради.

Иммуномодуляторлардан рибомунил уч ҳафтагача ҳар ҳафтанинг 4 кунини 1 таблеткадан бир марта, иккинчи ойдан бошлаб ҳар ойнинг биринчи 4 кунини 1 таблеткадан бир марта ичилади. Бронхомунал эса 3,5 - 7 мг дан чиқарилади ва 10-30 кун буюрилади.

Йўталга тўғридан-тўғри таъсир қиладиган дори воситалари қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. **Йўтал марказини тормозловчи яъни марказий таъсир этувчи дорилар:**

- йўталга қарши наркотик препаратлар (кодеин, дионин, морфин);
- йўталга қарши наркотик бўлмаган воситалар (глауцин гидрохлорид ва глаувент).

2. Периферик таъсир этувчи дори воситалари – шиллик қаватнинг афферент нерв толаларининг рецептор таъсирини камайтирувчи препаратлар:

- маҳаллий анестетиклар (лидокаин, тримекаин);
- комбинацияда таъсир этувчи дори воситаси (либексин).

Метилморфин (кодеин) кунда 0,01-0,02 г, глауцин гидрохлорид (глауцин) – катталарга 0,05 г (50 мг) кунда 2-3 марта овқатдан сўнг, болаларга бир кунда 0,01-0,03 г. Либексин комбинацияли йўталга қарши синтетик препарат ҳисобланиб, кунда 0,1-0,2 г (1-2таблетка) 3-4 марта, болаларга эса ёшидан келиб чиқиб, 0,025-0,1 г кунда 3-4 марта ичиш учун буюрилади. Қуйидаги 10-жадвалда айрим касалликларда йўтални даволаш тамойиллари келтирилган.

10-жадвал

Айрим кенг тарқалган касалликларда йўтални даволаш

«Постназал томчилаб оқиш» синдроми, аллергияк бўлмаган ринит	Дексбромфенирамин ва псевдоэфедрин 3 ҳафта давомида ёки ипратропиум бромид (0,06%), назал спрей 3 ҳафта
Аллергияк вазомотор ринит	Лоратадин 10 мг 1 марта, ипратропиум бромид, назал спрей 3 ҳафта
Сурункали бактериал синусит	3 ҳафта давомида антигистамин препаратлар антибиотиклар билан бирга
Бронхиал астма	Ушбу касалликда ўтказиладиган даво
Ошқозон-қизилўнғач рефлюкс касаллиги	Парҳез ва ҳаёт тарзини ўзгартириш. Омепразол 20 мг 2 марта, дюспаталин 1 капсуладан кунда 2 марта, 1 ой давомида
СОЎК	Ушбу касалликда ўтказиладиган даво
ААФ ингибиторлари	Препарат қабулини тўхтатиш. Йўтал дозага боғлиқ эмас ва уни ўзгартириш ижобий самара бермайди. Уни ичиш тўхтатилган 4 ҳафта ичида йўтал сусаяди ёки йўқолади.

Ташхис қўйиш намуналари:**Пневмония касаллигида**

✓ Ўнг ўпка юкори бўлагининг касалхонадан ташкари (бирламчи) пневмококкли пневмонияси, ўрта оғирликда кечиши.

✓ Фон касаллиги: Сурункали обструктив бўлмаган бронхит, ремиссия даври.

✓ Ёндош: Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги ремиссия даври.

✓ Чап ўпка пастки бўлагининг иккиламчи (касалхона ичи), стрептококкли пневмонияси, оғир кечиши.

Фон касаллиги: Сурункали йирингли-обструктив бронхит, кўзиш даври.

Асорати: Чапдаги S6 абсцедирланиши. Ўпка эмфиземаси. Нафас етишмовчилиги II даражаси. Сурункали ўпка-юрак декомпенсация босқичи. КАЕ – IIА.

✓ Иккала ўпка пастки бўлагини атипик, микоплазмали пневмонияси, ўрта оғирликда кечиши.

Фон касаллиги: Сурункали тонзиллит кўзиш даври.

Асорати: Ўткир чап томонлама гайморит.

✓ Ўнг ўпка пастки бўлагини атипик, хламидияли (орнитоз) пневмонияси, оғир кечиши.

Ёндош: Сурункали холецистит, ремиссия даври.

Асорати: Экссудатив перикардит. Артериал гипотония. Нафас етишмовчилиги II даража.

✓ Ўнг ўпка пастки бўлагини ўпканинг сунъий вентилизациясидан кейинги касалхона ичи стафилококкли пневмонияси, оғир кечиши.

Асорати: Ўнг томонлама экссудатли плеврит. Артериал гипотония. Нафас етишмовчилиги III даража.

Бронхоэктаз касаллигида:

✓ Бронхоэктаз касаллиги, чап ўпка пастки бўлақларининг цилиндрсимон бронхоэктазлари, ўрта оғирликда кечиши, кўзиш даври. Бронхообструктив синдром.

Асорати: Ўпканинг ривожланиш нуқсони: чап ўпка пастки бўлагининг кистоз гиноплазияси.

✓ Бронхоэктаз касаллиги, ўпканинг пастки ва чап ўпка юкори бўлагида тарқалган, икки томонлама цилиндрсимон ва халтасимон бронхоэктазлар, кўзиш даври.

Ёндош: Иккиламчи сурункали обструктив бронхит, кўзиш даври.

Асорати: Ўпка эмфиземаси. Сурункали нафас етишмовчилиги II даража.

✓ Бронхоэктаз касаллиги, иккала ўпка пастки бўлақларининг цилиндрсимон бронхоэктазлари, кўзиш даври.

Ёндош: Иккиламчи пневмония.

Асорати: Ўпка эмфиземаси. Сурункали нафас етишмовчилиги III даража.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Даниляк И.Г. Бронхообструктивный синдром // Актуальные вопросы пульмонологии - М.: Ньюдиамед-АО, 1999. – С.74-110.
2. Даниляк И.Г. Кашель: этиология, патофизиология, диагностика, лечение. // Пульмонология. 2001. -№3. –С.33-37.
3. Добротина И.С. Бронхиальная астма: современные подходы к диагностике и терапии. - Нижний Новгород.: НГМА., 2002. -- С 30 с.
4. Добротина И.С. Диагностика и лечение бронхообструктивного синдрома. - Нижний Новгород.: НГМА., 2002. – С 32 с.
5. Марченков Я.В. Диагностика хронического кашля. Пульмонология. 2002. -№2. –С. 107-109.
6. Назыров Ф.Г., Денисов И.Н., Улумбекова Э.Г. Справочник -путеводитель практикующего врача 2000 болезней от А до Я. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – С.688-692.
7. Новиков Ю.К. Современные подходы к лечению пневмоний// Русский Медицинский Журнал., 2007. – С. 1-7.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - Том 3. - М.: Мед. лит., 2005. С. 61-133.
9. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. - Том 1. - М.: Мед. лит., 2005. С. 65-175.
10. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
11. Путов В.В. Федоссов Г.Б. Руководство по пульмонологии. Том 2. М.: Медицина., 1995.
12. Тейлор Р. Б. Трудный диагноз. Том 2. Пер. с англ. М. Г. Лепинина, А. А. Ерменко. М.: Медицина, 1995.
13. Трубников Г.В. Руководство по клинической пульмонологии. –М.: Медицинская книга. Н. Новгород.: НГМА., 2001. – С.28-72.
14. Убайдуллаев А.М. Хроническая обструктивная болезнь легких (Методическая рекомендация). - Ташкент., 2005. – С 45.
15. Убайдуллаев А.М. Нафас органлари касалликлари / Академик С.М. Бахрамов тахрири остида. - Тошкент., 2004. - Б. 84-175.
16. Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В. Внебольничная пневмония. Пособие для врачей. -- Ташкент., 2004. – С. 4-60.
17. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. - М.: Бином., 2000. - С 509.
18. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. Методические рекомендации. - Рязань., 2002. С.3-99.
19. Irwin R.S., Curley F.J., Frech C.L. Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation of specific therapy. Am. Rev. Respir. Dis. 1990; 141 (3): 640-647.
20. Patricr H., Patricr F. Chronic cough. Med. Clin. N. Am. 1995; 79 (2): 361-372.

СИЛ КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ ВА ДАВОЛАШДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИНИНГ ЎРНИ ҲАМДА ВАЗИФАЛАРИ

«Сил бедаво эмас»

Сил (туберкулёз) сўзи лотинчадан таржима килинган бўлиб, ўзбек тилида «буртмача» («*tuberculum*») маъносини англатади.

Касаллик кўзгатувчисини 1882 йилда Р. Кох аниқлаган ва 24 мартда Берлин шаҳридаги “Физиологлар анжумани”да илк бор эълон қилган. Ушбу оламшумул кашфиёт учун унга 1911 йилда Нобел мукофоти берилган.

УАВ касалликни олдини олиш ва эрта даволаш учун сил эпидемиологиясини, яъни ундан зарарланиш манбалари, юқиш йўллари, аҳоли орасида тарқалиши ва хавф гуруҳларини яхши билиши лозим. Бунда силга нафақат тиббий-биологик, балки ижтимоий муаммо сифатида ҳам қараш керак. Чунки ушбу омилларнинг айримлари аҳоли (оиланинг моддий таъминланганлик даражаси, санитар саводлилиги ва маданият, касб, яшаш шароити, тиббий ёрдам кўрсатиш билан таъминланганлик даражаси) саломатлик ҳолатига таъсир кўрсатади. Шунингдек,, шифокор касаллик бўйича аҳолининг ёш таркиби, жумладан, болаларнинг солиштирма улуши, жинслар тақсимланиши, туғилиш кўрсаткичи, аҳоли зичлиги, миграция ва бошқа кўрсаткичларни билиши лозим.

Касалликнинг асосий манбаи – сил микобактериялари (СМБ) ни ажратувчи бемор ҳисобланади. Доимий ва кўп миқдорда бацилла ажратувчилар ўта хавфли ҳисобланса ҳам, экиш усулида аниқланадиган кам миқдорда микроб ажратувчилар ҳам хавфсиз ҳисобланмайди. Бемор йўталганда, аксирганда, сухбатланганда ҳаво томчи йўли, ўпишганда эса сўлак орқали зарарланиши мумкин. Аммо касаллик билвосита йўл билан, яъни зарарланган буюмларга қўл урилганда, тўшак, чанг парчалари ва бошқа сил таёқчалари билан зарарланган нарсалар орқали ҳам юқади. Бу йўл билан зарарланиш хавфи бемор шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаганда, унинг буюмлари ва хонаси тўлиқ ёки умуман дезинфекция қилинмаганда ортади. СМБнинг ташқи муҳитда юқори чидамлилиги бу йўл билан юқиш хавфини янада оширади. Бемор идишларидан ёки озиқ-овқат маҳсулотларидан фойдаланилганда, (сил билан касалланган ҳайвонлардан олинган) алиментар йўл билан зарарланиш мумкин. Бунда касаллик манбаи кўпинча йирик шохли ҳайвонлар бўлади. Ҳайвонлардан чорвадорлар ва бошқа бевосита улар билан ишловчилар кўпроқ касалланадилар ва зарарланиш ҳаво-томчи ёки ҳаво-чанг йўли билан юз беради. Ҳайвонлардан алиментар йўл билан зарарланиш уларнинг термик ишлов берилмаган маҳсулотлари истеъмол қилинганда содир бўлади. Морфологик ўзгарган (L – ва ультра майда ва филтрланувчи) ва озуқа муҳитларида ўсмайдиган шаклларнинг эпидемиологик аҳамияти тўлиқ аниқланмаган бўлса ҳам, уларнинг силнинг эндоген реактивациясидаги аҳамияти тасдиқланган. Одам учун нафақат *M. Tuberculosis*, балки *M.*

Bovius ҳам эпидемиологик хавф туғдиради. Қора мол типни чақирган сил билан кўпинча суяк – бўғим, сийдик-тапосил аъзолари ва периферик лимфа тугунлари зарарланади. Ушбу микобактериялар касал болалардан 4-9%, катталардан 1% ҳолларда ажратиб олинади. Айрим ҳолларда касалликни одамларда куш типидagi микобактериялар чақирishi мумкин ва улар одатда бир нечта кимёвий препаратларга чидамли бўлади. Бунда касаллик ўпкада кўплаб деструктив ўзгаришлар пайдо бўлиши билан жадал кечади. Сил касаллигида макроорганизмнинг унга бўлган сезгирлигини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Касаллик билан болаликда, айниқса,, 1 ёшгача зарарланиш ўта хавфли ҳисобланади. Чунки бу даврда табиий қаршилиқ ҳали мукамал шаклланмайдиган иммунологик механизмлар тўлиқ етилмайди. Ёш ўтиши билан силдан зарарланишга ёмон овқатланиш, ёндош касалликлар, асабий-рухий зўриқишлар, даврий равишда холдан тойдирувчи оғир иш сабаб бўлиши мумкин.

Дунё аҳолисининг 1/3 қисми (2 миллиардга яқин) организмда сил таёқчаси мавжуд (тубинфицированы), ҳар йили 8-10 миллион одамда янги касалланиш ҳоллари қайд этилади ва 3 миллионга яқини ундан побуд бўлади. Уларнинг 900.000 аёллар ва 300.000 болалардир. Силдан ўлимнинг 98% ривожланаётган мамлакатлар аҳолисига тўғри келади.

Республикамизда ҳам куйидаги қатор сабаблар сил бўйича эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашишига олиб келмоқда:

▶ охириги 10 йилда фтизиатр мутахассисларининг старлича тайёрланмаганлиги ва оқибатда тиббиёт муассасаларида кадрлар етишмаслиги;

▶ сил специфик профилактикаси қамровининг қисқариши сабабли болалар ораида иммун табақанинг камайиши;

▶ бирламчи тизимда силга қарши курашишнинг яхши йўлга қўйилмаганлиги;

▶ аҳоли маълум катламларининг (айниқса,, экологик фалокат содир бўлган ҳудудларда) етарли даражада овқатланмаслиги;

▶ чорвачиликда сил бўйича эпидемиологик аҳволнинг ёмонлиги;

▶ бирламчи ва иккиламчи иммун етишмовчилик ҳолатларининг ва иммун тизим зарарланиши билан кечувчи хасталикларнинг ошиб бориши.

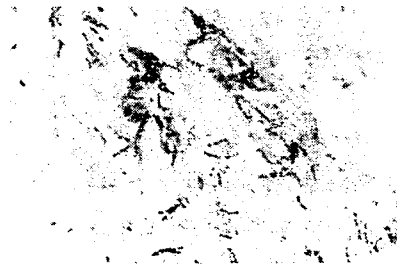
Микобактериянинг турлари:

Одам сили микобактерияси (*M.tuberculosis humanus*) қорамол микобактерияси (*M.bovius*), кушлар микобактерияси (*M.avium*), сичқон микобактерияси (*M.microti*), африка микобактерияси (*M.africanum*). Одам ва қора мол микобактериялари одамларда, молларда, қўйларда, эчкиларда, чўчқаларда, отларда, итларда, мушукларда, (сил билан касалланиши мумкин бўлган 54 турдаги сут эмизувчилар ва 80 турдаги кушлар маълум) касаллик чақирishi мумкин.

Сил кўзгатувчисининг морфологияси

Сил кўзгатувчиси ингичка эгик таёқча шаклида бўлиб, узунлиги 0,8 дан 3–8 мкм.гача, эни 0,3-0,5 мкм.

Сил микобактериясининг микроскоптаги кўриниши



Сил микобактериясининг ўзгарган L-шаклига хужайра мембранасида нуксон бўлиши хосдир. Ноқулай шаронт таъсири остида сил микобактерияси ўз хужайра деворини тамоман ёки қисман йўқотади. Бу L-шаклларнинг барча таркибий тузилмаларининг нозиклашиб қолишига сабаб бўлади ва ўзига хос муҳитларда ўсишини шарт қилиб қўяди. Хужайра девори нуксони сабабли, улар одатдаги бўёқлар билан бўялмайдилар, шунинг учун бактериоскопик усулда суртмаларда кўриб бўлмайди. Морфологик ва культурал хусусиятлар билан бир каторда, микобактерияларнинг антигенлик ва вирулентлик хоссалари ҳам ўзгаришга учрайди. Чунки у организмда узоқ вақт сақланиши ва патоген шаклга қайтиши мумкинлиги сабабли, L шакл сил рецидивни патогенезида муҳим аҳамиятга эга. Бактериоскопия микобактерияларни балғамда аниқлашнинг кўп қўлланиладиган усули ҳисобланади. Циль-Нильсен усули ёрдамида бўялган суртмаларда Кох бациллеси кўк майдонда эгик ҳолдаги қизил таёқча шаклида кўринади. Шу билан бирга, СМБларини аниқлашда культурал усул ҳам катта аҳамиятга эга. Чунки текшириладиган материалда бацилла миқдори 20-100 тагача бўлса ҳам уни аниқлаш мумкин.

Сил патогенези ва иммунитет феноменлари

Одамга сил асосан (90-95%) нафас (аэроген йўл), камроқ ҳолларда ошқозон-ичак тизими орқали (алиментар йўл) юқади. Баъзида терининг ёки шиллик қаватларнинг жароҳатланган қисми орқали ҳам юқиши (контакт йўли) мумкин. Сил билан касалланган ҳомиладор аёллардан инфекция ҳомилага йўлдош ва киндик қон томирлари орқали ўтади. Касалликнинг юқиши ва ривожланишида, организмга тушган сил таёқчаларининг миқдори, хаста киши билан бирга бўлиш муддати, инфекциянинг вирулентлиги ва бошқа қатор омиллар катта аҳамиятга эга.

• Организмнинг силга қарши курашишида хужайралар иммунитетига алоҳида эътибор бериллади. Илгари Кох таёқчалари билан зарарланган ёки БЦЖ вакцинасини қабул қилмаган кишиларга сил биринчи марта юққанида, бациллалар фагоцит ва полинуклеарлар билан тўқнашади ва улар томонидан ёт нарсадек қабул қилиниб, ютиб юбориллади (фагоцитоз). Макрофаглар сил таёқчаларини аввал ўз хужайра пардасига (мембранасига), сўнг эса ўз ичига ўраб олади ва фагосома пайдо бўлади. Фагосома лизацома билан қўшилиб, фаголизасома пайдо бўлади ва унинг ичидаги ферментлар таъсирида сил таёқчалари емирилади ва ҳазм бўлади. Макрофагларнинг ҳазм қилиш фаоллиги макроорганизмнинг аҳволига, ёшига, жинсига, ирсий хусусиятларига ва организмга тушган сил таёқчаларининг вирулентлигига боғлиқ. Макрофаг ичига кирган сил таёқчаларининг вирулентлиги кучли бўлса ўзининг яшаш қобилияти ва кўпайиш хусусиятини сақлаб қолиши мумкин. Бундай ҳолда макрофаг парчаланиб, сил таёқчалари унинг хужайрасидаги чиқади. Бацилланинг кейинги тақдири организмнинг макрофаглар фаоллигини ошириш қобилиятига боғлиқ бўлади. Макрофагларнинг ферментатив фаоллиги ошганда, улар яллиғланиш реакциясини авж олдирувчи, қон томирлар ўтказувчанлигини оширувчи ва терининг туберкулинга нисбатан реакциясини ривожлантирувчи модда ажратади. Бу жараёнда Т-хелперлар, Т-супрессорлар, Т-киллерлар иштирок этадилар. Сил таёқчаларининг биринчи марта юқишига ва БЦЖ вакцинациясига қарши иммунитетнинг ташкил топиши, Кох таёқчаларининг кўпайиши ва махсус яллиғланиш жараёни билан бир қаторда ривожланади. Иммунитетнинг кучайиши оқибатида одатда сил таёқчаларининг кўпайиши сусаяди, яллиғланиш жараёни ҳам камай бошлайди. Макрофаглар ичидаги сил таёқчаларининг фосфатидлари таъсирида улар эпителиясимон ва кўп ўзакли катта Пирогов ва Лангхас хужайраларига айланади. Бу хужайралар яллиғланиш ўчоғини чегаралаб қўяди ва натижада сил бўртмачаси пайдо бўлади. Айрим сабабларга кўра макроорганизмнинг силга қарши курашиш қобилияти етарли бўлмаса, бўртмачалар ривожланиб, касалликнинг турли патоморфологик кўринишлари юзага келади. Сил патогенезида унинг бирламчи ва иккиламчи турлари фарқланади. Бирламчи силда жараён инфекцияни организмга биринчи маротаба юқиши натижасида ривожланса, иккиламчи турида мавжуд бўлган иммунитет асосида сил касаллиги ривожланади.

• **Клиникаси.** Силда патоморфологик ўзгаришларнинг турличалиги унинг клиник белгиларининг ҳам серқиррали бўлишини таъминлайди. Баъзи ҳолатларда бемор ўзини субъектив соғлом ҳисоблайди. Одатда қон тупуриш беморни шифокорга мурожаат қилишга мажбур қилади. Қатор аъзолар, лекин 80% ҳолларда ўпка сил билан зарарланади. Ўпка силнинг кўп учрайдиган белгиларидан яна бири балғамли ёки балғамсиз йўтал ҳисобланади. Шунингдек, уларда ҳолсизланиш, иситмалаш, тунги кўп терлаш, ҳарсиллаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўкрак қафасидаги оғриқ, озиб кетиш каби белгилар кузатилади. Ўпкадан ташқари сил билан лимфа тугунлари, бўғим ва суяклар, сийдик чиқарув аъзолари, ичаклар, мия пардалари зарарланади. Беморларда

чегараланган белгилардан ташқари, юқорида қайд этилган ўпка силида кузатиладиган симптомлар бўлиши мумкин. Касаллик клиникаси шунингдек, сил жойлашишига, унинг тарқалганлик даражаси, даври, макроорганизмнинг иммунобиологик ҳолати, ёндош касалликларнинг мавжудлиги (ҚД, ОИТС, ошқозон-ичак яра касаллиги, ўпканинг респиратор касалликлари ва бошқа катор омилларга) боғлиқ бўлади.

Силнинг клиник классификацияси

A. Асосий клиник кўринишлари:

I Гуруҳ. Болалар ва ўсмирларнинг силдан заҳарланиши

II Гуруҳ. Нафас аъзолари сили

010.0 бирламчи сил комплекси

010.8 кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили

018.0 миллиар сил

018.0 тарқалган сил

011.1 ўчоқли сил

011.0 инфилтратив сил

011.5 казеоз сил зотилжами

011.8 туберкулома

011.8 кавернали (кавакли) сил

011.8 фиброз-кавернали сил

011.4 цирротик сил

012.0 сил плеврити (шу билан бирга эмпиема)

012.3 бронх, трахея, юқори нафас йўллари сили

011 (502) нафас аъзолари силининг ўпканинг чангли касб касалликлари

билан бирга келиши

III Гуруҳ. Бошқа аъзолар ва тизимлар сили

013 бош мия пардаси ва МНТнинг сили

014 ичак, қорин пардаси ва ичак тутқичи лимфа тугунларининг сили

015 суяк ва бўғим сили

016 сийдик ва жинсий аъзолар сили

017.0 тери ва тери ости ёғ қаватининг сили

017.2 периферик лимфа тугунларининг сили

017.3 кўз сили

017.4 бошқа аъзолар сили

B. Сил жараёнининг характеристикаси

Жойлашиши ва давомийлиги: силнинг ўпка бўлагида, сегментида, бошқа аъзоларда жойлашиши.

Даври:

яллиғланиш, парчаланиш, тарқалиш;

сўрилиш, зичлашиш, чандикланиш, котиш

Бактерия ажратиши:

А. БК+; Б. БК-

В. Асорати

Кон тупуриш ва ўпкадан кон кетиши, спонтан пневмоторакс, ўпка-юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, оқмалар.

Г. Силни даволагандан кейинги қолдиқ ўзгаришлар

нафас олиш аъзосидаги – фиброзли, фиброз-ўчоқли, буллёз-ди строфик, кальцинатли; ўпка ва лимфа тугунлари, плевропневмосклероз, цирроз, жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳолат;

бошқа аъзолардаги қолдиқ ўзгаришлар.

1994 йилда Саратов шаҳрида бўлиб ўтган Россия фтизиатрларининг II (XII) съездида янги халқаро классификация қабул қилинган.

Соғлиқ билан боғлиқ бўлган касаллик ва муаммоларнинг 10 қайта кўриб чиқилган халқаро статистик кўрсаткичлари бўйича силнинг классификацияси:

Сил (А 15-А 19)

А 15 Нафас аъзолари силининг бактериологик ва гистологик исботнига кўра:

А 15.0 экмада ўсган, ҳам ўсмаган ҳолда бактериологик исботланган ўпка сили

А 15.1 фақат экмада ўсган ҳолдагина исботланган ўпка сили

А 15.2 гистологик исботланган ўпка сили

А 15.3 ноаниқ усулда исботланган ўпка сили

А 15.4 бактериологик ва гистологик исботланган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили

А 15.5 бактериологик ва гистологик исботланган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили

А 15.6 бактериологик ва гистологик исботланган сил плеврити

А 15.7 бактериологик ва гистологик исботланган нафас аъзоларининг бирламчи сили

А 15.8 бактериологик ва гистологик исботланган нафас аъзолари сили

А 15.9 бактериологик ва гистологик исботланган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили

А 16 Нафас аъзолари силининг бактериологик ва гистологик исботланмаганлигига кўра:

А 16.0 бактериологик ва гистологик текшириш натижалари манфий бўлган ўпка сили

А 16.1 бактериологик ва гистологик текшириш ўтказилмаган ўпка сили

А 16.2 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ўпка сили

А 16.3 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили

А 16.4 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили

А 16.5 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган сил плеврити

А 16.7 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган нафас аъзоларининг бирламчи сили

А 16.8 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган нафас аъзолари сили

А 16.9 бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ноаник жойлашган нафас аъзолари сили

А 17+ Асаб тизими сили

А 17.0+ сил менингити

А 17.1+ мия пардалари туберкуломаси

А 17.8+ асаб тизимининг бошқа жойларида жойлашган сил

А 17.9+ ноаник жойлашган асаб тизими сили

А 18 Бошқа аъзолар сили

А 18.0+ Суяк-бўғим сили

А 18.1+ сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар сили

А 18.2 периферик лимфоаденопатик сил

А 18.3 ичак, қорин парда ва чарви лимфа тугунлари сили

А 18.4 тери ва тери ости ёғ қавати сили

А 18.5+ кўз сили

А 18.6+ қулоқ сили

А 18.7+ буйрак усти бези сили

А 18.8+ бошқа аъзоларда аниқланган сил

А 19 Милиар сил

А 19.0 бир жойда жойлашган ўткир милиар сил

А 19.1 кўп жойда жойлашган ўткир милиар сил

А 19.2 ноаник жойлашган ўткир милиар сил

А 19.8 милиар силнинг бошқа шакллари

А 19.9 ноаник жойлашган милиар сил

Сил интоксикацияси турли хил аъзолар ва тизимлар фаолиятининг бузилиши билан характерланади. Бу кўпинча сил инфекцияси юккандан кейинги “вираж” даврида ёки у аниқланмасданок рўй бериши мумкин. Сил интоксикацияси клиник кечиши бўйича икки кўринишда бўлади:

- силдан захарланишнинг барвақт даври;
- силдан сурункали захарланиш.

Сил интоксикациясининг барвақт даврида ҳар-хил аъзолар фаолиятининг бузилиши кузатилиб, биринчи навбатда, асаб тизими функцияси бузилади ва асабийлик, инжиклик, йиғлокилик, уйқунинг бузилиши, бош оғриши белгилари билан намоён бўлади. Булардан ташқари тез чарчаш, тана ҳароратининг кўтарилиши ва иштаҳанинг камайиши кузатилиши мумкин. Бўйин, жағ ва қўлтиқ ости лимфа тугунларининг катталашиси силдан захарланишга хос бўлиб, уларнинг катталиги 5-8 мм гача, юмшоқ, эластик ҳолда бўлади. Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенологик текширишда одатда специфик ўзгаришлар аниқланмайди.

Сил интоксикациясининг сурункали кечишида ҳам юқорида қайд этилган белгилар узоқ вақт сақланиб қолади, натижада бола организмга ва умумий аҳволига сезиларли салбий таъсир кўрсатади. Одатда бундай болалар кам ҳаракат, кучли эмоцияли, лекин маълум вақт ўтгач, асаб тизими тормозланиб, акс ҳолат рўй беради. Бола ҳаёли паришон, бўшашган бўлади ва тез чарчайди, вақти-вақти билан боши оғриб, тана ҳарорати 37.2-37.4°C гача кўтарилиб туради. Қон-томир ва юрак тизимида шикоятлар пайдо бўлади. Кўпчилик бундай болалар юрак атрофида оғрик сезаётганликларидан шикоят қилади. Бемор озиб кетади, тери ранги ўзгаради ва тенгдошларига нисбатан жисмоний ривожланишдан орқада қолади. Асосий белгилардан бири периферик лимфа тугунлари майда бўлса-да, қаттиклашади (микрополиаденит), баъзиларининг бир-бири ва атроф тўқималар билан ёпишиб кетганлиги аниқланади. Периферик лимфа тугунларидан пункция қилиб олинган биоптат цитологияси текшириб кўрилганда, лимфоид ва эпителиоид хужайрали бўртмачалар, баъзан майда казеоз-ириш жараёни, атрофида фиброз ўзгаришлар борлиги аниқланади. Ўпка рентгенологик текширилганда, бундай беморларнинг деярли ярмида ўпка илдири атрофида плевранинг қаттиқлашиши каби турли ўзгаришлар аниқлаши мумкин. Сил интоксикациясини аниқлашда Манту, баъзан Кох синамаларидан фойдаланилади.

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили (сил бронхоаденити)

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг паратрахеал, бифуркацион, трахеобронхиал, бронхопульмонал турлари фаркланади ва улар сил билан зарарланиши мумкин. Ҳозирги вақтда бронхоаденитларнинг икки тури учрайди.

1. кичик (майда) кўринишдаги бронхоаденит (кўпроқ учрайди);
2. яққол кўринишдаги бронхоаденит:
 - а) яллиғланган;
 - б) ўсмасимон (тумароз).

Сил бронхоаденитининг клиник ва рентгенологик белгилари морфологик ўзгаришларнинг яққоллиги ва лимфа тугунларининг қайси гуруҳи зарарланганлигига қараб турлича бўлиши мумкин. Касаллик ўтқир, тана ҳароратининг кўтарилиши, қатгарок ёшдаги болаларда, ўсмирлар ва катталарда эса кўпинча секин-аста бошланиши мумкин. Бронхоаденитда беморларни жарангли (икки хил тондаги), баъзан эса кўк йўтал касаллигида эшитиладиган йўтал безовта қилади. Баъзан бронхиал астмага ўхшаш нафас сиқилиши, яъни унинг чиқиши қийинлашиши (экспиратор нафас сиқилиши) кузатилиши мумкин. Бу белгилар сил бронхоаденитининг қатта кўринишларига хос бўлиб, унинг кичик кўринишларида кузатилмайди. Кўкрак ичи лимфа тугунлари ичкарида ўпка илдишларида, юрак ва қон томирлар орқасида жойлашганлиги

сабабли, рентгенологик текширганда доим, айниқса,, унинг кичик кўринишдаги хилида аниқланмайди. Шунинг учун ушбу текширишнинг турли усулларида фойдаланиш зарур. Бронхоаденитнинг рентгенологик манзараси патологик жараённинг яққоллиги билан узвий боғлиқ. Унинг кичик кўринишида ўпка расми ҳамда илдизи сояси шаклининг бузилиши ва структурасининг ўзгариши характерли. Бунда кўкс оралиғи аъзолари сояси катталашиб, юкори қисми аниқ кўринади, юрак ўнг бўлакчасининг сояли шакли бузилиб, ўтмас бурчак шаклига киради, трахеянинг бронхга ўтиш бурчаги тоқ вена атрофида тўлишган бўлиб кўринади. Чап томонда эса юрак чап қоринчаси ёки ўпка артерияси ёйи шакли ўзгаради. Юрак бели аъсилашиб, чегараси равонлашиб боради. Сил бронхоаденитининг яққол (катта) турида ренгенографияда ўпка илдизининг яллиғланганлиги, катталашганлиги, чегарасининг ноаниқлиги аниқланади, ўпка илдизидаги қон томирлар ва йирик бронхлар сояси кўринмай қолади. Ўсма шаклидаги бронхоаденитнинг ташқи чегаралари аниқ, атрофида яллиғланиш белгилари бўлмайди.

Бирламчи сил комплекси

“Бирламчи комплекс” деган атамани биринчи марта Ранке таклиф қилган бўлиб, у ўпкадаги бирламчи ўчоқ, ундан ўпка илдизи томон йўналган лимфа томирларининг яллиғланиши (лимфонгит) ва ўпка илдизидаги лимфа тугунларининг зарарланишини назарда тутган. Бирламчи сил комплекси тўлиқ шакллангандан кейин, унинг кечиши икки хил кўринишда бўлиши мумкин:

- сил жараёнининг равон кечиши;
- сил жараёнининг асоратлар билан кечиши.

Касаллик қандай бошланишидан қатъи назар, беморни кўздан кечирганда силдан заҳарланиш белгилари ва бир қанча гуруҳ лимфа тугунларининг катталашгани аниқланади. Улар пайпасланганда, бемор озроқ оғрик сезиши мумкин. Тугунлар бир оз катталашган, аммо атрофдаги тўқималарга ёпишиб кетмаган. Ўзгариш кўпинча бирламчи комплексга дучор бўлган томонда яққолроқ аниқланади. Кўкрак кафаси туккуллатиб кўрилганда, ўпканинг зарарланган қисми устида бўғиқ товуш аниқланади, эшитилганда нафаснинг дағаллашгани ва майда нам хириллашларни аниқлаш мумкин. Беморни йўталтириб ундан сўнг эшитганда улар яққолроқ сезилади. Бирламчи сил комплексига дучор бўлган беморларни рентгенологик текширганда, босқичма-босқич кечувчи 3 давр кузатилади.

1. Яллиғланиш даври – бунда ўпканинг бирор қисмида (кўпинча нафас олишда фаол қатнашувчи бўлагиди) кўриниши хар хил бўлган уч бурчак ёки аниқ шаклга эга бўлмаган, ўпка илдизи билан бирлашиб кетган, интенсив ёки интенсивлиги паст бўлган соя аниқланади;

2. Яллиғланишнинг сўрилиш ва қаттиклашиш даври – бунда бирламчи сил комплекси соясининг чегаралари аниқ бўлиб, ҳажми кичраяди,

интенсивлиги ошади. Болаларда ўпка ва лимфа тугунлари яққол аниқланади, катталарда эса кейингиси яхши (ҳатто КТ ёрдамида ҳам уларни аниқлаш қийин) аниқланмайди;

3. Бирламчи сил комплексининг қаттиклашиш, яъни петрификация даври – одатда касаллик бошланишидан 10-12 ой ўтгач юзага келиб, 2-3 йилгача давом этиши мумкин. Бунда Гон ўчоғи ёки ўчоқлари ташкил топади.

Бирламчи сил ташхисида рентгендиагностика билан бир қаторда Манту, Кох синамаларининг аҳамияти жуда катта.

Ўчоқли сил

Ўчоқли сил унинг иккиламчи турининг эрта шакли ҳисобланади. У амалиётда кўп учровчи ўпка, нафас йўллари ва бошқа қатор касалликлар ниқоби остида кечганлиги сабабли, УАВ фаолиятида кўп учрайди. Ўз вақтида аниқланмаган ҳолларда силнинг бу шакллари эпидемиологик томондан хавфли бўлган сурункали деструктив шаклларга ўтиб кетади. Ўчоқли сил клиник манзарасини жараённинг тарқалганлиги, ундаги яллиғланиш ҳолати ва характери белгилайди. У белгиларсиз аста-секин ривожланиб борадиган кам белги, баъзи ҳолларда ўткир кечиши мумкин. Унинг асосида юмшоқ ўчоқлар ётган эволютив сил шакллари захарланиш белгилари билан намоён бўлади. Беморларда 10-12 кун давомида ҳароратни субфебрил даражада кўтарилиши, вегето-томир дистонияси, кўп терлаш, баъзан тахикардия, иштаҳа камайиши, чарчоқ, иш қобилиятининг сусайиши кузатилади. Уларда бронх-ўпка касалликлари белгилари кузатилмайди ёки кучсиз ифодаланган бир оз қуруқ йўтал бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда кам миқдорда балғам ажралиши, баъзан ўчоқлар парчаланиши сабабли қон туфлаш содир бўлади. Таъсир этаётган ташқи омиллар (совкотиш, гиперинсоляция, жароҳатланиш ва б.к.) сабабли баъзан ўчоқли сил жадал тус олади ва интоксикация белгилари кучаяди, ҳарорат фебрил даражада анча муқим бўлади. Бундай ҳолларда жараённи ўткир кечаётганлиги ҳақида фикр юритиш лозим. Ундан кейин келиб чиққан парчаланиш балғамли йўталга ва қон туфлашга сабаб бўлади, айрим ҳолларда жараёнга плевранинг тортилиши қўшилиб, доимий бўлмаган оғриқларни келтириб чиқаради.

Ўчоқли сил учун авжланиш ва сўниш даврлари алмашилиб турувчи тўлқинсимон кечиш хос бўлганлиги сабабли жараён қайталанувчи респиратор касаллик - бронхитни эслатади. Ўчоқли силни аниқлашнинг асосий усули рентген текширувидир. Юмшоқ ўчоқли сил кам интенсив, полиморф, чегаралари ноаниқ ўчоқли соялар шаклида кўринади. Парчаланиш бўлганда эса ёруғланиш аниқланади. Бу ҳолда уни рентгенологик жиҳатдан ўчоқли пневмониядан фарқлаш лозим. Балғамни СМБга камида 3 марта текшириш керак. Бронхлар ювиндиси ва суртмасида бактериялар кам ҳолларда (3%) аниқланади. Ўчоқли сил ташхисида

туберкулинга сезгирликни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Манту синамасига нормергик ва гиперергик жавоб камдан-кам ҳолларда аниқланади. Туберкулинга сезгирлик кучсиз бўлганда (агар фаол силнинг бошқа белгилари бўлмаса), Кох синамаси кўйилади. Периферик қон таҳлилининг аҳамияти кам, одатда ЭЧТ бир оз кўтарилган ёки кам ҳолларда лейкоцитлар формуласининг чапга силжигани аниқланади.

Тарқок сил

Тарқок сил - касалликнинг кўплаб сил ўчоқлари пайдо бўлиши билан характерланувчи клиник шаклидир. УАВ фаолиятида силнинг ушбу шакли юқумли, нафас тизимининг носпецифик касалликлари, ўпканинг ўткир ва сурункали тарқок жараёни никоби остида учраши мумкин. Патогенетик хусусиятлари ва патоморфологик ўзгаришларнинг турли-туманлиги бу шакл клиник манзарасининг ҳам турлича бўлишига сабаб бўлади. Клиник кечишига кўра унинг ўткир (милиар), ўткир ости ва сурункали шакллари фарқланади. Ўпканинг ўткир тарқок сили клиник белгиларнинг устушлиги ва морфологик ўзгаришларнинг тарқалиш даражасига боғлиқ ҳолда тифоид, ўпка, менингиал шаклларда ва Ландузи тифобациллёзи кўринишида кечиши мумкин. Тифонд шаклида 90% беморларда касаллик бошланишидан 3-5 ой аввал ҳарорат юқори бўлади ва интоксикация белгилари кузатилади. Шу сабабли уни корин тифи ва бошқа юқумли касалликлардан фарқлаш лозим. Беморларда юқори ҳарорат билан бир қаторда, умумий ҳолсизлик, адинамия, бош оғриғи кузатилади. Аммо эпидемиологик анамнез хусусиятлари, продромал давр йўқлиги, ҳарорат чизигининг нотўғри турдалиги, тилнинг оқ қараш билан қопланганлиги, ҳушнинг чалкашлиги, тахикардия, полиаденит, нафас етишмовчилиги белгиларининг динамикада ошиши, милиар силнинг тифоид шаклини корин тифидан касалликнинг биринчи ҳафтасидаёқ ажратиш имкониятини беради. Касалликнинг ўпка шакли яққол интоксикация негизда нафас етишмовчилиги белгилари (ҳансираш, кучайиб борувчи цианоз) устунлиги билан кечади. Ўпканинг ўткир яллиғланиши учун хос бўлган аускультация белгиларининг йўқлиги милиар сил ташхисини кўйиш учун асос бўлади. Милиар силни аниқлашнинг асосий усулларида бири ўз вақтида қўлланиладиган рентгенологик текширишдир. Касалликнинг эрта даврида ўпка майдонларининг бир оз хиралашуви ва ўпка расмининг кучайиши аниқланади. Унинг 10-14-кунларида интенсивлиги паст, контурлари ноаник, 2-3 мм, юқори бўлақлар ва периферияда зич жойлашган ўчоқлардан ташкил топган диссеминация жараёнлари рентгенограммада яхши кўринади, аммо рентгеноскопияда аниқланмаслиги мумкин. Ним ўткир кечувчи тарқок сил секин-аста ривожланади ва зотилжамни эслатувчи яққол ифодаланган интоксикация билан характерланади. Бироқ унинг памоён бўлиш белгилари ва характери кўп ҳолларда жараён ҳажми ва муддатига боғлиқ. Бундай

ҳолатларда ним ўткир сил эпидедемит каби экстраторакал ўзгаришлар билан кечаётганга ўхшайди. Одатда бундай ҳолларда экстраторакал ўзгаришлар касаллик клиникасида устунлик килади, ўпкадаги ўзгаришлар эса кейинги текширишлар натижасида аниқланади. Рентгенограммада ўлчами турлича, паст интенсивликдаги атрофлари ноаниқ ўчоқлар аниқланади. Атрофидаги яллиғланиш соҳалари яқин жойлашган ҳолларда ўчоқлар бирлашиб кетади ва инфильтрация соҳаларини вужудга келтиради. Казеоз марказларнинг бирлашиши ва жараённинг жадаллашиши сабабли, ўпка тўқимаси парчаланиши оқибатида каверна (тешик) ҳосил бўлади. Улар кўпинча иккала томонда, ўмовлар остида симметрик жойлашади.

Ташхислаш ёки даволашдаги хатолар жараённинг сурункали шаклга ўтишига сабаб бўлади. Касаллик авжланиш ва сўниш давлари алмашилиб турувчи тўлкинсимон кечишга ўтади. Рентген текширувда кўкрак қафаси деформацияси, ковуғалараро оралиқнинг юкори қисмининг торайиши ва пастки қисмининг кенгайиши, плевра калинлашиши, иккала ўпкада турли характердаги симметрик бўлмаган ўчоқлар парчаланиш туфайли вужудга келган ёруғланиш соҳалари аниқланади. Баъзан каверналарни аниқлашга пневмо, перибронхиал ва периваскулар склероз халақит беришини унутмаслик лозим.

Яллиғланган сил - ўпка атрофида яққол ифодаланган ва перифокал яллиғланиш бўлган казеоз фокуслар бўлиши ва ўткир динамик кечиш билан характерланади.

Казеоз-некротик фокуслар тарқалганлиги ва характерига боғлиқ ҳолда инфильтратив силнинг қуйидаги клиник-рентгенологик турлари фарқланади: чегараланган яллиғланган сил шакллари - лобулар (бронхолобулар) инфильтрат, асман юмалоқ инфильтрати, булутсимон инфильтрат. Кенг тарқалган яллиғланган сил шакллари - перициссурит, лобит, казеоз зотилжам. Чегараланган инфильтратлар асосан кам белгилар ёки уларсиз кечади, баъзан ўткир кечиши ҳам мумкин. Чегараланган инфильтратларнинг асосий белгиси кам ёки ўртача ифодаланган интоксикация бўлиб, унинг аста-секин ривожланиши негизида кўпинча тонгги кучсиз йўтал пайдо бўлади. Кейинчалик шиллик ёки шиллик-йирингли балғам ажралади. Қон туфлаш ва жараён плеврага тарқалган ҳолларда оғриқлар (кам ҳолларда) кузатилиши мумкин. Объектив текширувда беморнинг умумий аҳволи қониқарли. Заҳарланиш билан боғлиқ ҳолсизлик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, рангпарлик, бир оз вазн етишмовчилиги, гиподинамия, кечаси доимий бўлмаган иситма кузатилиши мумкин.

Кенг инфильтратларга ўткир бошланиш ёки аста-секин ривожланувчи белгилар хос. Яққол ифодаланган интоксикация белгиларидан ташқари балғамли йўтал аниқланади. Шунингдек, кўкрак қафаси оғриқлари, қон туфлаш, қон кетиш қўшилиши мумкин, ҳарорат доим баланд бўлади. Беморлар объектив текширилганда, тана вазни камайиб кетиши, рангпарлик,

шикастланган томонда кўкрак қафасининг нафас олишда орқада қолиши аниқланади. Перкуссияда шикастланган соҳа проекциясида бўғиклашган перкутор товуш, аускультацияда кучсиз везикуляр, бронхиал ёки қаттик нафас, чегараланган инфильтратларга қараганда кўпроқ хириллашлар эшитилади. Улар одатда майда пуфакчали ва жарангсиз бўлади. Ҳозирги даврда дастлаб аниқланган силнинг 42%ни унинг инфильтратив шакли ташкил қилади ва турли хил касалликлар никоби остида кечади. Шу сабабли УАВ ўз фаолиятида силнинг ушбу шакли билан кўпроқ тўқнашади ва айрим ҳолларда хатоларга йўл қўяди. Бу эса ўз навбатида ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. Ташхислашда йўл қўйилган хатолар тўлиқ йиғилмаган анамнез, балғамни СМБга синчковлик билан текширмаслик, рентген текширишларни кеч қўллаш билан боғлиқ.

Ўпка туберкуломаси

Узоқ муддат сурункали кечувчи диаметри бир см дан катта бўлган шарсимон ёки овал шаклидаги, атрофи қўшувчи тўқимали қобик билан ўралган казеозли некротик масса ўпка туберкуломаси деб аталади. У кўпроқ 20-40 ёшли шахсларда учрайди. Ўпка сили биринчи марта аниқланган беморлар орасида 6-10% ни, ушбу касаллик бўйича диспансер ҳисобида турувчиларнинг 10-12% ни ўпка туберкуломаси ташкил этади. Клиник кечинишга қараб туберкулома уч турга бўлинади: белгиларсиз ёки жуда кам белгилар билан кечувчи – стационар хили, авжланиб борувчи – силдан заҳарланиш белгиларини яққол намоён бўлиши билан, касаллик белгилари сўниб борувчи тури.

Турли манбаларда таъкидланишича, туберкулома 24% дан 50% ҳолларгача клиник белгиларсиз кечади. Шунинг учун беморларнинг деярли ярми флюорография ёки рентгенография гекширувидан ўтказилаётганда аниқланади. Касалликнинг авжланиш даврида беморларни кўкракда оғрик, курук ёки бир оз балғам ажралиши билан кечувчи йўтал, ҳолсизланиш, иштаҳанинг йўқолиши, тана ҳароратининг 37,5 – 37,8 °С гача қўтарилиши безовта қилади. Тахминан 8-10% беморларда кон тупуриш кузатилиши мумкин. Аускультация белгилари ҳам туберкуломанинг даврига, катта ва кичиклигига боғлиқ. Туберкулома диаметри 1-2 см бўлса кичик, 2-4 см бўлса ўртача, 4-6 см бўлса катта ҳисобланади. Баъзан у жуда йирик 8-10 см бўлиши мумкин. Ўлчами катта бўлса, бемор кўкрак қафаси перкуссиясида бўғик товуш, аускультацияда секин нафас аниқланади. Туберкуломанинг яллиғланиш ёки йиринглаш даврида кам миқдорда хириллашлар эшитилиши мумкин. Силнинг бу шакли асосан кўкрак қафасини рентген текшириш ёрдамида аниқланади. Туберкуломанинг рентгенологик кўриниши хилма-хил бўлиб, унинг морфогенизига (келиб чиқишига) боғлиқ. Кўпинча думалоқ, атроф чегаралари аниқ, бир оз ғадур-будур ёки текис фокуслар кўринишида бўлади.

Ўпка силнинг деструктив - кавернали шакллари

Кавернали ўпка сили - атрофидаги тўқиманинг кам яллиғланиши ёки усиз кечувчи, фиброз ўзгаришлар ва сил ўчоқлари бўлган ҳамда яққол клиник белгилар кузатилмайдиган юпка деворли кавернанинг мавжудлиги билан характерланади. Унинг келиб чиқиш патоморфози қайси кўринишда бўлмасин каверна ўпка сили бошқа кўринишларини (яллиғланган, ўчоқли, тарқалган ва бошқалар) клиник ва морфологик жиҳатдан салбий кечиши оқибати ҳисобланади. Унинг клиник кечиши ва белгилари турли хил кўринишда бўлиши мумкин. Беморнинг ташқи кўриниши аксарият ҳолларда деярли ўзгармайди. Силдан захарланиш белгилари мўътадил (ўртача) бўлади. Улар одатда бир оз тинка қуришига, чарчаш, иш қобилияти ва иштаҳанинг пасайишига, кечалари терлаш, кечқурунлари тана ҳароратининг бир оз кўтарилишига, баъзан йўтал ва кам миқдорда балғам ажралишига шикоят қиладилар. Баъзан кон туфлаш кузатилиши, кўкракнинг у ёки бу қисмида бир оз оғрик сезгилари бўлиши мумкин. Аускультацияда оҳиста нафас бронхнал, баъзан эса амфорик товуш ва 50% беморларда майда ва ўрта пуфакли нам хириллашлар, катта каверна устида фонендоскоп кўйилганда эса сичқон чийиллашнинг эслатувчи товуш эшитилади. Бемор қонида кўп ҳолларда ўзгаришлар кузатилмайди, ЭЧТ 20-30 мм/с гача ошиши мумкин. Бемор балғамида сил таёқчалари ва альвеолар типдаги эластик толалар аниқланади. Аммо сўнгги йилларда кавернали ўпка силига чалинган беморлар балғамида сил таёқчалари кам миқдорда аниқланмоқда, шунинг учун материални ҳар хил усулларда кўп марта қайта-қайта текшириш зарур. Кўкрак қафаси рентгенографиясида аксарият ҳолларда ўпканинг юқори қисмида деворлари нисбатан юпка думалоқ ёки овал шаклидаги ҳалқасимон соя аниқланади. Унинг пастки қисмида баъзан юза кўринишида бир оз суюқлик кўринади. Ҳалқасимон соя атрофидаги ўпка тўқимасида кўп ҳолларда ўзгариш бўлмаса ҳам, баъзан янги сил ўчоқларини аниқлаш мумкин.

Фиброз-кавернали ўпка сили

Фиброз-кавернали ўпка сили сурункали жараён бўлиб, унинг девори ва атрофидаги ўпка тўқимасида, плевра каватларида яққол аниқланувчи фиброз чандикли ўзгаришлар, бронхлар орқали тарқалган кўп миқдордаги сил ўчоқларининг мавжудлиги билан характерланади. Унинг асосий сабаби сил касаллигининг кеч аниқланиши ва нотўғри даволаш ҳамда ёндош касалликлар туфайли деструктив жараёнларнинг чуқурлашиб кетиши ҳисобланади.

Фиброз-кавернозли ўпка сили кечиши ва патоморфологик ўзгаришларидан келиб чиқиб, қуйидаги клиник турларга бўлинади:

→ нисбатан турғун, чегараланган фиброз-кавернозли ўпка сили;

- ✦ ривожланиб борувчи фиброз-кавернозли ўпка сили;
- ✦ асоратланган фиброз-кавернозли ўпка сили.

Нисбатан турғун фиброз-кавернозли сил ўпкада бир ёки икки кавернанинг мавжуд бўлиши, фиброз ўзгаришларнинг нисбатан устунлик қилувчи жараёни билан характерланади. Бу жараён кўпинча диспансер кузатувида бўлган ва ўз вақтида химиотерапия олган беморларда кузатилади. Ривожланиб борувчи фиброз-кавернозли ўпка силининг ремиссия даврида беморларда бир оз балғамли йўтал, кўкрак қафаси деформацияси сақланади. Авж олиш даврида эса юқоридаги белгилар кучаяди, ҳарорат 38 °С гача кўтарилади. Бемор кўздан кечирилганда, унинг анча озиб кетганлиги, юз териларида ажинлар кўплиги, кўз нурунинг хиралашиши, терининг қуруқлиги, мушакларнинг гипотрофияси, ўмров суяги устки ва пастки чуқурчаларининг яққол кўзга ташланиши, қовурға оралигининг тортилганлиги ва торайганлиги, кўкрак қафасининг яссилангани, касал томоннинг нафас олишда орқада қолиши аниқланади. Асоратланган фиброз-кавернозли ўпка силида ўпка юрак етишмовчилиги ривожланиши, ҳансираш, кучайиб борувчи тахикардия, кейинчалик аритмия, қўл ва оёқлар шиши кузатилиши мумкин. Объектив кўрикда акроцианоз аниқланади. Ўпка устида қисқарган перкутор, катта каверналар устида эса қутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда турли-туман қуруқ ва нам хириллашлар, амфорик нафас эшитилади. Рентгенограммада бир ёки иккала ўпкада ҳалқасимон шакли нотўғри, деворлари қалин, интенсив соялар аниқланади.

Цирротик сил

Цирротик сил – касалликнинг иккиламчи клиник шакли бўлиб, ўпкада яққол фиброз ўзгаришлар ривожланиши, тиркишсимон каверналар ва қобикланган ўчоқлар сақланиши ҳамда сурункали тўлқинсимон кечиш билан характерланади. У силнинг фиброз-кавернали, парчаланиш ҳажми катта бўлган инфилтратив ва сурункали тарқоқ шаклларининг салбий оқибати, баъзан ателектазлар натих:асида юзага келиши мумкин. Сурункали кечган, монанд даволанмаган экссудатли плеврит, спонтан пневмоторакс ва пневмоплевритлар плевроген цирротик сил вужудга келишига сабаб бўлади. Ремиссия даврида касаллик аломатлари кузатилмайди. Тез-тез авжланувчи цирротик сил учун қисқа вақтли ремиссиялар, даволаш қийин бўлган авжланишлар хос.

Кўпинча специфик ва носпецифик флоранинг фаоллашуви билан боғлиқ бўлган касалликнинг қўшимча авжланиши кузатилади. Бу шаклда кучайиб борувчи нафас етишмовчилиги, ҳароратнинг 38 °С гача ва ундан юқори кўтарилиши, кўп терлаш, ҳолсизлик ва балғамли йўтал аниқланади. Ўпканинг шикастланган томони нафас ҳаракатида орқада қолади, улар устида перкутор товуш калталашган, аускультацияда суст ёки

бронхиал нафас негизда кўплаб курук ва нам хириллашлар эшитилади. Цирротик сил рентгенологик манзарасига касал ўпка ҳажми кичрайиши, интенсив гомоген бўлмаган соя мавжудлиги, кўкс оралиғи соясининг касал томонга силжиши, ўпка илдизи деформацияси ва юқорига тортилиши, диафрагманинг кўтарилиши, иккинчи ўпкада бронхоген таркалиш ўчоқлари, баъзан фокусли ўчоқлар ва каверналар бўлиши хос.

Сил плеврити

Ўпкани ўраб турган париетал ва висцерал плевра варақларининг специфик яллиғланиши сил плеврити деб аталади. Нафас аъзолари силига дучор бўлган беморлар орасида сил плеврити 3-6% ни, диспансер ҳисобида турувчилар орасида эса 2-3%ни ташкил этади. Силдан умумий ўлганларнинг 1-2% га яқини плевритдан (йирингли плеврит) нобуд бўлади. Келиб чиқишига кўра сил плевритининг аллергик ва перифокал; жойлашиши бўйича чўққи, костал, медиастениал, диафрагмал, бўлақлараро, бир томонлама, икки томонлама; таркалиш жараёни бўйича эса тотал, субтотал, чегараланган турлари фарқланади. Клиник белгиларига кўра фибринозли (курук) ва экссудатли (нам) плевритлар бўлиши мумкин. Плевра ичидаги суюқлик характериға кўра серозли, сероз-фибринозли, геморрагик, эозинофилли, холестеринли, хилозли, йирингли, аралаш; клиник кечиши бўйича: ўткир, ўткир ости, кайталанувчи, сурункали, энгил ва оғир кечувчи плевритлар тафовут этилади. Сил плевритининг клиник кечиши қуйидагиларга боғлиқ:

- жараённинг жойлашган жойига;
- экссудат характериға;
- экссудатнинг тўпланиш тезлигиға;
- организмнинг индивидуал реактивлигиға.

Фибриноз плеврит одатда кўкрак қафасининг у ёки бу қисмида оғрик билан бошланади. Беморнинг тана ҳарорати субфебрил даражагача вақти-вақти билан кўтарилади, холсизланади, иштаҳаси йўқолади. Оғрикнинг жойлашиши плевра варақларидаги яллиғланишниг жойлашган ўрниға боғлиқ. Костал плевритда бемор оғрикни кўкрак қафасининг четки ёнбош қисмида сезади. Медиастенал плевритда оғрик стенокардия ёки миокард инфарктини эслатади. Бўлақлараро плевритда бемор III ва IV ковурағаларнинг умуртқаларға (умуртқа поғонаси олди оғрик нуқтаси) ҳамда IV, V, VI ковурағаларнинг тўш суягиға бириккан жойларида (олдинги-пастки оғрик нуқтаси) оғрикқа шикоят қилади. Диафрагмал плевритда эса белбоғсимон оғрик кузатилади. Баъзан қориннинг юқори қисмида, холецистит, аппендицит каби қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликлари клиник белгиларини эслатувчи ҳолат кузатилиши мумкин. Апикал плевритда касаллик белгилари плекситға ўхшаб кетади. Трапёциясимон ва дельтасимон мушакларнинг таранглашиши ва текканда оғрикнинг

кучайиши (Штерн ва Паттенжер-Воробьёв белгилари) плевра варақларида яллиғланиш борлигини тасдиқлайди.

Экссудатли плеврит одатда 2-3 ҳафта давомида захарланиш белгилари билан бошланиб, тўсатдан тана ҳарорати кўтарилиб кетади. Баъзан эса касаллик тана ҳароратининг 38-39 °С гача кўтарилиши билан кечиб, бемор касал томонини босиб ётишга ҳаракат қилади. Кўкрак қафасини кўздан кечирганда, зарарланган томон нафас олишда орқада қолади. Пальпацияда овоз дириллаши пасайганини, перкуссияда ўпка овози бўғиқлиги аниқланади. Ўпка экскурсияси чегараланган, аускультацияда зарарланган соҳа устида нафас эшитилмайди ёки сусайган везикуляр нафас эшитилади. Баъзан нам хириллашлар бўлиши мумкин. Сил плеврити мавжудлигини тасдиқлаш учун касаллик ривожланишини таҳлил қилиш ва бошқа аъзоларда сил бор-йўқлигини аниқлаш лозим. Плевритни аниқлашда кўкрак қафаси рентгенографияси ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Сил плевритини даволаш: антибактериал, патогенетик, симптоматик даво чоралари ва жароҳлик амалиётидан фойдаланилади.

Сил менингити

Сил менингити – бош ва орқа мия пардалари (юмшоқ, тўрсимон, камдан-кам қаттиқ) нинг сил билан специфик зарарланишидир. Менингит 50% ҳолларда ўпка ёки кўкрак ичи лимфа тугунлари сили билан биргаликда ва 1/3 қисми тарқок сил негизида кечади. Ҳозирги вақтда 25-30% беморларда сил менингити аниқланади.

Сил менингитининг клиник кечиши қуйидагиларга боғлиқ:

- жараённинг жойлашган жойига;
- экссудат характериغا;
- экссудатнинг тўпланиш тезлигига;
- организмнинг индивидуал реактивлигига.

Касаллик 70% беморларда аста-секин ривожланади ва қуйидаги даврларни ўз ичига олади. *Биринчи давр* – продромал. Давомийлиги 1-4 ҳафтагача. Клиникаси: тез чарчаш, таъсирчанлик, уйқучаълик, апатия, иштаҳанинг йўқолиши, йиғлоқилик, доимий бўлмаган бош оғриғи, уни ёруғлик ва шовқинда кучайиши, тана ҳароратининг 1-2 соатга кўтарилиши, қабзиятга мойиллик. *Иккинчи давр* – касалликнинг ривожланган даври. Продромал даврдаги белгиларнинг кучайиши. Доимий бош оғриғи, менингиал белгиларнинг (энса мушакларининг ригидлиги, Кернинг, Брудзинский симптоми) ривожланиши, иккинчи ҳафтадан – (одатда, 1-ни охири ва 2-ни бошлари) базал неврологик белгиларнинг (кўпинча III ва VI, кам ҳолларда VII ва VIII жуфт бош мия нервлари зарарланади) қўшилиши. 2-ҳафта охирида жараён мияча ва узунчоқ мия соҳаларига тарқалади, унга бульбар нервлар (IX, X, XI жуфт) ҳам қўшилади ва беморда ютишнинг қийинлашиши, овқатланишда қалқиб кетиш, афония ва дизартрия,

ҳикичок, нафас олиш ва ритмнинг бузилиши, глоссоплегия кузатилади. *Учинчи давр* - терминал. Касалликнинг 3-ҳафтаси охирига тўғри келади ва жараён менингоэнцефалит босқичига ўтади, беморда ўчоқли белгилар (пирамидал, парез ва параличлар – пастки монопарез, парапарез) пайдо бўлади. Юқоридаги белгилар бош мияда тарқалган васкулит ва тошмали бўртмачаларни келтириб чиқаради. Ривожланувчи эндоартериит ва бош мия томирлари тромбози натижасида ишемик инсульт ривожланиши мумкин. 3-ҳафта охирида сувсизланиш ривожланади, ётоқ яралар пайдо бўлади ва нафас, қон томир ҳамда ҳаракат марказлари параличи туфайли ўлим содир бўлади.

Сил менингити ташхисида қуйидагиларга аҳамият бериш керак:

▶ касаллик ривожланишини таҳлил (сил менингити учун ўткир ости ривожланиш хос) қилиш;

▶ бошқа аъзоларда сил бор-йўқлигини аниқлаш;

▶ орқа мия суюқлигини таҳлил қилиш;

▶ кўз тубини (50 % беморларда - кўрув нерви дискининг шиши, 4,5% беморларда специфик сил хориоретинити кузатилади) текшириш.

Люмбал пункцияда қуйидагилар аниқланади: босим (меъёрида – 100-200 мм сув устуни) – 200-400 мм сув устунидан юқори, цитоз (меъёрида нормада – 1 мкл да 10 тагача ҳужайра) – 1 мкл да лимфоцитар устунлик билан, кузатилувчи 200– 400 гача ҳужайра. Умумий оксил (меъёрида – 0,22 – 0,33 г/л) – 0,6 – 3,0 г/л. Глюкоза (меъёрида – 2,22 – 3,33 ммоль/л - 40 – 60 мг %) – 40 – 60 мг % дан кам. Хлоридлар (меъёрида – 700 - 750 мг %) – 500 - 600 мг %гача пасайган бўлади. Орқа мия суюқлигида меъёрида фибрин парданинг ҳосил бўлиши кузатилмайди. Сил менингитида бир кун давомида (12-24 соатдан кейин) ўртача 40-50% беморларда фибрин парда пайдо бўлади. СМБ 10-20% беморлар орқа мия суюқлигини бактериоскопик текширганда ҳамда уни экканда аниқланади.

Сил менингитида химиотерапия DOTS 1 ёки 2 тоифада ўтказилади. Биринчи тоифанинг кувватловчи даврида – 7 HR (7 ой давомида изониазид билан рифампицин дори воситаларини қўллаш):

• глюкокортикоидлар;

• дегидратация;

• 10-15 мл суюқлик чиққунча люмбал пункция;

• (1-ҳафтада 2 марта, кейин 1 ой давомида – ҳафтада 1 марта);

• кейин ликвор нормаллашгунча 2 ҳафтада 1 марта ёки ойда 1 марта, кейинчалик кўрсатма билан;

• болаларда менингиал белгилар йўқолгандан кейин 2-3, катталарга 1.5-2 ойдан сўнг ўтиришга рухсат берилади, 3-4 ойдан кейин хонада юриш мумкин бўлади.

Сил менингитининг прогнози: ўз вақтида даво чоралари бошланганда 1-2 ҳафтadan кейин беморнинг умумий аҳволи яхшиланади, бош оғриқлари камаяди, қайт қилиш тўхтайдди. 3-4 ҳафталардан сўнг менингиал синдром

ривожи камаяди ва 2-3 ойлардан кейин унинг белгилари йўқолади, кўз туби нормалашади. 1-6 ой ораллигида бош мия жуфт нервлари иннервацияси тикланади. 5-6 ойларда ликвор меъёрига келади. Ўчоқли белгилар аста-секин камайса ҳам, айримлари тургун сақланиб қолади.

Силга қарши ўтказиладиган чора-тадбирларда умумий амалиёт врачлари вазифалари:

1. Сил билан сўриган беморларни аниқлаш;
2. Сил касаллигига шубҳа қилинганда, зарур тадбирларни ўз вақтида бажариш;

3. Ўз вақтида беморни фтизиатр-врач кўригига юбориш, амбулатор даволашни ташкил этиш ва уни назорат қилиш;

4. Профилактика тадбирларини ўтказиш.

Сил касаллигига мойиллик туғдирувчи қуйидаги касалликларга чалинган беморларга алоҳида эътибор берилади:

1. Сурункали носпецифик ўпка касалликлари;

2. Атипик ҳамда қайталанувчи зотилжамлар;

3. Қандли диабет;

4. Сурункали руҳий касалликлар;

5. Наркоманлар;

6. ГКС лар билан узоқ муддат даволанувчилар;

7. ОИТС ва ОИТВ билан оғриганлар;

8. Ошқозон-ичак яра касаллигига чалинганлар.

14 ёшгача бўлган болаларда силни аниқлаш учун 2 ТБли Манту синамаси қўлланилади. Ушбу синамани 552-буйруққа асосан қуйидаги 3 гуруҳда ўтказиш лозим:

- силга мойил болаларда;

- сил касаллигига шубҳа бўлганларда;

- сил билан оғриган беморлар билан мулоқотда бўлганларда.

Қуйидаги ҳолатларда болалар силга мойил ҳисобланадилар:

- ◆ ўткир нафас йўллари касалликлари билан тез-тез касалланиб турадиган, сурункали носпецифик ўпка касалликлари, бронхитлар, қайталанувчи ва сурункали зотилжам билан оғриб турувчилар, руҳий ва эндокрин тизим касалликларига чалинганлар, лимфоаденопатия аниқланганлар;

- ◆ ижтимоий жиҳатдан қониқарсиз оилаларнинг фарзандлари;

- ◆ туберкулин синамалари натижаларидан қатъи назар, (диспансер назоратида бор ёки йўқлигидан қатъи назар) сил инфекцияси мавжуд муҳитда яшовчилар;

- ◆ ҳаётида биринчи мартаба сил билан зарарланган болалар (вираж);

- ◆ аввал сил билан зарарланган ва папула ўлчами 12 мм. ва ундан катта бўлганлар;

- ◆ манту синамасининг ўлчами аввалгига нисбатан 6 мм.га ошса ёки гиперергик реакциялар (17 мм. ва ундан катта) кузатилса.
- ◆ синама натижалари бемор муурожаат қилган даволаш муассасаларида ўрганилади. Синамани уйда қўйиш катъий ман қилинади.
- ◆ фтзиатрга юборишга кўрсатмалар:
- ◆ балғамда ёки бошқа материалда СМБлари топилса;
- ◆ СМБ топилмаса ҳам, сил белгилари ёки рентгенда унга хос ўзгаришлар аниқланмаса (ўпка ва ундан ташқари аъзолар сили);
- ◆ туберкулин синамаси ижобий бўлган болалар (вираж, гиперергик реакциялар, туберкулин синамаларига сезувчанликнинг ошиб бориши);
- ◆ БЦЖдан кейинги эмлашдан сўнг асоратлар (совуқ абсцесс, келлоид чандиқлар, регионар лимфоаденитлар) кузатилса;
- ◆ силга чалинган беморлар билан мулоқотда бўлган шахслар;
- ◆ тўлиқ даволаш курсини тугатган кишилар;
- ◆ силга қарши дориларнинг асоратлари кузатилганда;
- ◆ бемор даволаш тартибини бузганда.

Силга қарши курашувчи диспансерларда назоратда турувчи беморларнинг янги гуруҳлари

1 - нафас аъзолари силининг фаол турлари:

- А) биринчи марта фаол сил аниқланган беморлар, фаоллашган ва қайталанган турлари;
- Б) нафас аъзолари силининг сурункали турлари. Самарасиз даволанган ва А-кичик гуруҳда 10 ойдан кам даволанганлар;
- В) полирезистент сил таёқчаларини ажратувчи нафас аъзолари силининг фаол турлари билан хасталанган беморлар.

2 - нафас аъзолари силининг нофаол турлари (1-гуруҳдан ўтказилганлар):

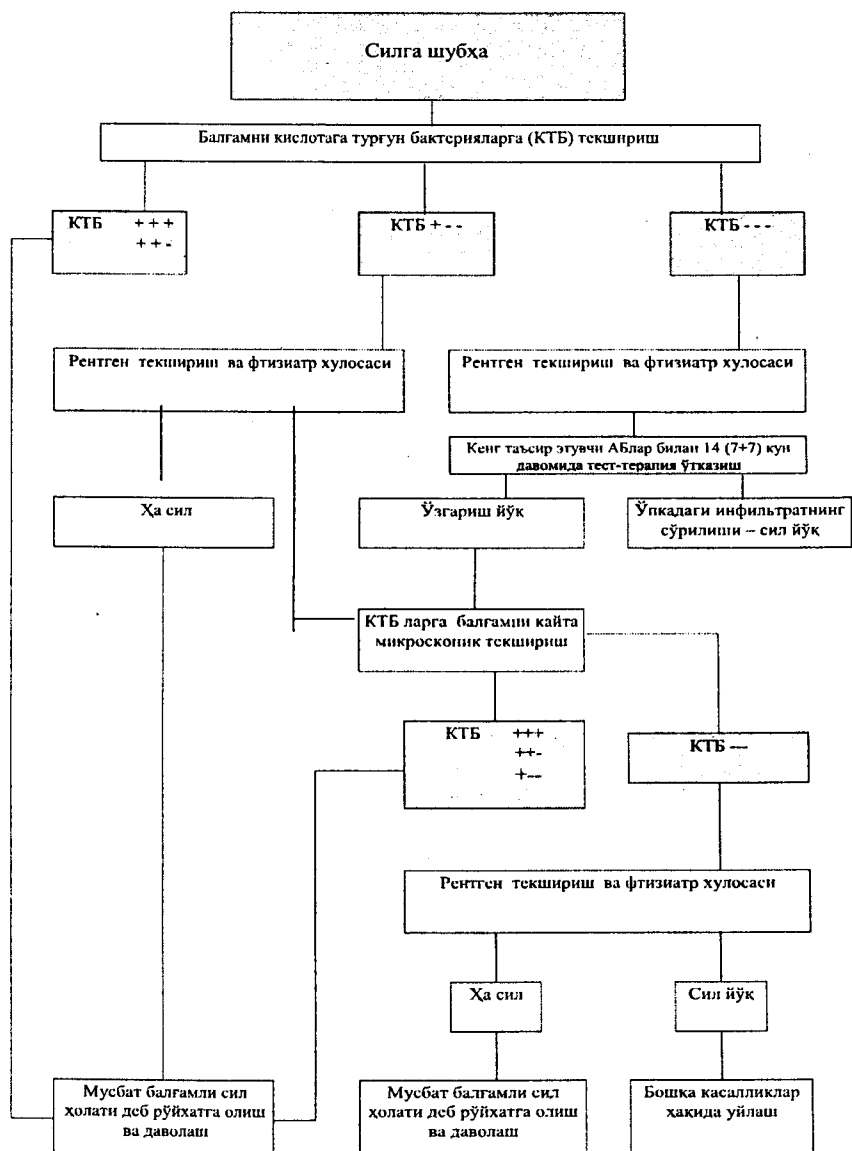
- А) клиник тузалиб кетган, ўпка ва плевра варағларида катта ва ўпкасида кичик қолдиқ ўзгаришлар қолган, бироқ сил касаллигининг авжланишига олиб келувчи омилларга эга бўлган беморлар;
- Б) клиник тузалиб кетган, сил касаллигининг авжланишига олиб келувчи омиллар бўлмаган ҳолда ўпка ва плеврада кичик қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

3 - ўпкадан ташқари аъзолар сили:

- А) ўпкадан ташқари аъзоларда фаол сил аниқланган (биринчи марта фаоллашган ва қайталанган) беморлар;
- Б) ўпкадан ташқари аъзолар силининг нофаол турлари (шу жумладан, биринчи бор аниқланганлар);
- В) ўпкадан ташқари аъзолар силининг клиник тузалиб кетган, аммо катта қолдиқ ўзгаришлари қолган беморлар.

4 - сил касаллигига мойил бўлган кишилар:

Сил касаллигига шубҳа қилинганда ўтказиладиган чора-тадбирларнинг кетма-кетлиги



А) сил микобактерияларини ажратувчи беморлар ёки кишлоқ хўжалик ҳайвонлари билан алоқада бўлган катта ёшдагилар, ўсмирлар ва болалар;

Б) кох микобактерияларини ажратмайдиган ўпканинг фаол сили билан хасталанган беморлар билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар;

В) туберкулин синамасига биринчи бор мусбат (вираж) ёки гиперергик мусбат жавоб берган болалар ва ўсмирлар. Силга қарши эмлаш (БЦЖ) ўтказилганда асоратлар кузатилган болалар.

ДОТС дастури

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида силга қарши курашиш тадбирлари сифатини ошириш мақсадида ЖССТ тавсия этган ДОТС (directly observed treatment with short course)га асосланган ишчи дастур амал қилмоқда. Бу дастурга асосан амбулатор давони ташкил қилиш ва назорат даврида ҳар бир беморга ТБ 01 тиббиёт картаси расмийлаштирилади ва у тумандаги сил билан касалланганларни рўйхатга олиш ТБ 03 дафтарига қуйидаги схемага мувофиқ равишда ҳисобга олинади. ТБ 01 тиббиёт варақасида бемор ҳақида қуйидаги маълумотлар қайд этилади: касаллик тоифаси, даволаш режаси, тавсия қилинган дорилар миқдори, даволанишдан олдинги ва кейинги балғамни текшириш натижалари, жадал ва қўллаб-қувватлаш даврдаги дорилар тавсияси ва даволаниш босқичлари. Шу билан бирга, ТБ 01 варақасида хавфли омиллар, кўкрак қафасининг рентгенда текшириш натижалари ва беморни шифохонага даволаш учун юбориш ҳақида маълумотлар келтирилади. Беморлар амбулатор даволанадиган поликлиникалар, ҚВП, ОП ва пульмонология бўлими ҳамда ихтисослаштирилган шифохоналарда балғам йиғиш хоналари ташкил қилинган. Уларнинг иш тартиби беморларни амбулатор қабул қилиш вақтига тўғри келиши лозим. Текширувга кела олмаган беморларнинг балғами уйдан олиб келинади. Қондаги биноан тиббиёт картаси врач-фтизиатр томонидан тўлдирилади. Касалликни тоифалар бўйича тавсифлаш жараёнида ўпка ва ўпкадан ташқаридаги силни кўрсатишда қуйидаги мезонлардан фойдаланилади.

Ўпка сили - мусбат балғамли бемор:

А) балғамни микроскопик текшириш жараёнида унинг камида иккита намунасида КБ аниқланса;

Б) шифокор томонидан кўкрак қафаси рентгенографиясида патологик ўзгаришлар аниқланган бўлса ва битта балғам намунаси таҳлилида КБ топилса ҳамда бу ҳолат шифокор томонидан фаол сил жараёни деб баҳоланса.

Манфий балғамли бемор:

А) бемор балғамида 3 мартаба қайта текширувда КБ топилмаган, лекин ўпка рентгенографиясида патологик ўзгаришлар кузатилган;

Б) ўпкадан ташқари аъзолар сили (плевра, лимфа тугунлари, бўғим-суяк тизими, буйрак ва сийдик йўллари, ичак ва ҳазм аъзолари, тери, перикард ва мия пардалари).

Ўпкадан ташқари аъзоларнинг патологик ажралмаларида бир маротаба бактериологик усул ёрдамида КБ топилса;

Гистологик ва клиник маълумотлар сил касаллигининг фаол даврдан далолат берса ва мутахассис шифокор унга қарши химиотерапия ўтказиш лозим, деб ҳисобласа.

Касаллик тарихини ўрганиш натижасида қуйидагилар ўпка ва ўпкадан ташқари аъзолар сили борлиги ҳақида маълумот беради:

- беморни объектив кўриш натижаси;
- тиббий ҳужжатлар;
- рентген текшириш хулосалари;
- бемор балғамини текширишга жўнатиш йўлланмаси (ТБ 05);
- антибиотикларга сезгирликни аниқлаш шакли (ТБ 06);
- мутахассис шифокор ҳисоботи.

Силга чалинган беморларнинг терапевтик тоифалари

Беморларни терапевтик тоифаларга ажратишда қуйидагилар ҳисобга олинади:

- бактериоскопик таҳлил натижалари;
- илгари сил билан касалланганлиги ҳақида маълумотнинг мавжудлиги;
- даволанишдаги узилишлар ҳақида маълумотлар;
- касалликнинг тарқалганлик ва оғирлик даражаси.

1 тоифа - илк бор аниқланган, илгари даволанмаган (ёки 1 ойдан кам муддат даволанган) беморлар: а) мусбат суртмали ўпка сили; б) манфий суртмали, бироқ кенг паренхиматоз зарарланишга (милиар сил, ўпка рентгенограммасида 10 см.дан катта бўлган яллиғланиш сояси, кўкрак ичи ва ташқаридан лимфа тугунлари силининг тумороз ва инфилтратив шакллари) олиб келган ўпка сили; в) кўп аъзоларнинг зарарланиши билан оғир кечадиган ўпкадан ташқари (сил менингити, перикардит, перитонит, ичак сили, мезентериал лимфа тугунлари буйрак ва сийдик чиқарув аъзолари, суяк-бўғимлар, периферик лимфа тугунлар, икки ёки бир томонлама плевра) аъзолар сили.

2 тоифа- рецидив (такроран даволаш) – аввал сил касаллигидан даволаниб тузалиб кетган, соғлом деб ҳисобланган, лекин ҳозирги вақтда балғамни текшириш натижасида КБ топилган беморлар. Даволаш натижаси самарасиз деб топилса. Маълум муддатли танаффусдан сўнг даволанишни қайта бошлаган беморлар.

3 тоифа - а) илгари даволанмаган (ёки 1 ойдан кам муддат даволанган), биринчи маротаба аниқланган, манфий суртмали ўпка силининг чегараланган шакллари аниқланган беморлар, жумладан, (болалар ва ўсмирлардаги) манфий суртмали кўкрак ичи лимфа тугунлари силининг кичик кўринишлари; б) биринчи маротаба аниқланган, ўпкадан ташқари аъзолар силининг чегараланган энгил шакллари билан касалланган беморлар;

4 тоифа - терапиянинг 2-тоифа тартиби бўйича муваффақиятсиз даволаниш (даволанишнинг 9-охирида балғам суртмасининг мусбат натижа бериши, сурункали кечиш) ҳолатлари.

Силга чалинган беморларни ДОТС дастурига мувофиқ даволаш

Фаол сил билан касалланган беморлар икки босқичда даволанади:

▶ бошланғич (жадал) давр;

▶ кўллаб-қувватловчи давр.

Даволаш тартиби. Силга қарши асосий препаратларнинг жаҳонда қабул қилинган стандарт белгилари мавжуд ва улар куйидагича:

H – изониазид; *E* – этамбутол; *R* – рифампицин; *S* – стрептомицин; *Z* – пиразинамид.

Препаратлар комбинацияси олдига қўйилган рақамлар ойлар ҳисобидаги даво муддатини билдиради. Баъзи даволаш схемаларига мувофиқ, препаратлар ҳафтада 3 марта буюрилади. Бу даво схемаларида ҳар бир препаратнинг белгисидан кейин 3 рақамини қўйиш билан акс эттирилади.

Масалан: 2 HRZ / 4 H₃R₃, яъни бемор икки ой мобайнида силга қарши препаратларни ҳар куни ёки тўрт ой мобайнида ҳафтада 3 марта қабул қилади.

Сил тоифасидан келиб чиқиб беморларни муқобил даволаш тамойиллари

Тоифа	Сил билан оғриган беморлар	Муқобил даволаш тамойиллари	
		Жадал босқич	Қувватлаб турувчи босқич
1	Биринчи маротаба аниқланган ва илгари даволанмаган (ёки 1 ойдан кам муддат даволанган) беморлар	2(3)HRZE(S) 2(3)HRZE(S) 2(3)HRZE(S) 2(3)HRZE(S) 2(3)HRZE(S)	6 HE, 7 HR, 7 H ₃ R ₃ , 4 HR, 4 H ₃ R ₃
2	Рецидив (такроран даволаш) – аввал сил касаллигидан даволаниб тузалиб кетган ва соғлом деб ҳисобланган, лекин кейин балғамини текшириш натижасида КБ топилган беморлар. Даволаш натижаси самарасиз бўлса. Маълум муддат танаффусдан сўнг даволаниш қайта бошланганлар	2HRZES 1(2)HRZE 2HRZES 1(2)HRZE	5HRE, 5H ₃ R ₃ E ₃

3	Илгари даволанмаган (ёки 1 ойдан кам муддат даволанган), биринчи маротаба аниқланган, манфий суртмали ўпка силининг чегараланган шакллари аниқланган беморлар, жумладан, манфий суртмали кўкрак ичи лимфа тугунлари силининг болалар ва ўсмирлардаги кичик шакллари	2HRZ 2HRZ 2HRZ	4 H ₂ R ₃ 4 HR 6 HE
4	2 тоифа тартиб бўйича самарасиз (сурункали ҳолатлар) даволанганлар (даволанишнинг 9-ойи охирида балғам суртмасининг мусбат натижа бериши)	Қўлланилмайди (ихтисослаштирилган марказларда иккинчи қатор препаратлар билан даволанади)	

Сил профилактикаси

Иммунопрофилактика. Вазни юқори бўлган янги туғилган чақалоқлар ҳаётининг 3–4–куни БЦЖ билан эмланади ва уларнинг 95% эмланиши зарур. ЖССТ ва халқаро силга қарши кураш ташкилоти тавсияларига мувофиқ, касаллик кенг тарқалган мамлакатларда 1 ёшгача бўлган болалар қарши кўрсатма бўлмаса, ОИТС БЦЖ билан эмланиши шарт. Директив ёшда бўлган (7–14 ёш) ва сил инфекцияси ўчоғида яшовчи болалар туберкулин синамаси манфий бўлса, қайта эмланишлари лозим.

Химиопрофилактика. Қуйидаги болаларда ўтказилади:

- вираж;
- гиперергик туберкулин синамалари;
- ошиб борувчи туберкулин синамалари;
- силга чалинган беморлар билан мулоқотда бўлган болалар.

Химиопрофилактика битта изониазид препарати билан ўтказилади ва 1 кг тана вазнига 5 мг дан 3 ой давомида локал сил истисно қилингандан сўнг тиббиёт ходими назорати остида ўтказилади.

Инфекция ўчоғида ўтказиладиган тадбирлар

1. барча оила аъзоларини (болаларда туберкулин синамалари, ўсмирлар ва катталарда флюорография) текшириш;
2. сил истисно қилинган болалар ва ўсмирларда химиопрофилактика;
3. туберкулин синамаси манфий бўлган ўсмирлар ва болаларни қайта эмлаш.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. «Ўзбекистон Республикасида силга қарши курашни такомиллаштириш» ҳақида ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 160-сонли буйруғи Тошкент, 2003 й.
2. Ганиев К.Г. «Сил касаллиги», Тошкент, 1995 й.
3. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Сил касалликлари» Тошкент, 1999 й.
4. Ибрагимов М.А., Турсунов В.И., Содиков А.С. «Сил», Тошкент, 1999 й.
5. Мухгоров Д.З. Сил касаллиги. Бухоро, 2005 й.
6. Перельман М.И., Корякин В.А., Богдельникова И.В. «Фтизиатрия», М., 2004 г.
7. Убайдуллаев А.М. «Сил касаллиги», Тошкент, 2005 й.

БРОНХООБСТРУКТИВ СИНДРОМ

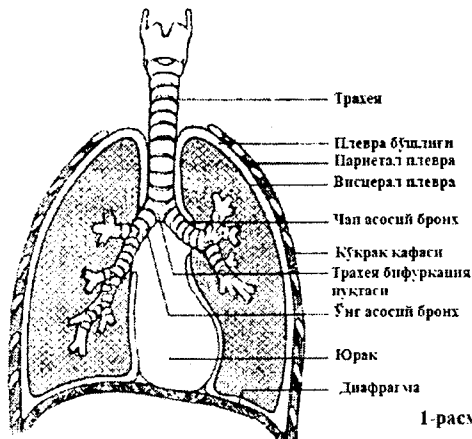
Шифокор қудратли ва ақлли инсон, бемор эса билимсиз ва ёрдамга муҳтож кўринишдаги тиббиётнинг эски шакли ўз ўрнини ҳозирги кунда тобора янги муносабатларга бўшатиб бермоқда. Бунда ҳар иккала томон бемор ва шифокор ўзаро ҳамкор кўринишидаги янги ролни ўзлаштиришлари лозим.

Дж. Г. Майленд

Бронхообструктив синдром (БОС) – бронхиал дарахт ўтказувчанлигининг функционал ёки органик бузилиши бўлиб, хуружсимон йўтал, экспиратор ҳансираш ва нафас сиқиши хуружлари билан намоён бўлади. Адабиётларда БОСнинг ривожланишига олиб келувчи юзлаб сабаблар келтирилган бўлиб, у нафас аъзолари касалликларидан – сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК) ва бронхиал астмада (БА) кўпроқ кузатилади. Юқорида келтирилган симптомакомплекс ҳар хил этиологияли БОСда учраши мумкин. Шунинг учун унинг сабаби, патогенези, ташхиси ва қиёсий ташхисини яхши билиш самарали даво олиб боришда муҳим аҳамиятга эга. УАВ уларни яхши билган ҳолда беморга тез ёрдам кўрсатиши ва ўз вақтида мутахассис шифокорга юбориши лозим. Қуйида бирламчи тизим шифокори амалиётида кўп учрайдиган ва БОС билан кечувчи асосий касалликлардан (СОЎК, БА) ташқари, ушбу синдром билан намоён бўлувчи қатор бошқа патологик ҳолатларга ҳам тўхталиб ўтамиз.

БОС сабабини аниқлашда **нафас аъзолари тузилиши** муҳим аҳамиятга эга эканлигини инobatга олиб, қуйида биз уларга қисқача тўхталиб ўтамиз. Ташқи нафас аппарати ҳаво ўтказувчи ва респиратор қисмлардан иборат. Ҳаво ўтказувчи қисмга бурун, хиқилдок, трахея, ўпка ва ўпкадан ташқаридаги бронхлар қиради.

Трахея хиқилдокнинг бевосита давоми бўлиб, узунлиги эркакларда ўртача 14 см, аёлларда 12 см, диаметри 15-25 мм. У VI бўйин умуртқаси сатҳидан бошланиб, V кўкрак умуртқаси соҳасида чап ва ўнг бош бронхларга бўлиниш билан тугайди. Трахея бифуркациясининг бурчаги 65-95° ни ташкил этади. Чап бронх ўнг бронхга қараганда кенгрок ва калтарок бўлиб, бир оз вертикал йўналган ва чап

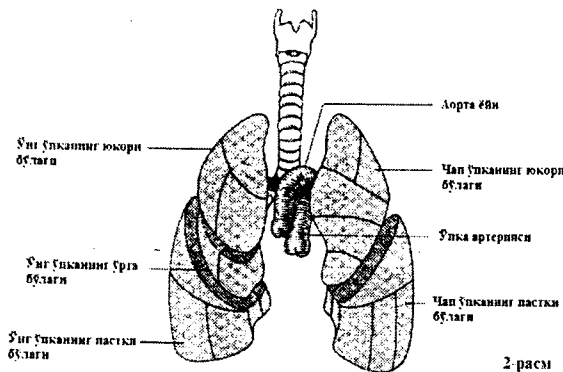


1-расм

ўпкага борувчи иккита бронхга бўлинади. Ўнг бронх узунроқ ва торроқ. У юкори, ўрта ва пастки бронхларга бўлинади ва трахеядан чапда бурчак хосил қилиб, бир оз горизонтал (1-расм) йўналишга эга.

Ҳар бир бронх ўпка бўлақларига ва улар ўз навбатида, сегментларга, субсегментларга, бўлақчаларга ва майда терминал бронхиолаларга бўлинади. Бронхлар девори аста-секин торайиб, унда жойлашган тоғай халқалари ҳам мос равишда ингичкалашиб боради ва ниҳоят диаметри 1 мм.га тенг бўлган бронхчаларда бутунлай йўқолади. Бронхчаларда шиллик безлари бўлмаса ҳам, киприкли эпителий сакланади. Диаметри 0,5 мм.га тенг бўлган бронхлар охириги бронхлар даб аталади ва улар ўз навбатида, нафас бронхиоласига бўлинади. Сўнггиси торайиб, альвеола йўлига айланади ва улардан унга нисбатан кенгайган альвеола пуфакчалари пайдо бўлади. Демак, нафас бронхиоласидан чикувчи альвеола йўли ва альвеола пуфакчаси биргаликда узум шингилига ўхшаш ацинусни хосил қилади. Ҳикилдоқдан ацинусгача бўлган йўл ўртача 30 см.ни ташкил этади.

Альвеолалар девори бир қаватли ясси эпителийдан тузилган бўлиб, жуда майда қон томирларга (капиллярлар) бой ва улар ичидаги қон билан альвеола ичидаги ҳаво орасида осмотик модда алмашинуви содир бўлиб, альвеолалардаги кислород қонга ўтади. Ушбу жараён натижасида қон кислородга тўйиниб, ўпкадан юракка қайтади. Кислородга тўйиниши керак бўлган веноз қон ўпкага *a.pulmonalis* орқали келиб (юракнинг ўнг қоринчасидан чиқади) альвеолаларда кислородга бойигандан сўнг (артерия қонига айлангандан кейин) *v. pulmonales* номи билан юракнинг чап бўлмасига қуйилади.

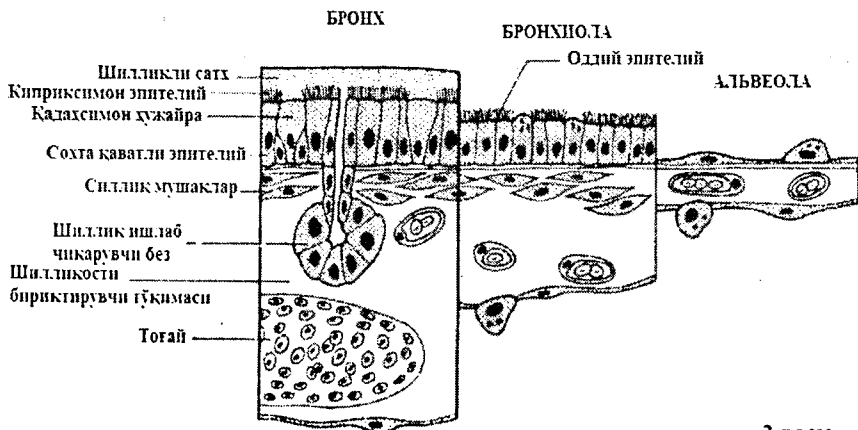


2-расм

Нафас аппарати респиратор қисмини ўпкалар ташкил этади. У жуфт орган ҳисобланиб, кўкрак кафасининг қатта қисмини (5/4) эгаллайди. Ўнг ўпка юқори, ўрта, пастки бўлақлар ва у ўз навбатида 10 та сегментга, чап ўпка эса юқори, пастки бўлақлар ва 8 та сегментга (2-расм) бўлинади.

Юқорида қайд этилганидек, респиратор бўлимда ацинуслар жойлашган ва уларнинг ҳар бирида 2000 атрофида альвеолалар мавжуд. Альвеолаларнинг сиртки барқарор таранглигини фаол моддалар комплексидан иборат бўлган сурфактант таъминлайди.

Ҳаво ўтказувчи нафас йўллари – бронх, бронхиола ва альвеолаларнинг тузилиши бир-биридан кескин фарқ қилади. Бронх девори киприксимон, сохта



3-расм

қаватли эпителий, қадахсимон ҳужайралар, силлик мушак ва шиллик ишлаб чиқарувчи безлар, бириктирувчи тўқима ва тоғайдан тузилган. Бронхиолада оддий эпителийлар бўлиб, девори бронхникига нисбатан анча юпқа ва тоғайлар йўқ. Альвеола эпителий ва эндотелий базал мембранасидан тузилган бўлиб, улар газ алмашинувини таъминлайди (3-расм).

Бронхиал секрет альвеола трансудати, тўқима ва бронхлар эпителийси секретидир. У меъёрда 90-99% сувдан иборат ва қолган қисмини эримайдиган макромолекуляр тузилма ташкил этади. Булар оқсил плазмаси, гликопротеид ёки муцинлар, бронхиол ва альвеола сурфактант фосфолипидлари, А, G, E иммуноглобулин синфлари, антипротеолитик ферментлардан иборат.

Сурфактант-юзадаги фаол модда бўлиб, у бронхиолалар ичини ва альвеолаларни қоплайди ва куйидаги вазифаларни бажаради:

- 1) ўпка эластиклигини таъминлаш;
- 2) альвеола ва бронхиолалардаги ёт жисмларни бронхдан чиқишини енгиллаштириш;
- 3) балғам қуюқлигини камайтириш;
- 4) фагоцитоз.

Шундай қилиб, соғлом организмда бронхиал секрет нафас йўлларида химоя вазифасини бажаради.

Бронхларнинг асосий элементлари кон томирлари ва нервлардир. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, силлик мушак қаватини симпатик ва парасимпатик нерв тизими иннервация қилади.

Бронхиал обструкция патогенези. Бронхиал обструкция механизмида қайтар (функционал) ва қайтмас (морфологик) жараёнлар ётади.

Қайтар бронхиал обструкция:

- бронхоспазм;
- бронхлар секретор фаолиятининг (гиперсекреция) ошиши;

- мукоцилиар транспорт вазифасининг бузилиши;
- бронхлар шиллик қаватининг яллиғланиш ҳисобида шиши.
- Қайтмас бронхиал обструкция:
- бронхлар шаклининг ўзгариши;
- бронхлар стенози;
- майда бронхлар ва бронхиолалар облитерацияси;
- ўпка эластиклиги деструкцияси;
- экспиратор пролапс;
- обтурацион эмфизема;

Бронхиал обструкциянинг қайтар ҳолатларини ўз вақтида монанд даволаш қайтмас ўзгаришларнинг олдини олади ва беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти. Бемор клиник ҳолати ва ташқи нафас фаолияти (ТНФ) текширилганда, бронхиал обструкция белгилари бир йилда камида 3 марта аниқланса, жараён сурункали ҳисобланади.

Бронхообструктив синдромни ташхислаш:

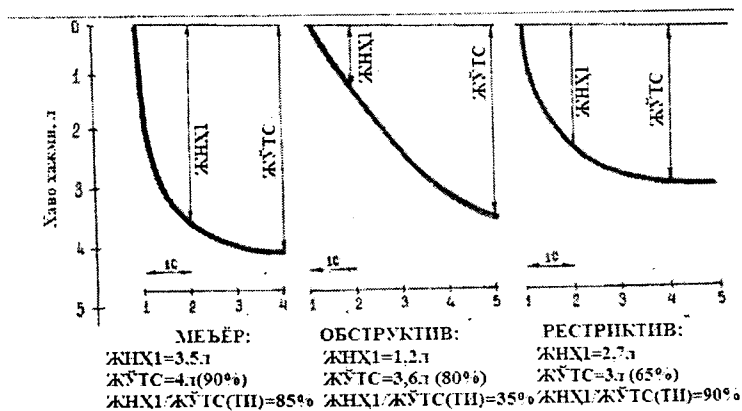
1. Бемор шикоятлари – турли хил даражадаги экспиратор ҳансираш (нафас чиқаришнинг қийинлашиши), кам шилликли йўтал ва нафас сиқиши.

2. Аускультация манзараси. Бунда нафас олиш ва чиқариш босқичи давомийлигига эътибор бериш керак. Соғлом кишида ўпка юзасида тўлиқ нафас олиш ва қисқа нафас чиқаришда (нафас олиш давомийлигининг учдан бирига тўғри келади) везикуляр нафас эшитилади. БОСда эса торайган бронхлардан нафас чиқариш, уни олишга нисбатан узаяди. Шунинг учун нафас чиқарганда, курук юқори тонли хириллашлар эшитилиши.

3. Ташқи нафас фаолияти. Бронхлар ўтказувчанлиги ва вентиляцияси бузилиши натижасида ТНФ кўрсаткичларининг тезлиги 80% дан пасаяди. Ташхисни аниқлаш ва даво самарадорлигини баҳолашда кўп фойдаланиладиган нафас кўрсаткичларига қуйидагилар киради – ўпканинг тириклик сиғими (ЎТС), нафас чиқариш авжий тезлиги (НЧАТ), бир сонияда жадал чиқарилган нафас ҳажми (ЖНҲ1) - бу ўпка вентиляцияси фаолиятини акс эттирадиган асосий кўрсаткичларнинг биридир. Кейинги кўрсаткич ўпканинг жадаллашган тириклик сиғими (ЎЖТС) 25% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик (МХТ25), яъни йирик бронхлар ўтказувчанлиги, ЎЖТС 50% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик (МХТ50), яъни ўрта бронхлар ўтказувчанлиги, ЎЖТС 75% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик (МХТ75), яъни кичик бронхлар ўтказувчанлиги ва Тиффно индекси (ЖНҲ1/ЎЖТС). Уларни меъёрий ва патологик ҳолатдаги даражалари ҳамда никфлоуметрияни эркаклар ва аёллардаги кўрсаткичлари 1 ҳамда 2 жадвалларда келтирилган.

Юқорида келтирилган кўрсаткичларга асосланиб, вентиляция фаолияти ўзгаришларининг уч хил – обструктив, рестриктив ва аралаш турлари фаркланади.

Обструктив тури – унга бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши хос бўлиб, ўпканинг нафас сатҳи сақланиб, айни вақтда функционал қолдик



4-расм

сигим, ЖНХ, МҲТ25-75, Тиффно индекси камаяди. Бу ҳолат бронхоспазм кузатилганда, бронхлар секрет билан қисман тикилиб қолганида ва шиллик пардалар шишган пайтларда кузатилади. Вентиляция бузилишининг бу хили бронхиал астма, сурункали обструктив бронхит, бронхоспастик ўзгаришлар билан кечувчи пневмония ва бошқа касалликларга чалинган беморларда қайд этилади ва ўпканинг ҳажм кўрсаткичлари деярли ўзгармайди.

Рестриктив тури – ўпка паренхимасида ўзгаришлар юзга келиши, кўкрак қафасини кенгайтиш ва торайишига қатнашувчи тўқима ҳамда аъзолардаги (мушак, диафрагма) ўзгаришлар билан кечувчи касалликлар яъни пневмосклероз, пневмония, ателектаз, ўпка эмфиземаси, ўпка ўсмаси ва кисталарида кузатилади. Бунда ЎТС ва олинган нафаснинг захира ҳажми кўрсаткичлари камаяди, бронхлар ўтказувчанлиги эса деярли ўзгармайди. Бир дақиқалик нафас ҳажми ва нафас олиш сони ортади, кислороддан фойдаланиш коэффициенти ва чиқариладиган нафаснинг захира ҳажми камаяди.

Аралаш тури – ташқи нафасга доир барча кўрсаткичларнинг ўзгариши билан характерланади. Бунда бронхиал аппаратда обструктив ва рестриктив жараёнлар юзга келади. Юқорида келтирилган касалликларнинг барчаси ўпка вентиляциясининг аралаш турдаги бузилиши билан кечиши мумкин. Қайд этилган вентиляция бузилишлари ва уларнинг меъёрий кўрсаткичлари 4-расмда келтирилган.

4. БОСнинг қайтар ёки қайтмас жараёнлигини текшириш учун бронходилататорлар билан синама ўтказиш. Бунинг учун УАВ кўллаш қулай бўлган пикфлоуметрдан фойдаланади. Унинг ёрдамида НЧАТ ни ўлчаш, ўпка фаолиятини, жумладан, ҳаво йўлларининг торайганлик даражасини баҳолаш, касалликнинг оғирлигини, бронхлар обструкцияси қайтар-қайтмаслигини аниқлаш, уларнинг реактивлиги кучайганидан дарак берадиган белгиларни топиш, бронхиал астма ва бошқа сурункали

обструктив ўпка касалликларини бир-биридан фарқлаш, бронхоспазмни кўзгатадиган механизмларни белгилаб олиш, астманинг кўзиб қолиш шароитларини олдиндан билиш, шунингдек, кўриладиган терапевтик чоратadbирлар натижаси мониторингини ўтказиш ва уларнинг самарадорлигини олдиндан белгилаш мумкин.

НЧАТ чуқур нафас олгандан кейин жадаллик билан чиқарилган нафаснинг энг юкори тезлиги бўлиб, уни ўлчаш йўли билан бронхларнинг ўтказувчанлик хусусияти тўғрисида фикр юритилади. Бронхолитик синама ўтказиш учун, уларнинг ўтказувчанлик тезлиги кўрсаткичлари аэрозоль ингаляторини ишлатишдан олдин ва беморга 2 доза аэрозоль ингалятори нафас олдирилгандан 15 дақиқа кейин НЧАТ текширилади. Бунинг учун кўпроқ беродуал, сальбутамол, беротек ва агровент ишлатилади. Синама ўтказилгандан кейин кўрсаткич 15% ва ундан ошса синама мусбат (БОС – қайтар) ҳисобланади. Бундан ташқари мусбат синама бемор учун самаралироқ бўлган бронходилататорни танлашга имкон яради. Агар кўрсаткич 5-14% гача ошса, синама шубҳали бўлиб, бронходилататор доимий кўлланилганда, маълум бир терапевтик самара беради. Кўрсаткичларда ўсиш бўлмаса ёки 5% гача бўлса синама манфий яъни кўрсаткич салбий ҳисобланади (ҳисоблаш формуласи «СОЎК» мавзусида ёритилган).

НЧАТ даражаси бемор ёши, жинси ва бўйидан келиб чиққан ҳолда 20% атрофида фарқ қилиши мумкин. НЧАТ нинг 80% дан пастиги бронхлар обструкцияси борлигидан далолат беради. Бундан ташқари, бронходилатацион синамани ўтказишда спирограммани ЖНХ1 кўрсаткичи ўсиши билан баҳоланади ва бронхлар обструкцияси бор ёки йўқлиги ҳамда унинг қайтар ёки қайтмаслиги куйидаги формула ёрдамида ҳисобланади (В.Л.Баранов):

$$\Delta \text{ЖНХ1, \% индив. меъёрий кўрсаткич} = \frac{(\text{ЖНХ1 таъсир кейин. мл} - \text{ЖНХ1 таъсир олд. мл.})}{\text{ЖНХ1 индив. меъёрий кўрсаткич. мл}} \times 100$$

1-жадвал

Ўпка вентиляцияси асосий кўрсаткичларининг меъёрий ва патологик ҳолатлардаги даражалари

Кўрсаткичлар	Меъёр	Ўзгаришлар		
		Ўртача	сезиларли	кескин
ЎТС	> 90%	84 – 70	69 – 50	< 50
ЖНХ1	> 85%	74 – 55	54 – 35	< 35
ЖНХ1/ЎТС	> 65%	59 – 50	49 – 40	< 40
ЎМВ	> 85%	75 – 55	54 – 35	> 35
МХТ25	Э > 81,6%	69,8 – 52,8	52,8 – 35,9	< 35,9
	А > 80,0%	67,2 – 41,8	41,8 – 33,3	< 33,3
МХТ50	Э > 77,2%	62,6 – 32,6	32,6 – 22,7	< 22,7
	А > 76,1%	60,8 – 30,8	30,8 – 20,8	< 20,8

MХТ75	Э > 72,4%	54,8 – 41,1	41,1 – 27,4	< 27,4
	А > 72,7%	55,3 – 41,6	41,6 – 27,9	< 27,4

Эслатма: ЎМВ-ўпка максимал вентиляцияси; Э-эркаклар; А-аёллар.

2-жадвал

Пикфлоуметрияни стандарт кўрсаткичлари (литр/мин)

Эркаклар

Ўшш Буйи (см)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
160 см	518	568	598	612	613	606	592	578	565	555	544
168 см	530	580	610	623	623	617	603	589	577	566	556
175 см	540	590	622	636	635	627	615	601	588	578	568
183 см	552	601	632	645	646	638	626	612	600	589	578
190 см	562	612	643	656	656	649	637	623	611	599	589

Аёллар

Ўшш Буйи (см)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
145 см	438	445	450	452	452	449	444	436	426	415	400
152 см	450	456	461	463	463	460	456	448	437	425	410
160 см	461	467	471	474	473	470	467	458	449	437	422
168 см	471	478	482	485	484	482	478	470	460	448	434
175 см	481	488	493	496	496	493	488	480	471	458	445

Қиёсий ташхис. Ҳақиқий БОС сурункали обструктив ўпка касаллиги ва бронхиал астма учун характерли бўлса ҳам УАВ ёлгон (псевдо) бронхиал обструкция билан кечувчи касалликлар мавжудлигини эсдан чиқармаслиги керак. Уларга асосан нафас олишнинг қийинлашиши хос бўлиб, юқори нафас йўллари патологияси, ўсма, ёт жисмлар, турли шикастланишлар ва бошқалар қиради. Юқоридагилардан ташқари, альвеолаларнинг шикастланишида ҳам БОС кузатилади, аммо бунда обструкция эмас, балки нафас олиш юзасининг камайиши ҳисобида юзага келадиган рестриктив бузилишлар хос.

Бронхообструктив синдром классификацияси

Патогенетик механизмдан келиб чиққан ҳолда бронхообструктив синдромнинг қуйидаги шакллари фарқланади:

- ▶ аллергик;
- ▶ иммун;
- ▶ инфекцион-яллиғланишли;
- ▶ обтурацияли;
- ▶ ирритатив;
- ▶ гемодинамик;
- ▶ эндокрин-гуморал;
- ▶ невроген;
- ▶ токсико-химик.
- ▶ Клиник белгиларнинг намоён бўлиши бўйича:
- ▶ яширин;
- ▶ яққол намоён бўлган.
- ▶ Клиник кечиши бўйича:
- ▶ ўткир (тўсатдан пайдо бўлган);
- ▶ сурункали (доимий).
- ▶ Клиник ва функционал белгиларнинг оғирлик даражаси бўйича:
- ▶ енгил;
- ▶ ўртача оғир;
- ▶ оғир.

Аллергик бронхообструктив синдром – қуйидаги этиологик омиллар таъсирида ривожланади: зардоб, чанг, ўсимлик чанглари, ҳар хил дорилар ва бошқа табиат антигенлари.

Бу кўпроқ бронхиал астмада кузатилади ва анафилаксия билан бирга келиши мумкин. Зардоб касаллигида унинг 7-12–кунини инъекция килинган жойда ва терининг бошқа қисмларида тошма пайдо бўлади, шунингдек, беморда иситмалаш, томоқда шиш, лимфаденит ва артралгиялар кузатилади. Бундан ташқари, бирламчи зардоб аллергияси ҳам бўлиб, анафилактик шок билан бирга келади ва кўпинча ўлим билан тугайди. Анафилактик шокдан ўлганлар ёриб кўрилганда, ўпка тўқимасига қон қуюлиши, кенгайиши ва бронхиолаларнинг сиқилишини кўриш мумкин.

Аллергик БОСнинг яна бир сабаби поллинозидир. Бунда унинг ўсимлик гуллашига боғлиқлиги, аллергик ринит ва конъюктивит билан бирга келиши, тери синамаларининг мусбатлиги, беморнинг ўсимлик чангларига сезувчанлиги ошганлигини тасдиқланиши ва албатта касалликни келтириб чиқарувчи ўсимлик гулларида бемор узоклаштирилганда, клиник белгиларнинг йўқолиши.

Дорилар қабул қилиш билан боғлиқ бўлган аллергик БОС баъзан антибиотиклар (тери ости синамасида камроқ хавф бўлиши мумкин, лекин даволувчи дозада юборилганда, анафилактик шок ривожланади), гармонлар ва ферментлардан кейин пайдо бўлади. Дорилар аллергиясида одатда нафас

сиқиши, аллергия аксириш, ларинготрахеит ва бронхит билан бирга кечади. Ташхис қўйишда БОС билан дори қабул қилиниши ўртасида боғлиқлик мавжудлиги (бир неча сониядан то бир икки соатгача) ҳамда тери ва бошқа аъзоларда бўладиган ёндош аллергия белгилар (крапивница, теридаги тошма, қайт қилиш, кўнгил айнаши, қон босимининг юқорилиги) муҳим аҳамиятга эга. Дори аллергиясида тўғри ташхис провокацияли синама билан тасдиқланади. Улар орасида антигенга иммун жавобни текшириш усули бемор учун мутлақ хавфсиз ва юқори ахборотлидир.

Иммун бронхообструктив синдром - тугунчали периартериит, тизимли кизил волчанка, тизимли склеродермия, кам ҳолларда дерматомиозит, ревматоидли артрит ва ревматизм каби аутоиммун касалликларда кузатилади.

Тугунчали периартериит аксарият ҳолларда типик БОС билан кечади. Гиперэозинофилли бронхиал астма ёки обструктив бронхит 20-30% беморларда ривожланади. Тизимли касалликларга чалинган беморларнинг айримларида БА га хос обструктив синдром асосий жараён ривожланишидан бир неча йиллар олдин пайдо бўлиши мумкин. Бронхларни кенгайтирувчи дорилар ёрдамида ўтказилган тадбирлар бу беморларга кам самара беради ёки умуман самарасиздир. Уларни кучайиб боровчи ҳансираш, тана вазнининг камайиши, тез-тез иситмалаш безовта қилади. Шунингдек, кам балғам ажралиши ва қайталанувчи “пневмония” характерли белгилардан ҳисобланади. Беморларда йўтал, қон туфлаш, плеврал оғриқлар кузатилиб, ўпка томирлари зарарланиши сабабли унинг инфаркти ривожланиши мумкин. Қон таҳлилида лейкоцитоз ва гиперэозинофилиянинг аниқланиши ташхис қўйишни енгиллаштиради. Рентгенда ўпка эозинофилии инфилтрати, аллергия пневмонит, плевранинг шикастланиши кузатилади. Беморда қуйидаги тўртта классик белгидан камида иккитаси бўлса ташхис ишончли ҳисобланади:

- 1).буйрак зарарланиши белгилари билан кузатиладиган артериал гипертония;
- 2).ассиметрик полиневрит;
- 3).абдоминал синдром;
- 4).коронарит.

Бошқа бириктирувчи тўқима касалликлари учун БОС ривожланиши тугунчали периартериитдагидек характерли эмас. Бундай пайтда тўғри ташхис БОС нинг оғир кечишига, бронхларни кенгайтирувчи дориларнинг самарасизлигига, иситмалаш мавжудлигига ҳамда теридаги тошмалар ва артралгияларга асосланган ҳолда қўйилади. Нафас аъзоларининг айрим касбга боғлиқ касалликларида БОС асорат сифатида кузатилади. Бу кўпроқ пневмокоңиозларга хос бўлиб, улар орасида асосан силикоз касаллигида учрайди. Беморлардаги нафас сиқиш хуружи кўпроқ йўтал, кўкрак кафасидаги оғриқлар билан бирга келиб, хуружлар оралиғида кучли хансираш мавжудлиги характерлидир.

Рентгенда силикозга хос бўлган кўриниш (фиброз жараён, тўрсимон сурач, 1-2 мм. гача бўлган тугунчалар, диаметри 5-10 см.ли конгломератлар) аниқланади.

Органик чанг таъсири сабабли пайдо бўладиган пневмокозиоз кўринишларидан бири биссинозларда ҳам БОС кузатилади. Бу касаллик таркибида пахта, каноп ва зиғир чанги бўлган омиллар таъсирида ривожланади. Унинг илк даврларида беморларда бронхоспазм хуружлари иш куни бошлангандан сўнг бир неча соат ўтгач юзага келади ва кўкрак қафасида оғирлик хисси, томоқ кичиши ҳамда қақраши, йўтал, тез чарчаш каби шикоятлар кузатилади. Аускультацияда ўпка устида курук хириллашлар эшитилади. Кейинги босқичларида юқоридаги белгилар кучаяди, бўғилиш хуружи ва узоқдан эшитиладиган хириллаш пайдо бўлади. Одатда, хасталик хуружлари иш ҳафтасининг биринчи куниди (дам олиш кунларидан сўнг) кузатилади. Санаб ўтилган белгилардан ташқари, беморда конъюнктивит ва терида йирингли ярачалар аниқланади. Биссинозда бемор балғами ва қонида эозинофилия ҳамда бронхиал астма хос бўлган бошқа белгилар топилмайди.

Бошқа касалликлар негизида ривожланган БОС дан фаркли ўларок, бериллиоздаги обструктив синдромда беморнинг бериллий билан алоқада бўлганлиги, рентгенографияда ўпка гранулематозининг аниқланиши, сийдик билан бериллий ажралиши, мусбат тери синамаси ҳамда эрта ривожланган ўпка - юрак етишмовчилиги ташхисни енгиллаштиради.

МИ кейин баъзи беморларда иммун табиатли БОС кузатилади. Уларда касалликнинг 4-12-ҳафталарида бронхоспастик синдроми экспиратор диспноэ хуружлари, иситмалаш, ЭЧТ ошиши, эозинофилия, гипергаммаглобулинемия билан намоён бўлади. Айрим паразитлар чақирган касалликларда (аскаридоз, ляблия, описторхоз, стронгилоидоз) ҳам иммун табиатли БОС белгилари кузатилиши мумкин. БА дан фаркли ўларок, гелминтларга қарши муолажаларнинг самардорлиги, шунингдек,, нажас тахлилида паразитларнинг топилиши ташхисни енгиллаштиради.

Томикозда бронхообструктив синдром билан бирга трахеобронхит белгилари кузатилади. Одатда, гижжа катта бронхларда, ўпкада, трахеяда жойлашади ва ялиғланишга хос ўзгаришлар чакиради. Касалликка “аллергик” белгилар (аксириш, терида тошмалар, йўтал билан балғам ажралиши - 500 мл. ва ундан кўп), нафас олишни қийинлашиши хос бўлиб, аллергияга қарши дорилардан фойдаланиш қутилган самара бермайди. Паразит инсон организмиди бир йилдан кўп яшамайди ва касаллик белгилари ўз-ўзидан йўқолиши мумкин.

Гелминтлардан зарарланган итлар билан алоқада бўлганларда токсокароз ривожланиш эҳтимоли мавжуд ва у БОС ҳамда эозинофилларнинг ошиши билан намоён бўлади. Нафас аъзоларининг замбуруғлар таъсирида юзага келадиган касалликларида ҳам иммун табиатли БОС кузатилади ва у кўпроқ аспергиллезда учрайди. Касалликни ташхислашда беморнинг узок муддат тупрок билан алоқада бўлганлиги, тартибсиз антибиотик ва ГКС лар қабул қилганлиги, иммунтанқис ҳолатларнинг мавжудлиги муҳим аҳамиятга эга. Рентген текширишда аспергиллома аниқланиши, қонда эозинофилия, кўп

микдордаги иммуноглобулин Е, *Aspergillus fumigatus* антителаси топилиши, балғамнинг кумокли бўлиши ва қон туфлаш ушбу жараёнга хосдир.

Инфекцион - яллиғланишли бронхообструктив синдром - кўпроқ ўпка ва бронхларнинг ўткир ҳамда сурункали инфекция таъсирида юзага келадиган касалликларида кузатилади. Уларнинг сурункали кечишида беморларга эрталаблари безовта қиладиган йўтал билан балғам ажралиши ва хансираш хос белги ҳисобланади. Балғам ажралиши одатда, нафас сиқишини енгиллаштиради. Яллиғланишга қарши ўтказилган муолажалардан кейин аксарият ҳолларда бронхлар ўтказувчанлиги яхшиланади. Анамнез диққат билан йиғилганда бемор ва унинг авлодида аллергик касалликларнинг йўқлиги аниқланади. Атцетилхолин билан ўтказиладиган кўзгатувчи синама манфий бўлади. Рентгенографияда нафас аъзоларида органик ўзгаришлар (сурункали бронхит, пневмосклероз, пневмония, сил ва бошқа касалликларнинг белгилари) аниқланади. Бронхоскопияда катарал ёки йирингли эндобронхитни кўриш мумкин. Бронхо-альвеоляр суюқликда эозинофилия топилмайди. Балғам шиллик-йирингли бўлиб, унда ҳам эозинофиллар аниқланмайди. Қон таҳлилида нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ юқори бўлади.

Сил касаллигида БОС эндобронхит ривожланган ҳолларда кузатилади. Беморларнинг балғам таҳлилида сил таёқчаси аниқланади ва махсус даво чораларидан сўнг БОС белгилари камаяди. Захмга чалинган айрим беморларда ҳам БОС учрайди. Асосий касалликка қарши ўтказилган муолажалар бемор аҳволини енгиллаштиради.

Обтурацияли бронхообструктив синдром – бунда бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши, нафас йўллариининг механик тиқилиши (бронх ҳамда трахеялардаги яхши ва ёмон сифатли ўсмалар, ёт жисмлар, бронхолит, яллиғланишдан кейинги стеноз, бронхлар аномалияси) ёки кўкс оралиги ўсмалари, катта ўлчамли бўқоқ, бронхопульмонал лимфа тугуналарининг катталашishi натижасида бронх ва трахеяларнинг босилиши, шунингдек, уларнинг экспиратор стенозида кузатилади. Ўсма ёки ёт жисм таъсирида кузатиладиган БОСда беморларни безовта қилувчи асосий шикоятлардан бири қурук йўтал бўлиб, одатда унга қарши дорилар самара бермайди. Жараёнга яллиғланиш белгилари кўшилган ҳолларда балғамли йўтал кузатилади.

Трахея стенозида стридор нафас кузатилиб, асосан форсирланган нафас олишнинг қийинлиги характерлидир. Бронхлар ўсмаси ва ёт жисм бўлганда кузатиладиган обтурациядаги ўпка аускультациясида ассиметрик ўзгаришлар, яъни зарарланган томонда қисқа нафас чиқариш ва хириллашлар мавжудлиги хос белги ҳисобланади. Аммо шу ўринда, нафас йўлларига ёт жисм тушиши натижасида юзага келган БОС ни аниқлашда мукамал йиғилган анамнез муҳим аҳамиятга эга эканлигини, УАВ доимо ёдда тутиши лозим. Бундай ҳолларда зудлик билан бронхоскопия, рентгенография ва аниқ кўрсатмалар бўлганда бронхография

текширувларини ўтказиш ҳамда даво чораларини кўриш учун беморларни ихтисослаштирилган бўлимларга юбориш зарур.

Ўпка ўсмасида бронхиал обструкция хуружлари бемор ётган ҳолатда кучаяди ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар самара бермайди. Бемор балғам ажралгандан кейин ўзини бир оз енгил сезади, унинг таҳлилида эозинофиллар, Куршман спираллари эмас, балки атипик хужайралар аниқланади. Шу билан бирга қон туфлаш, иситмалаш, кўкрак қафасида оғрик, тана вазнини тез камайиши каби белгилар ҳам кузатилади. Ташхис рентгенография, КТ ва кўрсатмалар бўлса ихтисослаштирилган бўлимда ўтказиладиган трахеобронхоскопия ёрдамида тасдиқланади.

Бронхолитиазда кузатиладиган БОС 80% ҳолларда астматик хуружлар билан намоён бўлади. Беморлар анамнезида кўпинча фаол сил ўтказганлиги аниқланади. Тўғри ташхис кўйиш учун бронхоскопия, бронхография ва КТ муҳим ўрин эгаллайди.

Турли хил этиологияли бронх ва трахея стенозида ҳам БОС бронхиал астма хуружлари кўринишида кечади. Улар трахея ва бош бронхни атеросклеротик аневризмаси, катталашган қалқонсимон без ва лимфа тугунлари томонидан босилиши туфайли келиб чиқади. Туғма ва ялиғланишдан кейин кузатиладиган бронхлар стенозида ҳам улар ўтказувчанлигининг обструктив бузилиши юзага келади. Йирик бронхларнинг чандикли стенози сабаби кўп ҳолларда сил касаллиги хисобланади. Ташхис бронхоскопия ёрдамида тасдиқланади.

Трахеобронхиал дискинезия (экспиратор стеноз) – бу йирик бронх ва трахея девори мембранасининг экспиратор коллапси бўлиб, йўталганда ва нафас чиқарганда кучаяди ҳамда нафас йўлларининг қисман ёки тўлиқ ёпилишига олиб келади. Унинг бирламчи ва иккиламчи турлари (кўпроқ СОЎҚда) фарқланади. Беморларда азоб берувчи йўтал, нафас сикиши ва хириллаш кузатилиб, хуруж пайтида қисқа муддатли хушдан кетиш, дисфагия бўлиши мумкин. Рентген текширишда, йўтал ва нафас чиқариш пайтида трахея бўшлиғига унинг девори пролапси ёки бўртиши аниқланади.

Ирритатив бронхообструктив синдром - бронхлар шиллик қаватининг механик, физик, кимёвий омиллар таъсирида шикастланиши ҳам БОС га олиб келади. Унинг ривожланиш механизмида тўғридан-тўғри шикастловчи таъсирлар билан бир қаторда, рефлектор таъсир ҳам катта роль ўйнайди.

Улар орасида саноат ва қурилиш чанглари таъсирида юзага келадиган БОС кўпроқ учраб, жараён узок вақт давомида кремний, йирик дисперсли чангларнинг бронхларга ўтириши билан тушунтирилади. БОС нинг бу шакли глобал муаммо бўлиб, экологиянинг бузилиши, шаҳарларда саноат корхоналари ва автомобил қатновининг ошиб бориши натижасида аҳолини токсик моддалар ва чангдан ифлосланган ҳаводан нафас олиши оқибатида келиб чиқади. Бронхлар шиллик қаватига термик таъсирлар оқибатида кузатиладиган БОС да овоз бўғилиши, қуруқ йўтал ва ҳансирашнинг тез авж олиши характерлидир.

Шунингдек,, қатор кимёвий бирикмалар жумладан, кислота ва ишқорларнинг кам миқдордаги концентрациясини сақловчи ҳаводан узок вақт нафас олиш ҳам обструктив синдромга олиб келади. Унинг клиник белгилар билан намоён бўлиш даражаси физик-кимёвий моддаларни нафас йўлларига кўрсатган таъсирининг оғир-енгиллиги билан бевосита боғлиқдир.

Енгил эрувчан (хлор, аммиак ва бошқалар) моддалар асосан бронх ва трахеяларга, қийин эрувчилари эса (азот оксиди, фосген ва бошқалар) альвеола, бронхиола ва бронхларга чуқур таъсир этади. Заҳарли моддалар таъсирида нафас йўллари бўйлаб некротик яллиғланишга хос ўзгаришлар ривожланиши мумкин. Оқибатда беморларда бронхоспазм, овоз ёригини рефлектор спазми ва нафас тўхташи каби ҳолатлар кузатилади.

Гемодинамик бронхообструктив синдром - кичик қон айланиш доирасидаги ҳар хил этиологияли ва патогенезли гемодинамик бузилишлар (бирламчи ўпка гипертензияси, ўпка артерияси тромбози ва эмболияси, димланган чап юрак етишмовчилиги, митрал стеноз, ўпкадаги веноз димланиш, респиратор дистресс синдромда микроциркуляцияни бузилиши ва бошқа касалликлар) БОС га сабаб бўлиши мумкин.

Юрак касалликларининг декомпенсация босқичида бронхларнинг димланиши оқибатида БОС ва нафас сиқиш хуружлари кузатилади. Бу бронхлар силлик мушакларининг рефлектор спазми натижасида юзага келади. Баъзи ҳолларда БОС нинг пароксизмал кечиши бронхиал астма таъхисининг кўйилишига сабаб бўлади. Юрак астмаси хуружида ўпка устида эшитиладиган хуштаксимон хириллашлар ҳам бронхиал астма билан қиёсий ташхис ўтказишни тақозо этади. Гемодинамик бронхообструктив синдромни таъхислашда ўпкада димланиш ёки шиш белгиларининг аниқланиши, анамнезида юрак, буйрак касалликлари борлиги, нафас сиқишининг улар билан боғлиқлиги, ўпка асосида тўмтоқ перкутор товуш ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилиши ҳамда юрак ўлчамларининг катталаниши муҳим аҳамиятга эга. Юқорида келтирилган касалликларда балғам суюқ ва кўпикли, баъзан эса қон аралаш бўлади. Қон ва балғам таҳлилида эозинофилия аниқланмайди ва юрак фаолиятини яхшиловчи (юрак гликозидлари, периферик вазодилататорлар, сийдик хайдовчи) дорилар яхши самара беради.

Ўпка артерияси тромбоземболиясида БОС белгилари билан бирга, қучли оғриқ ва натижада айрим ҳолларда шок келиб чиқиши, нафас ва юрак етишмовчилигининг тез ривожланиши ҳамда ритм бузилишлари характерли. Ташхис рентгенография, ЭКГ, ЭхоКГ, ангиопульмонография маълумотлари асосида тасдиқланади.

Эндокрин – гуморал бронхообструктив синдром (карциноид синдром) – гармонал фаол энтерохромафин хужайралар ўсмасидан серотонин ишлаб чиқарилиши сабабли кризларнинг юзага келиши оқибатида БОС ривожланади. Касаллик моносиндром типда, бронхиал астма белгиларининг устунлиги билан намоён бўлиши мумкин. Белгиларнинг яққоллиги

Ўсманинг гармонал фаоллигига боғлиқ бўлиб, юз, бўйин, қўл териси гиперемияси, корин дам бўлиши ва ундаги оғриқлар (сувоқ ич келиши билан), уч тавакали клапан фибрози, ўсмани метастаз бериши, ҳолсизлик, бош айланиши ва астма хуружлари билан кечади. Сўнгги босқичларида юрак ўнг қисмларида ўзгаришлар кузатилади. Ташхис ихтисослаштирилган клиникаларда қонда серотонин ва сийдикда 5-оксиндолуксус кислота миқдорининг ошиши билан тасдиқланади.

Гипопаратиреозда бронхоспазм билан бир қаторда, Хвостек-Эрб симптоми (юз нерв-мушак кўзгалувчанлигини ортиши), тетаник тутқаноқ хуружлари кузатилади ва ташхис қўйишда қонда паратгармон миқдорининг пастлиги ҳамда гипокальциемия аниқланиши ёрдам беради. БОС айрим гипоталамик соҳа касалликларида ҳам кузатилиб, беморларда нафас сикиш хуружлари диэнцефал криз негизида (қалтираш, иситмалаш, тез-тез сийиш, хуруждан кейинги узок давом этган адинамия) пайдо бўлиб, хуружлар орасида доимий субфибрилитет, изотермия, ультрафиолет эритема кузатилади. Диэнцефал бронхоспастик синдром мавжудлигини тасдиқлаш учун беморларни ихтисослаштирилган шифохонага юбориш лозим.

Невроген бронхообструктив синдром - нерв тизимининг қуйидаги органик ва функционал ўзгаришларида (энцефалит, контузиядан кейинги синдром, истерия, вегетодистония, адашган нервни механик ва рефлектор зарарланиши) кузатилади. Уларда синдромнинг ривожланиши нерв-рефлектор механизмлари билан боғлиқ.

Контузия оқибатида юзага келган БОС даги астматик хуружлар мия ёпик травмаси билан боғлиқ бўлиб, яққол вегетатив бузилишлар борлиги, нафас сикиш хуружи вақтида кузатиладиган доимий субфибрилитет, шу билан бир қаторда, қон ва балғамда эозинофилия, яллиғланиш белгиларини кузатилмаслигига эътиборни қаратиш керак. Неврастения ва истериядаги астма хуружларида нафас тезлашган, гипервентиляция синдроми, ларинго ва бронхоспазм кузатилади. Одатда бундай ҳолларда астмага қарши дорилар ёрдам бермайди. Адашган нерв кўзғалиши оқибатида юзага келган бронхоспазмга механик (босилиши, операция пайтида кесилиши) зарарланиш ва рефлектор кўзғалишлар сабаб бўлади.

Айрим ҳолларда диафрагманинг қизилўнгат тешиги чуррасида ҳам БОС ривожланиб, унинг белгилари фақат радикал давондан кейин тўлиқ йўқолади.

Кимёвий-токсик бронхообструктив синдром – кимёвий моддалар (инсектицид, фунгицид), шу жумладан, тиббиётда ишлатиладиган дорилар (β-блокаторлар, циклопропан, тиопентал натрий) таъсирида ривожланади.

Шу ўринда, БОС ёки БА айрим дориларга идиосинразия (йод, бром, аспирин, НЯҚВ, айрим антигистамин дорилар) оқибатида ҳам кузатилишини ва улар орасида аспирин алоҳида ўрин тутишини УАВ доимо ёдда сақлаши лозим.

Бронхообструктив синдромнинг давоси

Биринчи навбатда, шифокор олдида тўғри таъхис кўйиш ва зудлик билан даволаш чораларини бошлашдан иборат бўлган вазифа туради. Бунинг учун касаллик сабабини ва унинг асосида ётган механизмни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Шунга асосан даволаш этиологик, патогенетик ва симптоматик олиб борилади.

Этиологик даво – касалликнинг келиб чиқишига аллергенлар сабаб бўлса, беморнинг улар билан алоқаси бартараф этилади, сезувчанликни камайтириш мақсадида гипосенсибилизация ўтказилади.

Бронхлар механик обтурациясида уларнинг ўтказувчанлигини тўлик тиклаш учун аксарият ҳолларда жарроҳлик усулларида (бронхоаденома, ёт жисм ва бошқа сабабларни бартараф этиш) фойдаланилади. Гипопаратиреоз оқибатида обтурация келиб чиққан бўлса, кальций ва гармон препаратлари буюрилади.

БОС юракнинг чап бўлаги стишмовчилиги оқибатида юзага келса, кўриладиган чора – тадбирлар асосий касалликни даволаш билан бирга бронхлар обструкциясини тиклашга қаратилиши лозим.

Обструктив синдром гижжалар ва замбуруғлар таъсирида кузатилса, уларга қарши махсус даво мутахассис билан биргаликда олиб борилади.

Ўпка ва бронхларнинг инфекцияга боғлиқ яллиғланиш касалликларидаги БОС да қўзғатувчига қарши мос антибиотикотерапия тавсия этилади. Даволаш билан бир қаторда, балғамни экиб мавжуд микроорганизмларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Бронхиал обструкция рухий бузилишлар (истерия) ва вегетатив дисбаланс (гипервентиляция синдроми ва бошқалар) натижасида бўлса седатив, нейролептик, ухлатувчи ва антидепрессант препаратлардан фойдаланилади. Кимёвий-токсик таъсирлардан юзага келган БОС да тезлик билан бемор ҳамда ушбу моддалар орасидаги алоқани бартараф этиш ва улар таъсирини нейтраллаш тадбирлари кўрилади.

Патогенетик даво – БОС асосида аллергик яллиғланиш механизмлари ётган ҳолларда унга қарши специфик ва носпецифик десенсибилизация ўтказилади ҳамда иммунодепрессантлар тавсия этилади. Специфик десенсибилизация аниқ аллергик ҳолат, яъни БА атопик шаклида ўтказилади. Унга кўрсатма бўлган ҳолларда, УАВ беморни мутахассис шифокорга юбориши лозим.

Антиген-антигела реакциясига таъсир этиш мақсадида аллергияга қарши дори воситалари: интал, кетотифен, ГКС ва цитостатиклар буюрилади. Шунингдек, аминохинолин препаратларини (хлорохин, делагил, плаквенил) касалликнинг енгил шаклларида қўллаш мақсадга мувофиқ. Улар кунда 2 та таблеткадан 2-3 ҳафта, кейин 1 та таблеткадан (плаквенил 200 мг, делагил 250 мг) бир неча ой ёки йил давомида (қарши кўрсатмалар кузатилмаган ҳолларда) тавсия этилади. Узоқ вақт қабул қилинганда, терида тошма,

кичима, депрессия, сочининг депигментацияси, бош оғриши, лейкопения ва тромбоцитопения каби ножўя таъсирлар юзага келиши мумкин.

Интал (натрий хромогликат) ва задитен (кетотифен) касалликнинг энгил асоратсиз кечишида, поллинозда атопик бронхиал астмада, ёш беморларда, бронхларнинг аллергик яллиғланишида ва профилактика мақсадида буюрилади. Интал семиз хужайралар мембранасига стабилловчи, ундан медиаторлар ажралишини тўхтатувчи ҳамда дегрануляция, яллиғланиш ва аллергияга қарши таъсир этиб, бронхоспазм ривожланишини камайтиради. У капсулада чиқарилади ва махсус ингалятор-спинхайлер ёрдамида ишлатилади. Кунда 1 капсуладан (20 мг) ҳар 6 соатда қабул қилинади ва таъсир самараси 2 ҳафтадан кейин бошланади. Яхши самарага эришиш учун бир неча ой ва ҳатто йил давомида буюрилади. Агар ундан фойдаланилганда, беморда ножўя таъсирлар юзага келса, дитек аэрозоли (интал ва беротек комбинацияси) тавсия этилади.

Кетотифен бир (1 мг) таблеткадан эрталаб ва кечкурун, седатив таъсири бўлганлиги учун дастлабки кунларда 0,5 таблеткадан фақат кечкурун ичишга буюрилади. Унинг ножўя таъсири жуда кам бўлиб, айрим ҳолларда ўтиб кетувчи уйқучанлик ва кўнгил айниши кузатилади.

Натрий недокромил (тайлед) бронхоспастик реакциялар бошланишини олдини олишда инталга нисбатан терапевтик самараси 4-10 барабар кучлироқ. Таъсир механизми яллиғланишга алоқадор турли хужайралардан ажралиб чиқадиган моддаларнинг фаоллашувига тўсқинлик қилиш билан боғлиқ. Препарат бронхларни антигенлардан, физик ва кимёвий омиллардан химоя қилади, шунингдек, нейроген таъсирларга қаршилиқ кўрсатади. Тайлед БАнинг аллергик ва инфекцион-аллергик турларини даволашда узоқ муддат ишлатилиб, таъсири аста-секин кучайиб боради. Бу препаратдан фойдаланиш БОС нинг энгил шаклларида қисқа муддат таъсир этадиган бронхолитикларни ишлатишдан воз кечиш имконини беради. Беморлар ГКС қабул қилаётган ҳолларда уларни дозасини камайтириш учун шароит яратади. Препарат 2 мл аэрозоллар кўринишида чиқарилади ҳамда беморларга бир ишлатишда 2 та ингалциядан кунда 2 маҳал буюрилади ва ўзида 112 дозани сақлайди.

Аллергик ва аутоиммун генезли бронхообструктив синдромда ГКС касалликнинг оғир шаклларида (астматик статус, шокнинг оғир кечиши, оғир кечган аллергик реакциялар, тугунчали периартерит) тавсия этилади. Бундан ташқари, сурункали обструктив ўпка касаллиги ва ўткир пневмониянинг оғир кечишларида қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолларда (3-4 кун) ишлатилади. Яллиғланишга қарши юқори самарали таъсир этувчи ГКС дексаметазон бўлиб, у гидрокортисондан 180 марта юқорироқ кучга эга. Уларни қабул қилиш индивидуал бўлиб, касалликнинг оғирлиги, кечиши, фармакодинамикаси ва ножўя таъсирига боғлиқ. Касалликнинг ўртача оғир кечишида бошланғич доза сифатида 15-20 мг преднизолон ичишга буюрилади. Энгил кечганда ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар (задитен

ва интал) кам самара берганда, ингальяция ҳолида чиқариладиган ГКС (бекотид ва бошқалар) тавсия этилади. Оғир беморларда, кўпроқ астматик статусда гармонлар катта дозаларда: I-даражасида 30 мг преднизолон ҳар 3 соатда; II- даражасида 60-120 мг ҳар 60-90 дақиқада томир ичига юборилади. Сўнгги йилларда касаллик ўта оғир кечганда пульс-терапиядан (1.000 мг преднизолон; метилпреднизолон 300 мл физиологик эритмада 40-50 дақиқа давомида томир ичига) фойдаланилади.

Ингальяция ҳолида чиқариладиган ГКС ишлатиш қулай ва самарали бўлиб, гармонлар ичишни кечлашга ва дозасини камайтиришга имкон яратади ҳамда турли асоратлар (Иценко-Кушинг синдроми, гипергликемия, кальций ажралишининг кўпайиши, остеопароз, сув алмашинувининг бузилиши, «стероид» тошма-ярачаларнинг пайдо бўлиши, гиперкоагуляцияга, инфекцияларга мойиллик ва бошқалар) рўй беришини камайтиради. Изоникотинат дексаметазон, триамцинолон-ацетонид, беклометазон дипропионат, флюнисолидлар ушбу гуруҳга кириди ва уларни аэрозол ҳолида қўллаш самарали эканлиги ва ноҳўя таъсирлари кескин камайиши амалиётда исботланган. Қуилик дозаси ўртача 400-600 мкг ни ташкил этади. Доимий қабул қиладиган беморлар эса зарур клиник самарага эришиш учун кунда 1.000-1.200 мкг дозадаги аэрозолдан ингальяция олишлари лозим. Нафас йўлларининг дистал қисмига дори таъсири етиб бориши учун аэрозолли ГКС ишлатишдан 15-20 дақиқа олдин беморларга 1 доза симпатомиметиклардан нафас олиш тавсия этилади. Оғиз бўшлиғи кандидози, овоз бўғилиши ва томоқ қуришининг олдини олиш мақсадида уларни ишлатишдан кейин томоқ ва оғизни илик сув билан чайиш керак. Одатда ГКС, шу жумладан, ингальяция ҳолида ҳам 10-15 кун давомида беморларга буюрилиб, самарадорлиги кузатилган ҳолларда қабул қилиш давом эттирилади. Самарадорлигини аниқлаш учун эса ташқи нафас фаолияти текшириб кўрилади. Иммуно бронхообструктив синдромда, ГКС билан даволаш самарасиз бўлса ёки ноҳўя таъсири туфайли қабул қилиш имконияти бўлмаса цитостатиклар (6-меркаптопурин, азатиопирин, циклофосфан) буюрилади. Аммо уларни кичик дозаларда ишлатганда ҳам турли хавфли асоратлар (суяк илигида қон ишлаб чиқарилишининг сусайиши, иммунитет пасайиши, ўсмалар пайдо бўлиши) кузатилишини шифокор эътиборга олиши лозим.

БОСнинг оғир кечиш ҳолларида сўнгги йилларда экстракорпорал усуллардан (гемосорбция, плазмафарез) ҳам кенг фойдаланилмоқда.

Симптоматик терапия - бунга бронхларни кенгайтирувчи ва мукоцилиар транспорт бузилишини яхшиловчи дорилар кириди. БОСни даволашда бронхларни кенгайтирувчи дорилар гуруҳи муҳим ўринлардан бирини эгаллайди ва таъсир механизми бўйича 3 гуруҳга бўлинади:

1). селектив β_2 – адренорецептор стимуляторлари (адреномиметиклар ёки β_2 – агонистлар);

2). ингальяцияда қўлланиладиган М-холинolitikлар (антимускарин бронходилататорлар);

3). метилксантинлар.

β_2 – агонистлар бронхлардаги β_2 – адренорецепторларга кўзгатувчи таъсир кўрсатади. Улар қисқа ва узоқ таъсир этувчи гуруҳларга бўлинади. Қисқа таъсир этувчи β_2 – агонистлар ингальяция ҳолида ўткир бронхиал обструкцияни бартараф этишда юқори самарага эга. Ингальяторни бир марта босганда одатда 1 доза препарат чиқади. Агарда бронхиал астма билан боғлиқ бўлган БОС да ингальятор хафтада 1 мартадан кўп ишлатилса, касалликнинг оғирлашаётганлиги белгиси ҳисобланади ва беморга яллиғланишга қарши дорилар буюрилади. Амалиётда қисқа таъсир этувчи β_2 – агонистлардан қуйдагилари ингальяция ҳолида фойдаланилади:

- сальбутамол (вентолин, сальбен, саламол);
- тербуталин (бриканил);
- фенотерол гидробромид (беротек Н).

Улар селектив бўлишига қарамадан бронхиал обструкция хуружида 2 та дозадан буюрилади ва кунда 4 мартадан кўп ишлатиш мақсадга мувофиқ эмас. Акс ҳолда тахикардия чақириб, тесқари самара бериши мумкин.

Узоқ таъсир этувчи селектив β_2 – агонистлардан қуйида келтирилганларини ишлатиш тавсия этилади:

- формотерол фумарат (оксис турбухалер, форадил);
- сальметерол (серевент, сальметер);
- сальбутамол гемисукцинат (сальтос).

Булар ҳам ингальяция ҳолида кунда 1-2 марта буюрилади. Узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар бронхиал астма хуружларини бартараф этиш учун эмас, кўпроқ СОЎК ни даволашда биринчи қатор препаратлари сифатида фойдаланилади.

Бронхларни кенгайтирувчи дориларни тавсия қилганда, обструкциянинг келиб чиқиш механизми ва беморларнинг дориларга бўлган индивидуал сезувчанлигини ҳисобга олиш лозим. Бунинг учун функционал бронхолитик синамалар ўтказилади ва беморнинг қайси дорига сезувчанлиги юқори (бронхларни кенгайтириш хусусиятига қараб) бўлса, шу препарат тавсия этилади. β_2 – агонистларнинг бошқа дорилар билан комбинациялари ҳам амалиётда кенг қўлланилади. Уларга аэрозолли ингальяторлар – комбипэк (беротек ва теофиллин), беродуал (беротек ва атровент) ва бошқалар киради.

Агар беморда обструкция бронхоспазм ва бронхлар шиллик қавати шиши ҳисобида бўлса, атровент ва эфедринни бирга бериш, обструкция сабаби адренергик ва холинергик механизмдан иборат бўлса, беродуал тавсия этиш мақсадга мувофиқ. Обструкциянинг асосида яллиғланиш жараёнлари ётса, холинолитиклардан атровент ёки тровентол ингальяторлари буюрилади. Бронходилататорларни тавсия қилганда, бронхлар ўтказувчанлигининг кун давомида ўзгариб туришини ҳам ҳисобга олиш керак. НЧАТ кўпинча кундузи юқори бўлиб, кечкурун пасайиши, баъзи ҳолларда эса кун давомида ўзгариб туриши мумкин. Шунинг ҳисобга олиб, бронхларни кенгайтирувчи дорилар индивидуал (уларни юқори спазмга учраган вақтида) тавсия қилинади.

Ингаляцияли М-холинolitikлар сурункали обструктив ўпка касаллигида ва унинг негизида бронхиал астма кузатилган ҳолларда яхши самара беради. Ушбу гуруҳга кирувчи ипратропиум бромид (атровент) ингалятори республикамиз дорихоналарида мавжуд. Препарат бронхоконстрикцияни даволашда юқори самарадорлиги ва ножўя тизимли таъсирлари камлиги билан бошқалардан ажралиб туради. Унинг ўзига хос томонлари куйидагилардан иборат:

- ёши катта беморларга ҳам тавсия этилиши;
- глаукома ва простата безининг яхши сифатли гиперплазияси (аденомаси) мавжуд бўлган беморларга ҳам буюриш мумкинлиги;
- миокарднинг кислородга бўлган талабини оширмаслиги ва тахикардия чақирмаслиги;
- узок ишлатилганда, дорига бўлган чидамлилиқнинг ривожланмаслиги;
- вазодилатацияга олиб келмаслиги.

Атровент 2 ингаляциядан (40 мкг) кунда 3-4 марта тавсия этилади. Максимал таъсири 30-60 дақиқадан кейин бошланади ва 3-6 соат давом этади. СОЎКга чалинган беморлар уни узок вақт, ҳатто бугун ҳаётлари давомида қабул қилишлари мумкин. Амалиётда сўнгги йилларда комбинацияли бронходилататор - беродуал Н (беротек 50 мкг + атровент 20 мкг) муваффақиятли ишлатилмоқда.

Метилксантин (теофиллин) ларнинг таъсири фосфодиэстеразининг тормозланиши натижасида цАМФ миқдори ошиши ва оқибатда бронхлар силлиқ мушакларининг қисқарувчанлиги камайиб, уларнинг кенгайишига асосланган. Бундан ташқари, ксантинлар эндоген катехоламинлар синтези ва уларнинг ажралиб чиқишини кучайтиради. Улар БОСда (сурункали обструктив ўпка касаллигида) самарали (юқорида келтирилган дозаланган ингаляторлар керакли натижа бермаганда) қўлланилади. Аммо ушбу гуруҳга кирувчи дориларнинг даволаш ва токсик дозаларининг бир-бирига яқинлиги катор салбий таъсирларни келтириб чиқаради. Улар орасида кардиотоксик ва аритмоген таъсирлари алоҳида ўрин эгаллаб, миокарднинг кислородга бўлган талабини оширади. Шунинг учун амалиётда ёши улуг беморларга камроқ қўлланилади ёки умуман тавсия этилмайди.

Метилксантинларнинг кондаги миқдорини 5-15 мг/л атрофида сақлаб туриш лозим. Шунда уларнинг ножўя таъсирлари камайиб, сезиларли даражада бронхолитик самарага эришилади. Метилксантиллар ҳам қисқа ва узок таъсир этувчи гуруҳларга бўлинади. Қисқа таъсир этувчиларга теофиллин, аминофиллинлар (эфиллин) киради ва улар хуружни тўхтатишда муҳим аҳамиятга эга. Тез самара олиш учун одатда томир ичига юборилади. Узок таъсир этувчиларга теопек, неотепеклар кириб, улар обструктив бронхитда ва кечки бронхиал астмада буюрилади.

Муолажаларни узок таъсир этувчи дорилардан бошлаш мақсадга мувофиқ. Жумладан, улардан теопекни ҳар 12 соатда 150 мг.дан бошлаб, ушбу доза самара

бермаса, навбатдаги доза тайинланади. Дори қабул қилиш вақтини касаллик хуружларидан келиб чиқиб (масалан, хуружлар тунда бўлса, кечқурунлари) буюриш керак. Касаллик енгил кечганда эуфиллин таблеткаси ичишга, ўргача оғир кечганда дозаланган аэрозолли (β_2 – агонистлар, холинолитиклар) ингаляторлар, бронхообструкция, оғир кечганда метилксантинлар вена ичига (эуфиллин 2,4% ва бошқалар) юборилади. Охири йилларда метилксантинлар ингаляцияли М-холинолитик ва β_2 – агонистлардан кейин БОС ни даволашда 3-чи ўринни эгаллайди.

Бронхлардан секрет ажралишига таъсир этувчи препаратларни – БОС да тавсия этишдан мақсад йўтални камайтириш ва балғамни суюлтириш, унинг кўчишини енгиллаштириш ҳамда бронхлар ўтказувчанлигини яхшилашдан иборатдир.

Балғам кўчирувчи дорилар куйидаги гуруҳларга бўлинади;

I. Мукоцилиар клиренс стимуляторлари. Бу гуруҳга бронходилататорлар (селектив β_2 – агонистлар, М-холинолитик ингаляторлари, метилксантинлар) ва ГКС киради.

II. Балғамнинг настқи қаватиға таъсир этувчи препаратлар. Улар ўз навбатида, маҳаллий регидратантлар (натрий гидрокарбонат, аммоний хлорид, ош тузи эритмаси) ва бронхлардаги безларни стимуловчи дори гуруҳларига (йод препаратлари, термопсис, алтей илдизи, ва бошқалар) бўлинади.

Аммоний хлорид (нашатир) кучли балғам кўчирувчи бўлиб, ҳар 2 соатда қўллаш керак бўлади ва ошқозон-ичак тизимига салбий таъсир этиши, ацидоз чақириши сабабли ҳозирги вақтда деярли ишлатилмайди.

Йод препаратлари (3% ли калий йодид, 1% ли натрий йодид) тўғридан-тўғри бронх безларига таъсир этиб, секрециясини кучайтиради ва муколитик восита тариқасида буюрилади.

Термопсис ўти таркибида алкалоидлар, сапонинлар, эфир мойи бўлиб, балғам кўчирадиган, катта дозаларда эса кустирувчи таъсир кўрсатади. У дамлама, порошок, таблетка (0,01 г) ҳолида чиқарилади.

III. Балғамнинг юқори-қуюқ қаватиға таъсир этувчи препаратлар.

1. Бронх ичига таъсир этувчилар.

Илгари амалиётда ушбу таъсирга эга бўлган протеолитик ферментлар кўп ишлатилган. Хужайра қобиғининг бузилишига, альвеолалараро тўсикнинг деструкциясига сабаб бўлиши, қон туфлаш ва ҳатто ўпкадан қон кетишига олиб келиши туфайли амалиётда бу дорилар ишлатилмайди. Ҳозирги пайтда бу гуруҳ препаратларидан цистеин унумлари (ацетилцистеин, карбоцистеин) кенг қўлланилмоқда. Улардан *ацетилцистеин* энг фаол муколитик ҳисобланади. Аммо БА да бронхоспазмни кучайтиришини эсда тутмоқ лозим. Дорихоналарда оддий АЦЦ-100, АЦЦ-200, ацетилцистеин-седико ва таъсири узайтирилган АЦЦ-лонг ацетилцистеин шакллари мавжуд. Ингаляция учун 20% ли эритмаси 5-10 мл.дан ампулаларда, 2 мл.дан инъекцияда чиқарилади. *Карбоцистеин* муколитик, мукорегулятор ва секретор ҳамда антиоксидант таъсирга эга.

2. Хужайра ичи секретиясини меъёрловчилар.

Бу гуруҳга бромгексин ва амброксал киради. Айнап ушбу препаратлар сурфактант чикишини кучайтиради. Бронхлар секретининг суюқлашишига, балғамнинг камайишига ва осон ажралишига имкон яратади. Бу дориларни қабул қилганда кўп миқдорда илиқ суюқлик ичиш керак. Бромгексин 0,008 гдан чиқарилади ва етарли самара олиш учун кунда 10-16 таблеткадан тавсия этилади.

Амброксал гидрохлорид (лазолван, халиксол ва бошқалар) секретор ва мукокинетик таъсир этиб, бронхлардаги киприкли эпителийларни фаоллигини оширади. Унинг ноҳўя таъсирлари кам бўлганлиги сабабли, чақалокларга ҳам буюриш мумкин. Таблетка 30 мгдан кунда 3-4 марта ичишга ёки сироп ҳолида буюрилади. Беморларнинг мукоцилиар етишмовчилик (МЦЕ) даражасини ҳисобга олган ҳолда, балғам кўчирувчи дорилар тавсия этилса мақсадга мувофиқ.

МЦЕнинг I-II даражасида (БОС нинг енгил ва ўрта оғир кечишида) замонавий балғам кўчирувчи дорилар-ласольван, бромгексин, мукодин, мистаброн ва бошқалар ҳамда мукоцилиар тизимни кучайтирувчи симпатомиметиклар ва теофиллин унумлари буюрилади. Улар орасида энг самаралиси ласольван (ледоксольван, амброксол-НСI) ҳисобланиб, 1 таблеткадан 3 марта овқатдан кейин, сироп ҳолида 10 млдан 3 кун, кейин 5 млдан 3 марта ёки ингаляция ҳолида ишлатилади.

МЦЕ нинг III даражасида (сурункали йирингли бронхит, бронхоэктаз) бронхоскопия ёрдамида даволовчи санация ва албатта 20-30 дақиқа давомида ишқорли ингаляция (1-4% ли натрий бикарбонат 15 мл), кейингиси кунда 2 марта ҳар 12 соатда буюрилади. Бу муолажалар шиллик каватдаги шишни камайтиради, балғамни суюлтиради ва унинг ажралишини яхшилади.

БОС ни даволашда юқоридагилардан ташқари, индивидуал нафас машини, кўкрак қафаси массажи ва бошқа физиотерапия усуллари тавсия этилади.

Сурункали обструктив ўпка касаллиги

Сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК), бутун жаҳонда аҳоли касалланиши ва ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб, муҳим ижтимоий ва тиббий муаммо ҳисобланади. Шунинг учун унинг олдини олиш ва даволаш бутун соғлиқни сақлаш тизими, шу жумладан, УАВ нинг муҳим вазифасидир.

Касаллик меҳнатга яроқсизлик ва ногиронлик сабаби бўйича олдинги ўринлардан бирини, ўлимга олиб келувчи касалликлар орасида эса 4-чи ўринни эгаллайди. СОЎК – унинг бирламчи носпецифик яллиғланиши бўлиб, нафас йўллари дистал бўлими ва ўпка паренхимаси шикастланиши, эмфизема ривожланиши ва авж олиб боровчи қайтмас бронхиал обструкция

(ёки қисман қайтар) шаклланиши билан кечади. Натижада беморда бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши ва ўпка-юрак ҳамда сурункали нафас етишмовчилиги ривожланиб, жисмоний зўриқишга чидамлик ва ҳаёт сифати пасайиши кузатилади.

Сурункали обструктив ўпка касаллигига олиб келувчи хавф омиллари

1. *Ташқи омиллар:*

- тамаки чекиш (80-90% ҳолларда);
- атроф-муҳитнинг ифлосланганлиги ва касбга боғлиқ бошқа зарарли омиллар (дефолиантлар, хлорорганик бирикмалар, пахта, дон чанглари, олтингугурт ва азот диоксидлари, ҳавода кадмий ва кремний моддалари ошиши);

- турар жой биноларида синтетик қурилиш материалларидан фойдаланиш;

- ижтимоий-иқтисодий аҳволнинг пастлиги;

- ёшликдаги пассив чекиш;

- аденовирусли инфекциялар;

- витамин «С» етишмовчилиги;

- ичкиликбозлик ва гиёҳвандлик.

2. *Ички омиллар.*

- $\alpha 1$ -антитрипсин (4-5% наслдан-наслга ўтади) ва $\alpha 2$ -макроглобулин етишмовчилиги;

- ёшнинг 40 дан юқори бўлиши;

- эркак жинсига мансуб бўлиш;

- чала туғилган шахслар;

- IgE нинг юқори даражада бўлиши;

- бронхларнинг гиперреактивлиги;

- наслий мойиллик;

- иммун ҳолатнинг ўзгарганлиги (IgA нинг камайиши);

- A(II) кон гуруҳи;

- кам тана вазнда туғилиш.

Куйида (3-жадвал) «сурункали обструктив ўпка касаллиги бўйича кенг миқёсдаги ташаббус» халқаро ташкилоти томонидан 2003 йилда тавсия этилган СОЎК классификацияси ва унга мос клиник белгилар келтирилган.

Обструкциянинг қайтарилувчан тури бронхлар шиллик пардалари яллиғланиши, уларнинг шишиши, балғам билан тўсилиб қолиши, қадахсимон ҳужайралар сони ортиб, зўр бериб ишлаши оқибатида юз берадиган шиллик пардалар гиперсекрецияси ҳамда бронхлар спазми билан боғлиқ. Бу ўзгаришлар нафас йўлларининг торайиши, яъни БОС ривожланишига олиб келади. Баён этилган механизмлар асосан парасимпатик асаб тизими (холинэргик рецепторлар) нинг фаоллашуви туфайли юзага келади.

3 - жадвал

**Сурункали обструктив ўпка касаллиги классификацияси (GOLD
– Global Strategy for Chronic Obstructive Lung Disease, 2003)**

Даражаси	Асосий клиник белгилар	Функционал кўрсаткичлар
I. Енгил	Сурункали йўтал, доимий бўлмаган балғам ажралиши	<ul style="list-style-type: none"> • ЖНЧ1/ЎЖТС <70% • ЖНЧ1 ≥ 80% меъерий кўрсаткичдан
II. Ўртача оғир	<ul style="list-style-type: none"> • Эрталабларни яққол пфодаланган доимий йўтал, мунтазам бўлмаган оддий балғам ажралиши • Кичик жисмоний зўриқишда кейин ҳансираш 	<ul style="list-style-type: none"> • ЖНЧ1/ЎЖТС <70% • 50% ≤ ЖНЧ1 <80% меъерий кўрсаткичдан
III. Оғир	Доимий йўтал, балғам ажралиши, ҳансираш	<ul style="list-style-type: none"> • ЖНЧ1/ЎЖТС <70% • 30% < ЖНЧ1 <50% меъерий кўрсаткичдан
IV. Жуда оғир	Йўтал, балғам ажралиши, ҳансираш	<ul style="list-style-type: none"> • ЖНЧ1/ЎЖТС <70% • ЖНЧ1 <30% ёки ЖНЧ1 <50% меъерий кўрсаткичдан, сурункали нафас етишмовчилиги ёки ўнг қоринча етишмовчилиги

Эслатма: ЖНЧ1 – 1 сонияда жадал чиқарилган нафас ҳажми, ЎЖТС – ўпканинг жадаллашган тириклик снгими. ЖНЧ1/ЎЖТС – Тиффно индекси

Обструкциянинг қайтарилмас тури альвеоляр деструкция туфайли, ўпка эластиклик хусусиятини йўқолиши сабабли шаклланади. СОЎКга учраган беморларда ҳужайра мембранасининг бириктирувчи тўқимага тегиб турадиган жойларида фаол нейтрофилларнинг кўп миқдорда тўпланиши кузатилади. Нейтрофилларнинг кўчган жойларида ажралган эластаза миқдори ингибиторларнинг шу ферментни назорат қилиш қобилиятидан устунлик қилади, Ушбу ҳол ўпка бириктирувчи тўқимаси деструкциясига, перибронхиал фиброз ва ниҳоят, марказий лобуляр ёки панлобуляр эмфизема ва бронхлар экспиратор коллапс шаклланишига сабаб бўлади. Альфа-1-антитрипсин нейтрофил эластазасининг асосий ингибитори ҳисобланади. Бу фермент танқислиги майда капиллярларда қон айланишининг издан чиқишига, альвеолаларо бўшлиқларнинг смирилишига олиб келади. Оқибатда ўпка гипертензияси ва кейинчалик ўпкали-юрак ривожланади.

СОЎК патологоанатомик жиҳатдан сурункали обструктив бронхит ва эмфиземанинг ўзига хос комбинацияси ҳисобланади. Шунинг учун барча хорижий мамлакатларда «сурункали обструктив ўпка касаллиги» атамаси билан юритилади.

Сурункали обструктив ўпка касаллигини ташхислаш

Анамнез. Сурункали йўтал ва ҳансираш 2 йил давомида йилига 3 ойдан кўп давом этиб, беморда хавф омиллари мавжуд бўлса СОЎК тўғрисида ўйлаш керак. Агар бемор чекувчи бўлса, ЖССТ томонидан тавсия этилган чекиш индексини ҳисоблаш лозим. Бунинг учун, *1 кунда чекилган сигаретлар сонини 12 га кўпайтириш*, агар чекиш индекси > 160 бўлса СОЎКга хавф борлигини, индекс > 200 , бўлса бемор «ашаддий чекувчи» эканлигини кўрсатиб, хавф юкори ҳисобланади.

Шикоят. Касалликнинг эрта белгиларидан бири кўпроқ эрталаблари унча кўп бўлмаган шилликли характердаги балғам ажралиши билан кечувчи *йўтал* бўлиб, аксарият ҳолларда бемор ҳаётининг 40-50-чи йилларида кузатилади. Балғамнинг йирингли характери касалликнинг кўзиганлигидан далолат беради. Баъзан бунда кам миқдорда қон бўлиши ҳам мумкин. СОЎКга хос бўлган асосий белгилардан бири ҳансираш ҳисобланиб, у кўпроқ беморларнинг шифокорга мурожаат этишига сабаб бўлади. Ҳансираш одатда илк йўтал пайдо бўлганидан тахминан 10-йиллардан сўнг кузатилиб, аввал беморларни фақат жисмоний зўриқиш пайтида безовта қилади.

Бундан ташқари, қатор тизимли ўзгаришлар (тана вазнининг пасайиши, гипоксия, гиперкация, мушаклар ва диафрагма ҳолсизлиги синдроми, руҳиятнинг ўзгариши, депрессия) натижасида умумий ҳолсизлик, эрталаблари бош оғриши, кундузи уйқучаплик, кечаси уйқусизлик, камҳаракатлик, кайфият пастлиги, таъсирчанлик кузатилади.

СОЎК кечишининг иккита клиник шакли фаркланади – бронхолитик (бемор кўздан кечирилганда, тери қопламларининг “кўкиш шиш” кўринишида бўлиши) ва эмфизематоз (бемор кўздан кечирилганда, тери қопламларининг “қизғиш тусда бўлиши”). Бу икки шаклларнинг бир-бирдан фарқи 4-жадвалда келтирилган ҳамда 5-расмда тасвирланган.

Касалликнинг эрта даврларида бемор кўздан кечирилганда, СОЎКга оид белгилар аниқланмайди. Унинг ўрта оғир ва оғир кечишида юкоридаги қайд этилган шаклларнинг кўпроқ биргаликда келиши учрайди.

Беморни объектив текширишда аниқланган ўзгаришлар ўпка эмфиземаси ва нафас йўллариининг обструкцияси даражасига узвий боғлиқ. Перкуссияда ўпка устида қутича товуш, диафрагма ҳаракатининг чегараланганлиги ва кўкрак қафаси ригидлигининг камайиши аниқланади. Аускультацияда СОЎК типик кечганда, нафас олишнинг қисқалиги ва жадал нафас чиқаришда хуштаксимон ҳириллашлар, каттик ёки

сусайган везикуляр нафас эшитилади. Юрак ўнг чегаралари кенгайган ва ўпка артерияси устида иккинчи тон акценти қайд этилади. СОЎКга чалинган беморларда ўткир ёки сурункали нафас стишмовчилиги, ўпка гипертензияси, ўпка-юрак, иккиламчи полицитемия, юрак стишмовчилиги, пневмония, спонтан пневмоторакс, пневмомедиастинум, ўпка артерияси майда шохчаси тромбозболияси каби асоратлар кузатилиши мумкин.

4-жадвал

Сурункали обструктив ўпка касаллиги эмфизематоз ва бронхлитик шаклларига хос бўлган асосий клиник белгилар

Белгилар	Эмфизематоз	Бронхлитик
Асосий клиник белги	Ҳансираш устунлиги	Йўтал устунлиги
Обструкция	Яққол	Яққол
Ўпкада хавони кўп тўпланиши	Яққол ривожланган	Кам ривожланган
Тери ранги	Қизғиш-кўкимтир	Диффуз кўк цианоз
Ўпка - юрак, гипоксия	Кеч ривожланади	Эрта ривожланади
Ўпка гипертензияси ва ўнг қоринча стишмовчилиги	Кеч ривожланади	Эрта ривожланади
Полицитемия	Бўлиши мумкин	Характерли эмас
Кахексия	Кўпинча кузатилади	Характерли эмас
Ҳаёт давомийлиги	Кўп	Кам



5-расм. Сурункали обструктив ўпка касаллигининг эмфизематоз ва бронхитик шаклига чалинган беморларнинг ташқи кўриниши

Беморларга аниқ ташхис қўйиш учун қуйидаги қатор асбобий текширишларни ўтказиш лозим. Улар орасида *ташқи нафас функциясини аниқлаш* етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ушбу усул нафақат ташхис қўйиш, балки касалликнинг оғирлик даражасини, авж олиш даврини, прогнозини, меҳнатга лаёқатлилик даражасини аниқлаш ҳамда индивидуал терапия танлаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш имконини яратади. *Ташқи нафас функцияси* кўсаткичлари ЖНЧ1 – 1 сонияда жадал чиқарилган нафас ҳажми, ЎЖТС – ўпка жадаллашган тириклик сизими, ЖНЧ1/ЎЖТС – яъни Тиффно индексига қараб баҳоланади. Касаллик даражасидан катъи назар Тиффно индекси 70% дан паст бўлса бу обструкцияга хос белги ҳисобланади. Ушбу ўзгариш беморда бир йилда камида 3 марта аниқланган ҳолларда обструкция сурункали ҳисобланади.

Бронхолитик синамалар обструкциянинг бор ёки йўқлиги, шунингдек,, унинг қай даражада қайтар ёки қайтмаслигини аниқлаш, касалликни прогноз қилиш, бронхиал астмани инкор этиш ва дориларни индивидуал танлаш мақсадида ўтказилади. Бунинг учун β-адреномиметиклар (сальбутамол 400 мкг. ёки фенотерол 400 мкг), М-холиноблокаторлар (ипратропиум бромид-атровент 80 мкг) ёки комбинацияланган препаратлар (фенотерол 50 мкг + ипратропия бромид 20 мкг - беротек) ишлатилади.

Пикфлоуметр ёрдамида НЧАТ ги аниқланиб, унга асосан бронхиал обструкциянинг кунлик ўзгариши, унинг ўтказувчанлиги, даво самарадорлиги баҳоланади ҳамда қиёсий ташхис ўтказиш имкони туғилади. Бу усулни оддий ва тез бажариш имконияти мавжудлиги сабабли, нафақат шифохона, балки УАВ томонидан ҚВП ва ОП шароитида ҳам амалга ошириш мумкин.

$$X = \frac{НЧАТ_{кечкурун} - НЧАТ_{эрталаб}}{0,5x(НЧАТ_{кечкурун} + НЧАТ_{эрталаб})} \times 100\%$$

НЧАТ нинг кунлик ўзгариши (эрталабки ва кечки кўрсаткичларининг фарқи) қуйидагича ҳисоблаб чиқилади.

НЧАТнинг бир кеча кундуздаги ўзгаришини ҳисоблаш формуласи

X – НЧАТ нинг бир кеча кундузда ўзгариши (%)

НЧАТ эрталаб – эрталаб бронхолитик қабул қилишдан олдин,

НЧАТ кечкурун – кечкурун бронхолитик қабул қилгандан кейин.

Кунлик ўзгариши 20% гача ва ундан юқори бўлиши бронхлар гиперреактивлигидан далолат беради.

Кўкрак қафаси рентгенографияси. Диафрагма гумбазини пастга тушиб, текисланиши ва ҳаракати чегараланганлиги, ўпка ретростернал шиши ва эмфизема белгилари шунингдек,, ўпка раки, сил, пневмония, спонтан пневмоторакс, плеврага суюклик йиғилиш ҳолатлари мавжудлиги ҳамда бошқа асоратлар аниқланади.

ЭКГ ёрдамида юрак ўнг қисмининг гипертрофияси ёки зўриқиш ва ўпка-юрак белгилари, ритм ва ўтказувчанлик бузилиши (Гис тутами ўнг оёқчасининг) ҳамда гипоксияни аниқлаш мумкин.

Кўкрак қафаси аъзолари компьютер томографияси - эмфиземанинг махсус анатомик типини (панацинар, марказийацинар ёки парасептал) ҳамда бронхоэктаз ва унинг жойлашган жойини аниқлаш имконини яратади.

Бронхоскопия. Ушбу усул ёрдамида бронхлар шиллиқ қавати бевосита кўрилади, ундан олинган аралашма микробиологик, цитологик текширилади. Шунингдек, зарурат бўлганда, бронхлар шиллиқ қаватидан биопсия олиниб, (биринчи навбатда, ўпка ракига шубҳа бўлганда) цитологик текширув ўтказиш мумкин.

ЭхоКГ - ўпка гипертензия белгиларини аниқлаш ва юрак ўнг қисми дисфункциясини баҳолашга ёрдам беради.

Жисмоний зўриқиш билан (6-дақиқали юриш билан ўтказиладиган) синама. Бемор шикоят қилаётган ҳансираш даражаси билан ЖНЧ1 бир-бирига мослигини аниқлаш ушбу синамани ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Шунингдек, унинг ёрдамида даво самарадорлигини назорат қилиш ва бемор учун индивидуал тиббий тиклаш дастурини танлаш мумкин.

Лаборатор текширишлар

Умумий қон таҳлили. Касаллик кўзиган даврда таёқча ядроли нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши, гипоксемия ривожланганда полицитемик (гематокритнинг ўзгариши - аёлларда 47% дан, эркекларда 52% дан юқори, эритроцитлар сонининг ошиши, гемоглабин концентрацияси кўпайганлиги, ЭЧТнинг пастлиги, қоннинг қуюқлиги,) синдром шаклланиши.

Артериал қондаги газ таркибини текшириш нафас етишмовчилиги ва унинг даражасини аниқлашга ёрдам беради. СОЎК нинг ўрта ва оғир даражада кечиши, ЖНЧ1 50% дан паст бўлиши, ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари мавжуд бўлиб, ҳансираш ривожланиши ушбу текширишни ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Агар $PaO_2 < 60$ мм сим. уст. ёки $SaO_2 < 90\%$ бўлса зудлик билан кислород ёрдамида даволаш ўтказиш лозим.

Иммунологик текшириш қон зардобидаги оксил, $\alpha 1$ - антитрипсин дефицитига шубҳа бўлганда ($\alpha 1$ -глобулин топилмайди) ўтказилади.

Балгамнинг цитологик таҳлили яллиғланиш характери ва уни чақирган бактериялар (шу жумладан, уларнинг антибиотикларга сезувчанлиги) ҳамда атипик хужайралар мавжудлигини аниқлаш имконини беради.

Қиёсий ташхис. СОЎК да кузатиладиган айрим белгилар бронхиал астма, бронхоэктаз касаллиги, юрак етишмовчилиги, облитерацияловчи бронхиолит, сил, ўпка артерияси тромбоземболияси, фиброз поликистоз, ўпка ўсмаси, пневмония каби касалликларда ҳам учраши сабабли УАВ олдида уларни бир-биридан фарқлаш муаммоси ётади. Улар орасида СОЎК да кузатиладиган БОС ва БА хужайраларининг қиёсий ташхиси алоҳида амалий аҳамиятга эга ва 5-жадвалда келтирилган.

СОЎК гидан фаркли ўларок, *бронхоэктаз касаллиги* аксарият ҳолларда ёшлиқдан бошланади ва болалиқда ўтказилган инфекция (қизамиқ, кўк йўтал, дифтерия ва бошқалар) билан боғлиқ бўлади. Бу касаллик учун доимий йўтал билан йирингли балғам, қон туфлаш ва такрор-такрор пневмония билан оғриш характерлидир. Бир кеча-кундузда ажраладиган балғам миқдори 100-600 мл. ва ундан кўп бўлиши мумкин. Аускультацияда дағал нафас ва турли ўлчамдаги нам хириллашлар эшитилади. Бармоқлар «ноғора таёқчалари» кўринишида бўлади. Ремиссия даврида ҳам бронхларнинг гиперсекрецияси кузатилиб, рентгенография, КТ ва бронхографияда уларнинг ҳар хил шаклда (цилиндрсимон, халтасимон) кенгайганлиги аниқланади.

5-жадвал

Сурункали обструктив ўпка касаллиги ва бронхиал астманинг асосий қиёсий тахсис мезонлари

Белгилари	Сурункали обструктив ўпка касаллиги	Бронхиал астма
Ёши	40 ёшдан юқори	Ёшлар ва болалар
Жинси	Эркаклар	Кўпроқ аёллар
Анамнези	Чекиш ва бактерияларга боғлиқ касалликлар	Кўпроқ аллергия
Наслий мойиллик	Хос эмас	Хос
Йўтал	Доимий, турли хил даражада	Хуружсимон ва бўғилиш билан
Балғам ажралоши	Осон ажралувчи, шиллиқ-йирингли	Қийин ажралувчи, шишасимон рангда
Ҳансираш	Доимий, авж олиб боровчи	Хуружли, муолажалардан кейин ўтиб кетувчи
Жисмоний зўриқишга чидамлилиқ	Пасайиб боради	Кўзиган пайти пасайиб, ремиссияда тикланади
Бронхиал обструкция	Қайтмас ёки қисман қайтар	Қайтар
β ₂ – агонистлар билан бронхолитик синама	Манфий яъни ЖНХ1-15% дан паст	Мусбат яъни ЖНХ1-15% дан юқори

НЧАТ нинг кун давомида ўзгариши	15% дан кам	15% дан юқори
Умумий қон таҳлилида	Нейтрофиллар кўпаяди	Эозинофиллар кўпаяди
Ўпкали юрак ривожланиши	Характерли	Хос эмас
Гипоксия, гиперкалния	Оғир беморларда кам холларда	Оғир беморларда кўп холларда
Глюкокортикоид терапия самараси	Паст	Юқори

Юрак етишимовчилиги анамнезида юрак қон-томир касалликлари борлиги, ортопноэ ҳолати, тунги пароксизмал ҳансирашнинг йўтал билан бирга келиши, асцит, қоринда оғрик ва кўнгил айниши, ўпканинг пастки қисмларида нам хириллашлар бўлиб, кўпроқ ўнг томонлама гидроторакс. Ташқи нафас функцияси текширилганда, ҳаво оқими чегараланмаган рестриктив типдаги вентиляция бузилишлари аниқланади.

Сил касаллиги ёшга боғлиқ эмас. Анамнезида яқинлари сил билан касалланганлиги, клиник белгилар, физикал ўзгаришлар кам бўлиб, рентген белгиларнинг яққоллиги ва рентгенографияда ўпкада инфильтратлар ёки ўчоқли ўзгаришлар кўринади. Ўпка силга гумон қилинганда, қуйидаги текширишларни ўтказиш зарур: КТ, балғамни сил таёқчасига экиш орқали текшириш, плевра суюқлигини экиш, бронхоскопия, биопсия, Манту синамаси.

Облитерацияловчи бронхолитда бронхиолалар, яъни тоғай асоси ва шилимшиқ безлари бўлмайдиган, диаметри 2-3 мм.га бормайдиган нафас йўллари зарарланади. Касаллик ўпка-юрак комплексини, суяк кўмигини кўчириб ўтказиш, кимёвий моддалар (азот, хлор, фосген, аммиак, хлорпикрин ва бошқалар) билан нафас йўлларининг зарарланиши, микоплазма, вирусли инфекция таъсири, бириктирувчи тўқимани диффуз касалликлари (ревматоид артрит, тизимли кизил волчанка, Шегрен синдроми), радиологик муҳитнинг салбий томонга ўзгариши ҳамда қатор бошқа таъсирлар оқибатида рўй беради ва улар билан бирга кечади. Авж олувчи ҳансирашнинг, кейинчалик доимий бўлиб қолиши, йўтал, ўпканинг пастки қисмларида қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар, касаллик авж олганда эса қуруқ хириллашлар йўқолиб, сусайган везикуляр нафас эшитилиши иссиқ цианоз ва бемор «пишиллаб» нафас олгани учун С. Вирке «кўқарган пишилловчилар» деб аташган. Қуйидаги зарур текширишлар ўтказилади: рентгенография, КТ, ТНФ, бронхоскопия, биопсия (фибропластик ўзгаришлар).

Фиброз поликистоз болаликдан бошланади, специфик бронхиал гиперсекреция асосий респиратор белги сифатида кузатилади. Беморнинг ошқозон ичак тизимида турли ўзгаришлар (мегаколон, панкреатит) аниқланади.

Ўпка артерияси тромбозмболиясига тўсатдан пайдо бўлган хансираш, кўкрак қафасидаги кучли оғриқ, унинг нафас олганда, йўталганда кучайиши ва натижада айрим ҳолларда шок келиб чиқиши, нафас ва юрак етишмовчилигининг тез ривожланиши ҳамда ритм бузилишлари характерли. Ташхис рентгенография, ЭКГ, ЭхоКТ, ангиопульмонография маълумотлари асосида тасдиқланади.

Ўпка ўсмасида хуружлар бемор ётган ҳолатда кучаяди ва бронхларни кенгайтирувчи дорилар самара бермайди. Бемор балғам ажралгандан кейин бир оз енгиллик сезади, унинг таҳлилида эозинофиллар, Куршман спираллари эмас, балки атипик хужайралар аниқланади. Шу билан бирга қон туфлаш, иситмалаш, кўкрак қафасида оғриқ, тана вазнининг тез камайиши каби белгилар ҳам кузатилади. Ташхис рентгенография, КТ ва қўрсатмалар бўлса ихтисослаштирилган бўлимда ўтказиладиган трахеобронхоскопия ёрдамида тасдиқланади.

Пневмонияга иситмалаш (38-39 °С), қалтираш, хансираш, йўтал билан балғам ажралиши, кўкрак қафасидаги оғриқ, физикал ва рентгенологик ўзгаришларнинг хослиги, клиник кечишига қараб, ўпкада аускультатив белгилар бўлиши ва турли бактериялар келтириб чиқариши хос. Қуйидаги текширишлар ўтказилади: УКТ, УСТ, БКТ, ўпка рентгенографияси, КТ, бронхография, спирография (ТНФ), балғамни текшириш (цитология, флора, антибиотикка сезгирликка, сил таёқчасига, атипик хужайрага).

Даволаш

Юқорида таъкидлаганимиздек, СОЎК зўрайиб борувчи жараён бўлса ҳам, замонавий даво чораларини қўллаш ўпка фаолиятининг яхшиланишига, бемор ҳаёт сифатининг ошишига ва пировард натижада улар умрининг узайишига олиб келади. Бунга эришиш учун касаллик хуружлари олдини олиш ва монанд даволаш, ўпка фаолияти сусайиш даражасини камайтириш ва узоқ вақт давомида ЖНХИни индивидуал юқори даражада сақлаб қолиш каби чора тадбирларни амалга ошириш лозим.

Даволаш қуйидаги тамойиллардан иборат:

1. *СОЎК га чалинган беморларни тегишли дастур бўйича ўқитиш* бу доимий жараён бўлиб, жисмоний зўриқишларга чидамликни ошириш, респиратор белгиларни камайтириш ва бемор ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. Бунинг учун махсус тайёрланган ўқув режаси асосида шифокор томонидан ўтказиладиган дарсларга бемор ва унинг оила аъзоларини жалб қилиш лозим бўлади. Бунда беморга касаллиги тўғрисида батафсил маълумот бериш, даволаш усуллари билан таништириш, аэрозол ингаляторлари ва пикфлоуметрни ишлатишни ҳамда ўз-ўзини назорат қилишни ўргатиш юқори даво самарасига эришишга ёрдам беради.

2. *Дорилар билан даволаш ва ундан мақсад қуйидагилардан иборат:*

- бронхлар спазмини камайтириш;
- бронхлар шиллик қаватларидаги яллиғланиш жараёнларини сусайтириш;

– балғам ажралишига ёрдам бериш.

Бронхларни кенгайтирувчи даво чоралари. Бронходилататорлар СОЎКда ишлатиладиган асосий гуруҳ дориларидан бири ҳисобланади ва барча беморларга функционал соғайиш кузатилмаса ҳам (ЖНХI пасайиб кетмаслиги учун) тавсия этилади.

Бронходилататорлар 3 та катта гуруҳга бўлинади:

1. β 2-агонистлар – уларнинг ўз навбатида, селектив, носелектив, қисқа ва узок таъсир қилувчи турлари фаркланади. Селектив қисқа таъсир қилувчиларга - сальбутамол, фенотерол, тербуталин, селектив узок таъсир қилувчиларга - сальметерол, формотероллар, қисман селективга эса алуцент, астмопентлар киради.

2. Антихолинэргиклар - атровент (ипратропиум бромид), спирива (тиотропиум бромид), окситропиум бромидлар ушбу гуруҳ вакиллари ҳисобланади.

3. Метилксантинлар ёки теofilлинлар - 2 авлодга бўлинади. I – авлод 12 соат ва II – авлод 24 соат таъсир этувчилар. Уларнинг биринчисига теопек, теодур, дуофиллин, ретафил, теобилонг, теотард, иккинчисига эса унифил, теодур-24, зуфилонглар киради.

6-жадвал

Бронходилататорлар

Дори гуруҳлари ва номи	Аэрозоль дозаси (мкг)	Небулайзер (мг)	Ичишга (мг)	Таъсир давомийлиги (соат)
β 2-агонистлар:				
• қисқа таъсир этувчи -				
сальбутамол	100 –	2,5 – 5,0	2 – 4	4 – 6
(венголин)	200	0,5 – 2,0		4 – 6
венотерол	100 –			
(беротек)	200	5 – 10	2,5 – 5	4 – 6
тербуталин				
(бриканил)	250 –			
• узок таъсир этувчи -	500	–	–	24
сальметерол		–	–	24
(сервент)	50 – 100			
формотерол	12 – 24			
(форадил)				

Антихолинэргиклар:				
• ипратропиум бромид (атровент)	40 – 80	0,25 – 0,5	–	6 – 8
• окситропиум бромид	200	–	–	7 – 9
• тиотропиум бромид (спирива)	18	–	–	24
Метилксантинлар:				
• аминофиллин	–	–	350	12
• теофиллин (теопек)	–	–	300	24
• зуфилонг	–	–	200	24

Юқоридагилардан ташқари, комбинация ҳолида чиқариладиган ингальяция ҳолида қўлланиладиган дорилардан дитэк (фенотерол гидробромид 0,05 мг + кромогликат натрий 1,0 мг), интал плюс (сальбутамол 0,1мг + кромогликат натрий 1,0 мг), беродуал (фенотерол гидробромид 0,05 мг + ипратропиум бромид 20 мг), комбивент (сальбутамол 0,1мг + ипратропиум бромид 20 мг) аэрозоллари самарали қўлланилади. Улардан фойдаланиш тегишли препарат дозасини камайтириш ҳамда иқтисодий самарага эришиш имконини яратади. 6-жадвалда юқорида келтирилган бронходилататорларнинг дозалари, чиқарилиш шакли ва таъсир давомийлиги келтирилган.

Қуйидагиларга кўра антихолинэргиклар СОЎКни даволашда биринчи қаторда қўлланиладиган дорилар гуруҳига мансуб ҳисобланади:

– СОЎК чалинган беморларни даволашда юқори самара беради ва деярли ноҳўя таъсирга эга (шиллик парда орқали жуда кам сўрилиши натижасида юраги хаста ва циркулятор бузилишлари мавжуд бўлган беморларда ҳам қўлланилиши мумкин) эмас;

– тахифилаксик таъсир, яъни препаратга кўникиш кузатилмайди;

– ёши катта беморларда бронх рецепторларининг М-холинолитик препаратларга сезувчанлигининг сақланиб қолиши, ушбу дори гуруҳининг юқори самарадорлигига имкон яратади.

Республикамиздаги тиббиёт муассаларида антихолинэргик дори гуруҳига мансуб бўлган атровент кенг қўлланилади ва кунда 2-4 ингальяциядан 3-4 маҳал ишлатилади. У парасимпатик импульсацияни сусайтириши сабабли бронхолитик таъсир кўрсатиш қобилиятига эга. Бу эса унинг рецепторлардаги ацетилхолин билан рақобатли антагонист ҳолатига боғлиқ. β2-агонистларнинг бронхолитик самараси СОЎК да БА га қараганда кам. Шунинг учун кўпроқ

касалликнинг енгил ксчишида, антихолинэргик препаратлар билан бирга қўлланилади ёки комбинациядаги (беродуал) ингалятор дори воситалари яхши самара беради. Улар бир марта фойдаланганда, 2 ингаляциядан кунда 3-4 маҳал ишлатилади.

Глюкокортикостероидлар – билан беморларни узоқ даволаганда ЖНХ1 барқарорлашади. Яллиғланишга қарши восита сифатида касалликнинг ўрта ва оғир кечишининг кўзиган даврида 3 кун томир ичига метилпреднизолон 125 мг. ҳар 6 соатда юборилади. Ундан сўнг преднизолон бир кунда 60 мг.дан 4-7 кун, 40 мг.дан 8-11 кун, 20 мг.дан 12-15 кун ичилади. Агар ўтказилган даво чоралари самарали бўлса, ингаляцияда қўлланиладиган ГКС ўтилади (флунизолид, ингакорт) ва динамикада ЖНХ1 текширган ҳолда камида 3 ой муолажалар давом эттирилади.

Муколитиклар ва шиттоксидантлар. СОЎК да асосан кичик бронхлар ва бронхиолалардаги кадаҳсимон хужайралар гиперплазияга учраган ҳолларда балғам ажрала бошлайди. Қуйидаги муколитиклар унинг ажралишига самарали таъсир кўрсатади: бизолвон (бромгексин деривати ва лазолван), ацетилцистеин, карбоцистеин. Бу дорилар балғам ёпишқоқлигини ва йўтални камайтиради, унинг кўчишини осонлаштиради. Таркибида 30 мг. амброксал гидрохлорид бўлган лазолван, мукокинетик ва секретолитик хусусиятга ҳам эга. 1 таблеткадан ёки сироп ҳолда 5 мл.дан кунда уч маҳал ичилади.

Антибиотиклар - кўрсатмалар бўлганда, яъни касалликнинг кўзиш даврида ишлатилади. Аммо айрим ҳолларда жараён ареактив кечиб, қонда лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилмайди. Лекин касаллик кўзишининг клиник белгилари мавжудлиги антибиотикларни буюришга кўрсатма ҳисобланади. Сўнгги маълумотларга кўра, *H. influenzae* (52%), *M. catarrhalis* (13%), *S. pneumoniae* (16,5%), *Enterobacteriaceae*, *P. aeruginosa* каби кўзгатувчилар кўпроқ касалликнинг кўзишига сабаб бўлади. Ҳозирги пайтда таркибида бета-лактамазалар бўлган амоксициллин/клавулон 625 мг. ҳар 8 соатда ичишга, фторхинолонлардан левофлоксацин, моксифлоксацин, ципрофлоксацин 500 мг.дан ва офлоксацин 400 мг.дан ҳар 12 соатда ичишга, макролидлардан азитромицин 500 мг.дан 3 кун, кейин 250 мг.дан 5 кун, кларитромицин 250-500 мг.дан ичишга буюрилганда, юқоридаги микробларга самарали таъсир кўрсатади.

Поликомпонент вакциналар рибомунал ва бронхомунал маҳаллий иммун тизимга ижобий таъсир этади ва шамоллашга бўлган мойилликни камайтириб, ремиссия даврини узайтиради.

Кислород билан даволаш. Кислород билан давони кичик дозалардан, никоб орқали ёки назал канюла воситасида ҳар дақиқада 1-2 литр юборилиб, кўрсатма бўлган ҳолларда 5 литрга етказилади.

Сурункали обструктив ўпка касаллигининг кўзиган даврида оғирлик даражасидан келиб чиқиб даволаш

I. Енгил даражасида β 2-агонистлар билан антихолинэргик препаратлар комбинацияси (беродуал) ёки антихолинэргик препаратларидан атровент 20 мг 2-4 та ингальяциядан кунда 3-4 марта биринчи танлов аэрозоли сифатида ишлатилади. Шошилиш ёрдам мақсадида тез таъсирга эришиш учун β 2-агонистлар вакили салбутамол қўлланилади. Юқоридагилар самара бермаганда, узоқ таъсир этувчи β 2-агонистлардан салметерол тавсия этилади.

II. Ўртача оғир даражасида юқорида таъкидлаганимиздек, киска муддат таъсир этувчи ингальяцияда қўлланиладиган бронходилататорлар билан биргаликда базис дорилар (атровент 20 мг 2-4 та ингальяциядан кунда 3-4 марта ёки беродуал 2 та ингальяциядан кунда 3 марта) тизимли ГКС ва метилксантинлар (спейсер, небулайзер) ишлатилади. Уч кун томир ичига метилпреднизолон 125 мг ҳар 6 соатда, ундан сўнг преднизолон ичиш учун кунда 60 мг 4-7 кун, 40 мг 8-11 кун, 20 мг 12-15 кун буюрилади. Агар даво яхши самара берса ингальяцияда қўлланиладиган ГКС ўтилади. Улар кунда 800-1000 мкг. дозада ишлатилади. Жумладан, беклозон 250 мкг, 3 марта 2 ингальяциядан пуркаш учун, узоқ таъсир этувчи будесонид форте 200 мкг, 2 марта 2 ингальяциядан, фликсотид 50; 100; 350 мкг, ингакорт (флунизолид) 2 ингальяциядан кунда 2 марта ва камида 3 ой ишлатилади. Даво самарадорлигини баҳолаш учун ЖНХ1 текшириб турилади. Балғам кўчирувчи дорилардан муколитиклар буюрилади.

III оғир ва IV жуда оғир даражасида М-холинolitik ва β -агонистларни беморларга мунтазам қабул қилиш тавсия этилади ҳамда бемор ахволдан келиб чиқиб зарур дозаларда буюрилади. Кўрсатмаларга қараб метилксантинлар ишлатилади. Агар йирингли ҳолатлар кузатилса, антибиотиклар қўлланилади. Шунингдек, оғир ҳолатларда кислород бериш мумкин. ГКС билан даволаш юқоридаги II-оғирлик даражасида кўрсатилган схемада, аммо бир мунча юқори дозаларда амалга оширилади. Бемор ахvoli мўътадиллашгандан сўнг буюрилган ГКС 20-30 мг ушлаб турувчи дозаларда қолдирилади. Даво самара бермаган ҳолларда гармонлар билан даволаш тўхтатилади. Микроциркуляцияни яхшилаш учун 2-3 кун антикоагулянтлар (кунда 20.000 бирлик) тавсия этилади.

Даво чораларини танлашда муҳим аҳамиятга эга эканлигини инобатга олиб, касаллик кўзишига қараб унинг оғирлик даражаси (M.Niederman) куйидаги 3 тоифага бўлинади: а) асоратсиз кўзиши; б) асоратли кўзиши; в) касаллик кўзишида хавф кўк яшил таёқча. Касалликнинг кўзиш ва ремиссия даврида беморларни даволаш тамойиллари 7ва 8 - жадвалларда келтирилган.

7-жадвал

Сурункали обструктив ўпка касаллигининг кўзиш даврида антибиотиклар билан даволаш тамойиллари

Касаллик кўзишига қараб, унинг оғирлик даражаси	Ишонарли кўзгатувчилар	Антибактериал терапия	
		Танлов препаратлар	Мукобил препаратлар
Асоратсиз кўзиши			
<ul style="list-style-type: none"> -Ёшига боғлиқмаслиги; -ЖНХ1 >50% меъёрий кўрсаткичдан; -Йилига 4 марта кўзиши; -Оғир ёндош касалликларнинг йўқлиги 	Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis	Амоксициллин ёки азитромицин	Амоксициллин/клавуланат 625 мг ҳар 8 соатда, “респиратор” фторхинолонлар (левофлоксацин 0,5 г ҳар 12 соатда, моксифлоксацин) – агар самара бўлмаса, бета-лактама ва макролидлар
Асоратли кўзиши			
<ul style="list-style-type: none"> -65 ёшдан катталар; -ЖНЧ1 35-50% меъёрий кўрсаткичдан; -Йилига 4 марта ва ундан кўп кўзиши; -Оғир ёндош касалликлар; -Оғир хансираш; -Бронхоэктаз касаллик; -3 ой давомида кортикостероидларни инъекция ва таблетка ҳолида ишлатиш 	Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa	Кўк йиринг кўзгатувчи Pseudomonas aeruginosa фаоллигига қарши фторхинолонлар (левофлоксацин 0,5 г ҳар 24 соатда, ципрофлоксацин 500 мг ҳар 12 соатда, офлоксацин 400 мг ҳар 12 соатда), амоксициллин/клавуланат 625 мг ҳар 8 соатда, цефалоспоринларнинг II-III авлоди (цефуроксим аксетил 750 мг ҳар 12 соатда ёки цефиксим 400 мг ҳар 12 соатда), азитромицин кунда 500 мг 3 кун, кларитромицин 250-500 мг ҳар 12 соатда	
Касаллик кўзишида хавф кўк яшил таёкча P. aeruginosa бўлиши			
<ul style="list-style-type: none"> Турли ёшдаги беморлар; -ЖНЧ1 <35% меъёрий кўрсаткичдан; -Йилига 4 марта ва ундан кўп кўзиши; -Бронхоэктаз касаллик; -Доимий йирингли балғам ажралиши; -Балғамда P. aeruginosанинг ажралиши 	Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pneumoniae, Enterobacteriaceae	Амоксициллин/клавуланат 625 мг ҳар 8 соатда, “респиратор” фторхинолонлар (левофлоксацин 0,5 г ҳар 24 соатда ёки ципрофлоксацин 500 мг ҳар 12 соатда ёки офлоксацин 400 мг ҳар 12 соатда, моксифлоксацин), тикарциллин/клавуланат	

**Сурункали обструктив ўпка касаллигини
ремиссия даврида даволаш тамойиллари**

Оғирлик даражаси	Тавсиялар
I даража - енгил кечиши	Қисқа таъсир этувчи ингалицияда фойдаланиладиган бронходилататорлар зарурат бўлганда
II даража-ўрта оғир кечиши	<p>1. Бронходилататорларни қуйидаги комбинацияда мунтазам қабул қилиш:</p> <p>-Қисқа ёки узок таъсир этувчи М-холинолитиклар + узок таъсир этувчи β_2 –агонистлар</p> <p>-М-холинолитиклар + қисқа таъсир этувчи β_2 –агонистлар</p> <p>-Узок таъсир этувчи ингалицияли β_2 –агонистлар + узок таъсир этувчи теофиллинлар</p> <p>2. Тиббий тиклаш муолажалари</p>
III даража - оғир кечиши	<p>1.Бронходилататорларни мунтазам қабул қилиш</p> <p>2.Ингалицияли глюкокортикостероидлар охириги 3 йил ичида тез-тез қўзиганда</p> <p>Ингалицияли глюкокортикостероидлар + узок таъсир этувчи ингалицияли β_2-агонистлар</p> <p>3. Тиббий тиклаш муолажалари</p>
IV даража-жуда оғир кечиши	<p>1.Бронходилататорларни мунтазам қабул қилиш</p> <p>2.Ингалицияда фойдаланиладиган глюкокортикостероидлар</p> <p>3.Сурункали нафас етишмовчилигида давомли оксигенотерапия (кунда 15 соат)</p> <p>4.Буллез эмфиземада жаррохлик йўли билан даволашга кўрсатмани аниқлаш</p>

Сурункали обструктив ўрка касаллигининг кўзиш даврида беморларни шифохонага ётқишига кўрсатмалар

- ▶ Клиник белгилар кучайиши (масалан, тинч ҳолатда тўсатдан нафас етишмовчилиги, ступор, кома);
- ▶ Касалликни илк даврдан оғир кечиши, жумладан, узок муддат тизимли ГКС қабул қилиш;
- ▶ Цианоз, периферик шишлар каби нафас ва юрак етишмовчилиги белгиларининг пайдо бўлиши;
- ▶ ҚВП ва ОП шароитида даво ижобий самара бермаганда ёки бемор ахvoli ёмонлашганда;
- ▶ Юрак ритми бузилиши илк маротаба кузатилганда;
- ▶ Ташхис қўйишда мураккабликлар туғилганда;
- ▶ Катта ёшдаги (65 ва ундан катта) беморлар;
- ▶ Уй шароитида даволаш имконияти бўлмаганда.

Сурункали обструктив ўпка касаллигига чалинган беморлар реабилитацияси

Реабилитация ўтказишдан мақсад беморларнинг жисмоний зўрқишларга бўлган чидамлиликларини ошириш, респиратор белгиларни камайтириш ва бемор ҳаёт сифатини яхшилашдан иборатдир. Улар куйидагиларни ўз ичига олади:

- 1). соғлом турмуш тарзини ташкил қилиш;
- 2). тиббий уқалаш, даволовчи жисмоний тарбия, тоза ҳавода сайр этиш, сув муолажалари ёрдамида организмни чиққтириш;
- 3). юкори нафас йўлларидаги инфекция ўчоқларини бартараф этиш;
- 4). ўткир респиратор юкумли инфекцияларнинг олдини олиш;
- 5). биологик стимуляторлар - адаптоген (элеутерококк дамламаси, женьшень) витаминлар (А,Е,С) қабул қилиш;
- 6). физиотерапия (юкори тўлқинли бинафша нурлар, индуктотермия, дарсанвализация, амплипульстерапия);
- 7). нафас гимнастикаси;
- 8). психотерапия, парҳез;
- 9). галотерапия-натрий хлор тузининг аэрозолларидан нафас олиш.

Асоратлари. Иккиламчи полицитемия, ўткир ёки сурункали нафас етишмовчилиги, ўпка гипертензияси, сурункали ўпка-юрак, спонтан пневмоторакс, пневмомедиастинум.

Диспансеризация. Яшаш жойида доимий УАВ ва пульмонолог назоратида бўлиб, ҳар 6 ойда камида 1 марта ташқи нафас фаолияти, зарур бўлганда УҚТ, ЭКГ ва рентгенография текширишларидан ўтказиш.

Прогнози. СОЎК ги тез авж олиб бориш хусусиятига эга. ЖНХІ нинг йилда 50 мл. дан кўпроқ камайиб бориши касалликнинг оғир

кечаётганлигидан далолат беради. Шунинг учун уларнинг меҳнатга лаёқатсизлик даражасини ўз вақтида кўриб чиқиш лозим.

Бронхиал астма

Бронхиал астма сўнгги йилларда дунёда қенг тарқалган хасталиклардан бири бўлиб, жиддий ижтимоий, иктисодий ва тиббий муаммога айланиб бормоқда. ЖССТ маълумотларида келтирилишича, сўнгги 25 йил мобайнида БА касаллиги билан катта ёндаги аҳолининг 5% ва болаларнинг 10% га яқини касалланган. Атроф муҳитнинг ифлосланиши, ҳавода учиб юрувчи саноат чиқиндилари – поллютантларнинг кўпайиши, аллергияларнинг ортиши, атмосфера қобиғида озон кемтигининг ҳосил бўлиши ва инсоният генофонининг ёмонлашиши БА касаллигининг бутун дунё каби, Республикамизда ҳам кўп тарқалишига сабаб бўлмоқда.

Халқаро консенсус (GINA, 2002) бўйича БА – нафас йўлларининг аллергия яллиғланиши билан кечадиган сурункали персистируланувчи касаллиги бўлиб, бунда бронхлар гиперреактивлигини шакллантирувчи эозинофиллар, Т-лимфоцитлар ва семиз хужайралар иштирок этади. Бундай яллиғланиш беморларнинг хансирашига, нафас сиқишига, кўкрак қафасида хириллаш, оғирлик пайдо бўлишига, кечаси ёки тонгда йўтал хуружларидан безовта бўлишларига олиб келади. Одатда мазкур белгилар бронхларнинг умумий тарқалган обструкцияси билан кузатилиб, бу ҳолат дорилар ёки дориларсиз ҳам ўтиб кетиши мумкин. Яллиғланиш жараёни бронхларнинг ўта сезувчан, гиперреактив бўлиб қолишига, кейинги босқичларида эса бронх-ўпка аппарати тузилишининг катта ўзгаришларига, жумладан, эпителиал копланнинг йўқолиб боришига, базал мембрана фиброзига, қадахсимон хужайраларнинг гупертрофияланишига сабаб бўлади.

Бронхиал астмага олиб келувчи хавф омиллар

Бронхиал астманинг сабаблари жуда кўп бўлиб, ҳар бир беморда бир нечта хавф омиллари ёки сабаблар аниқланиши мумкин. Ички ва ташқи хавф омиллари тафовут қилинади.

1. Ички омиллар:

- ирсий мойиллик;
- атопия, яъни организмнинг атроф-муҳит аллергияларига қарши кўпроқ IgE ишлаб чиқариш билан жавоб қайтариши;
- нафас йўлларининг гиперреактивлиги;
- жинс. БА 10 ёшгача аксарият ҳолларда ўғил болаларда, катта ёшлардагиларда эса кўпроқ аёлларда кузатилади.

2. Ташқи омиллар: Уй аллергиялари.

Уй чанғи – 40-50% органик бирикмалар ва 50-60% анорганик моддалар (цемент, оҳак, кварц) дан ташкил топган ҳар хил жинсли аралашмалардир.

Бундан ташқари, соч, қазғок, ёстик пари, ҳар хил бактериялар, гилам кили, газеталар, журналлар, китоблар ва кўчадан кирадиган чанг ҳамда бошқа зарралар сабаб бўлади. Уй чангининг аллергия чакирувчи энг муҳим қисми *Dematophagoides* синфига мансуб каналар ва суварак аллергенларидир. Уй чангида бўладиган бу каналар кўзга кўринмайди, айниқса, чанг кўп тўшланадиган жойларда, шкаф тагида, уй бурчакларида, гилам, юмшоқ мебель, ўрин-кўрпа, ёстик ва бошқа нарсаларда бўлади. Хонадонларда учрайдиган бу каналар энг кўп тарқалган кучли аллерген бўлиб, жаҳон бўйлаб БА нинг кенг тарқалган сабабчиси ҳисобланади. Уй қанасининг танаси, ундан ажралиб чиқадиган шилликлар ва ҳаёт фаолиятининг маҳсулотлари ҳам аллергенлар қаторига киради. Улар ҳарорат +22 дан +26°C ва намлик 55% дан юқори бўлганда яхши ўсиб ривожланади.

Ҳайвон аллергенлари – хонаки иссиққонли ҳайвонларнинг сўлаги, сийдиги ва кўчиб тушган эпителийси аллерген манбаларидир. Мушуклар кўпроқ сенсибилизация хусусиятига эга бўлса, итлардан ажраладиган моддалар камроқ аллергия чақиради. Болаларда аллергиянинг юзага чиқишида кемирувчи ҳайвонлар муҳим аҳамиятга эга.

Суварак аллергенлари – уй чанги каналари сингари сувараклар ҳам кўпроқ сенсибилизация хусусиятига эга. Ўрта Осиёда кенг тарқалган аллергия чакирувчи осие суваракларидир (*Blatella orientalis*).

Замбуруғлар – булар қоронғи ва нам жойларда яхши ўсади. *Penicillium*, *Aspergillus*, *Alternaria*, *Cladosporium* ва *Candida* аллергия чакирувчи кўп учрайдиган замбуруғлар ҳисобланади.

Ўсимликлар чанги – осон «учувчан» ва етарли даражада «оғир» бўлган ўсимлик чанглири фаол аллергенлардир. Кўпинча шўра (полюнь), маккажўхори ўсимликлари, чинор, терак чанглири ва жийда гуллари ҳиди, айниқса, сезиларли даражада аллергик хусусиятга эга.

Овқат аллергенлари – беморларда кўпинча тухум, балиқ, сут, ёнғок, мош, асал, пепси кола, писта, шоколад ҳамда цитрус мевалари (апельсин, мандарин), полиз экинлари (ковун, тарвуз, кулупнай) га аллергия кўпроқ кузатилади.

Дори аллергияси – дорилар аллергик касалликларнинг кўпайишида сўнги йилларда муҳим аҳамият касб этмоқда. Пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, сульфаниламидлар ҳамда аспиридан юзага келадиган аллергия кўп учрайди. Илк бор нафас қисиб, бўғилиб қолишларга кўпроқ дори аллергияси сабаб бўлади ва бу прогностик жиҳатдан ёмон белги ҳисобланиб жараённинг зўрайиб бориши билан характерланади.

Инфекцион агентлар - БА касаллиги юқори нафас йўллариининг ўткир вирусли инфекцияси, бронхитга тез-тез чалиниш, бактериал инфекция, асосан *Chlamydia pneumoniae* ва бошқа бактериялар таъсирида юзага келиши мумкин. Унинг асосий сабаби касалликлар оқибатида бронхлар шиллик қавати киприкли эпителияларининг йўқолиб бориши ва клиренснинг издан чиқиши ҳамда адашган нерв рецепторлари сезувчанлигининг кучайиши ҳисобланади. Вирус инфекцияси бронхларнинг гиперреактивлигини оширади, ссмиз хужайраларга

таъсир этади ва биологик фаол моддалар ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Булар эса ўз навбатида, хужайра ичидаги бактерицид механизмлар ва альвеоляр макрофагларни ҳалокатга учратиб, яллиғланиш жараёнини авж олдиради. Натижада β_2 – рецепторларнинг фаолияти бузилиб, холинорецепторларнинг фаоллашуви юзага келади.

Кимёвий таъсирлар – иш фаолияти заҳарли химикатлар билан боғлиқ қишлоқ хўжалиги ходимлари, тўқимачилик, кимёвий корхоналар, паррандачилик фабрикалари ишчилари орасида кенг тарқалган. Пахта-зиғир экстрактлари семиз хужайралардан гистамин ажралиб чиқишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, экологик муҳитнинг салбий таъсири (орол денгизининг қуриши, ҳавонинг ҳар хил газлардан ифлосланиши), озик-овқат саноатида ҳамда таом тайёрлашда ишлатиладиган турли кимёвий қўшимчалар, пассив ва фаол чекиш, поллотантлар (азот ва утлерод оксиди, формальдегид), косметика, парфюмерия воститаларини кўп ишлатиш ҳам аллергияга сабаб бўлади.

Триггерлар (тўсатдан нафас сиқишининг сабаблари) шиллиқ пардалар яллиғланиши натижасида, бронхларнинг бирдан торайиб қолишига, спазм бўлишига олиб келадиган ва БА хуружига сабаб бўладиган хавфли омиллардир. Юқоридагилардан ташқари, жисмоний зўриқиш, совуқ ҳаво, ачиштирувчи газлар, об-ҳаво ўзгаришлари, хис-туйғулар ва асабларнинг ҳаддан ташқари зўриқиши ҳам триггерлар жумласига қиради.

Бронхиал астманинг ривожланиш механизмлари

БА касаллигининг ривожланишида организм иммун ҳолатининг ўзгариши асосий ўрин эгаллайди. Иммун тизимдаги ўзгаришлар бронхларнинг ўта сезувчан ва реактив бўлиб қолишига олиб келади. Аллергик механизмлар дарҳол ва секинлик билан юзага чиқувчи реакцияларга бўлинади. Дарҳол юзага чиқувчи реакция намоён бўлишида IgE иштирок этади. Бундай реакция кўпроқ болалар ва ёшларда кузатилади. Бу хилдаги яллиғланишга бронхлар шиллиқ пардаси ва уларнинг бўшлиқларида фаоллашган эозинофиллар, семиз хужайралар ҳамда Т-лимфоцитлар сонининг кўпайиши характерлидир. Семиз хужайралар ва базофиллар юзасида ўта сезгир рецепторлар бўлиб, IgE молекуласига бирикади. Бундай IgE молекулалари поливалент антиген (аллерген)га дуч келганда рецептор фаол ҳолга ўтади ва хужайраларга сигнал беради. Натижада яллиғланиш медиаторлари ёки биологик фаол моддалар – гистамин, серотонин, брадикинин, нейтрофиллар, лейкотриенлар, интерлейкинлар ажралиб чиқади ва кичик томирлар ўтказувчанлигини кучайтиради. Дарҳол бошланадиган реакцияда 2-3 дақиқадан кейин семиз хужайралардан биологик фаол моддалар ажралиб чиқади ва бронх мушакларининг спазми, шиллиқ парда шиши ҳамда ёпишқоқ шилимшиқ (гиперсекреция) секреция кузатилади. Оқибатда бронхлар обструкцияси кузатилиб нафас олиш қийинлашади. Секин ривожланувчи реакция катта

ёшли беморларнинг ҳар иккинчисида учраб, қонда айланиб юрадиган IgG, IgA ва IgM га тааллуқли, антителалар ва комплемент иштирокида шаклланади. Иммунокомплекслар семиз ҳужайралар, эозинофиллар ва макрофагларнинг рецепторлари билан бирикканда яллиғланиш медиаторлари ажралиб чиқади ва бронхларнинг обструкциясига сабаб бўлади. Беморларда аллергик реакциялар кўпинча аралаш ҳолда учрайди.

БА касаллигида бронхообструктив синдром патологик жараённинг эрта ва кечки астматик реакция босқичлари билан ўтади. Эрта астматик реакцияни семиз ҳужайралар бошлаб бериши ва бронхоконстрикциянинг тез авж олиб, 10-30 дақиқадан кейин юқори даражага етиши ҳамда 2 соатдан кейин сусайиши хос бўлса, кечки астматик реакциянинг бошланишида эозинофиллар муҳим ўрин тутаяди ва 6-8 соатдан кейин бошланади. Бронх деворининг эпителиал қопламаси, базал мембранаси, бронхлардаги лимфа тугунлари ва силлиқ мушакларида яллиғланиш жараёни кузатилади. Бронхлар дарахтининг шиллиқ пардасида яллиғланишга хос ўзгаришларнинг сақланиб қолиши, уларнинг доимий равишда ўта реактив ҳолатда бўлишига олиб келади.

БАда глюкокортикоидлар етишмовчилиги, гиперэстрогинемия, гипопрогестеронемия ва гипертиреоз обструкция ҳолатининг юзага келишида катта аҳамиятга эга. ГКСлар иммунодепрессив таъсир кўрсатиб, бронхлар тонусини идора этувчи биоген омиллар алмашинувида фаол қатнашади. Улар бронхоконстрикторларнинг антогонистлари бўлиб, семиз ҳужайра ва базофиллардан гистамин, лизосом ферментлар, медиаторлар ажралиб чиқишига тўсқинлик қилиб, простогландин E₂ синтезини сусайтиради ва шу тариқа простогландин E₁ ҳамда простогландин E₂ ларнинг бронхларни кенгайтирувчи таъсирини кучайтиради. Демак, ГКСлар етишмовчилиги бронхлар билан ўпқада аллергик яллиғланишнинг бошланишига ва қайта хуружга олиб келиши мумкин. ГКСлар етишмовчилиги буйрак усти безида кортизол ишлаб чиқарилишининг пасайиб кетиши ҳамда унинг транскортин томонидан нофаол ҳолга келтирилишидир.

Жинсий гармонлар мувозанатининг бузилиши ҳам БАнинг ривожланишига сабаб бўлиб, уларнинг иммунодепрессив таъсир кўрсатиши аниқланган. Шунингдек, ёши катта одамларда эстроген ва андрогенлар миқдорининг камайиши БА бошланишига сабаб бўлади. Прогестерон эса ўз навбатида, бронхлар ўтказувчанлигини яхшилайди. Ҳомиладор аёлларда ва ҳайз циклининг иккинчи босқичи охирида прогестерон камрок ажралиб чиққанлиги сабабли, астманинг кечини оғирлашади. БА билан хасталанган беморларда вегетатив асаб тизимининг ўзгариши, яъни парасимпатик бўлими тонусининг устунлиги ва симпатик асаб тизими фаоллигининг пасайиши, бронхларнинг адреналинга сезгирлигини камайтиради ва натижада, обструктив синдром юзага келади. Вегетатив асаб тизими мувозанатининг бузилиши оқибатида психосоматик ўзгаришлар келиб

чиқади. Беморларда эмоционал белгилар, яъни ортикча ҳавотирланиш, ваҳима, кўркув ва бошқалар кузатилади.

Касаллик назорат қилиб бўлмайдиган тарзда, узок давом этганда, бронхларнинг обструкцияга учраши, бронхиал дарахт сезувчанлигининг ошиши (гиперреактивлиги), яллиғланган тўқима хужайраларининг тўпланиб бориши, силлик мушакларнинг шишиб, қалинлашиши, субэпителиал фиброз пайдо бўлиши, бронхлар деворининг эластиклик хоссалари ўзгаришига олиб келади. Бронхоальвеоляр лаваж ва биопсия усулини қўллаш натижасида, БА нафас йўллариининг сурункали персистенланувчи яллиғланиш касаллиги эканлиги ва ҳатто унинг симптомсиз даврида ҳам яллиғланиш белгилари сақланиши аниқланган.

Бронхиал астма классификацияси

Куйида халқаро консенсус тавсияларига мувофиқ, БА бўйича астматологларнинг халқаро ташаббускор гуруҳи томонидан 1996 йилда тавсия этилган касалликнинг оғирлик даражаси, олдини олиш ва унга даво қилишга асосланган классификациясини келтирамыз. У қуйидагиларга асосланган:

- тунги нафас қисиш белгиларининг ҳафтадаги сони;
- кундузги хуружларнинг ҳар кунги ва ҳафтадаги сони;
- қисқа муддат таъсир қиладиган β_2 агонистларнинг неча марта ишлатилиши;
- жисмоний фаоллик ва уйку бузилишларининг қай даражада ифодаланганлиги;
- нафас чиқариш авжий тезлиги кўрсаткичлари;
- НЧАТнинг кеча-кундуз давомидаги ўзгариши.

Бронхиал астма (GINA – астматологларнинг халқаро ташаббускор гуруҳи, 1996) классификацияси

I босқич, енгил интермиттирловчи кечиши

- ▶ касаллик белгиларини ҳафтада бир мартадан кам кузатилиши (баъзан йўтал тутиб, хириллаб нафас олиш ёки диспноэ);
- ▶ касалликнинг қисқа муддатли (бир неча сониядан бир неча кунгача) кўзиб туриши;
- ▶ астма белгиларини тунда ойда икки марта ва ундан кам кузатилиши;
- ▶ касаллик кўзиш давлари оралигида унинг белгиларининг бўлмаслиги ва ташқи нафас фаолиятининг меъёрда бўлиши;
- ▶ ЖНХI ёки НЧАТ индивидуал меъёрий кўрсаткичдан $\geq 80\%$;
- ▶ юқоридаги кўрсаткичларнинг бир кунда $< 20\%$ ўзгариши.
- ▶ II босқич, енгил персистенрловчи кечиши.
- ▶ касаллик белгиларининг ҳафтада бир марта ёки ундан кўп, лекин кунда бир мартадан кам кузатилиши;

► касалликнинг кўзиши жисмоний фаолликни камайтириши ва уйқу бузиши;

► тунги астма белгиларининг ойда икки мартадан кўп бўлиши;

► ЖНХЇ ёки НЧАТ индивидуал меъёрий кўрсаткичдан $\geq 80\%$.

► юкоридаги кўрсаткичларнинг 20-30% атрофида ўзгариши.

► III боскич, ўрта оғирликдаги персистириловчи кечиши.

► касаллик белгиларининг ҳар куни кузатилиши;

► касалликнинг кўзиши жисмоний фаолликни чегаралаш ва уйқуни бузиши;

► тунги астма белгиларининг ҳафтада бир мартадан кўп кузатилиши;

► беморнинг қисқа таъсир этувчи β_2 - агонистларни ҳар куни қўллаши;

► ЖНХЇ ёки НЧАТ индивидуал меъёрий кўрсаткичдан $> 60\% < 80\%$;

► юкоридаги кўрсаткичларнинг $> 30\%$ ўзгариши.

► IV боскич, оғир персистириловчи кечиши.

► касаллик белгиларининг доимий бўлиши;

► касалликнинг тез-тез кўзиб туриши;

► тунги белгиларнинг тез-тез кузатилиши;

► жисмоний фаолликнинг кескин чегараланиши;

► ЖНХЇ ёки НЧАТ индивидуал меъёрий кўрсаткичдан $\leq 60\%$;

► юкоридаги кўрсаткичларнинг $> 30\%$ ўзгариши.

Бронхиал астманинг клиник кечиши

БА нафас қисиш хуружи ва унинг авж олишида 3 давр фаркланади.

I - хуруж даракчилари даври. Бунда клиник белгилар турли беморларда ҳар хил бўлиши мумкин. Хуруж бошланишидан бир неча дақиқа, баъзан бир неча соат олдин томоқда кичишиш ва йўтал, тери, кўз, кулокнинг қичиши, кўп пешоб ажралиши ва бошқа белгилар безовта қилади ва шу даврда уни бартараф этиш осонроқ кечади.

II - экспиратор нафас қисилиши хуружсининг авж олиш даври. Бемор кўкрагида қисилиш ҳисси, нафасни тўлик чиқара олмаслик, нафас чиқарганда масофадан эшитилувчи хуштаксимон хириллашлар, ўтирган ҳолда қўлларига таяниб, мажбурий ҳолатда бўлиши, юзлари керикиб, диффуз кўқариш аникланади. Нафас олганда бурун катаклари керилиб, ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши, ўмров усти чуқурчаси ва қовурғалар оралиғининг нафас олганда ичга тортилиши ҳамда бўйин веналари бўртиши. Вақти-вақти билан беморга азоб берувчи йўтал, қийинлик билан ажралувчи кам балғам ва унинг ёпишқоқ, қуюқ, баъзида эса кўпикли бўлиши. Перкуссияда бутун ўпка устида тимпаник товуш, қуйи чегараларининг пастга силжиши ва ҳаракатчанлиги чекланганлиги. Аускультацияда кўп миқдорда қуруқ, хуштаксимон, гижилловчи хириллашлар, уларнинг узайган нафас чиқариш боскичида яққол эшитилиши, нафас чиқарилишининг олишга нисбатан анча узоқроқ

бўлиши. Ўпканинг кенгайганлиги сабабли юрак чегараларини аниқлаш имкони йўқлиги. Юрак тонларини бўғиқлашиши, ўпка артериясида II тон акцентни. Пульснинг тезлашиши ва таранглигининг сусайиши. Хуружлар узоқ давом этганда юрак ўнг қоринчаси етишмаслиги белгилари: жигарнинг катталашиши, оёқларда шиш. Балғамда типик ўзгаришлар - эозинофиллар, кам ҳолларда Шарко-Лейден кристаллари ва Куршман спираллари топилиши. Бўғилиш хуружлари оғир кечиб, узоқ давом этганда, ЭКГда ўзгаришлар (юрак электр ўқининг ўнгга силжиши, S тишининг I стандарт тармоқда чуқур, R тишининг III, AVF да баланд бўлиши, S-T сегментининг III, AVF да инверсияси, P тишини II, III стандарт тармоқларда баланд, ўткир учли VI да манфий бўлиши, ҳамда баъзида VI, V2 да икки фазали P тиши, ўнг кўкрак тармоқларда S-T сегментининг инверсияси, Гис тутами ўнг оёқчаси блокадаси) кузатилиши. Рентген текширувда ўпка тўқимаси ёруғланишининг ортанглиги, диафрагмани пастга тушиб, ҳаракатининг камайганлиги, ковурагалар оралиғи кенгайиб, ўпка нақшининг қуюқлашганлиги.

Касалликнинг оғир-енгиллигини спирометрия кўрсаткичлари, яъни ўпканинг вентиляция ўзгаришларига қараб аниқлаш мумкин. Бунда нафас йўллари обструкциясини баҳолашда ЖНХI ва Тиффно индекси асосий кўрсаткич ҳисобланади.

III- хуружнинг пасайиш даври. Беморда йўтал кучайиб, кўп миқдорда балғам ажралиши ва аҳволининг енгиллашиши. Хуруж регрессияси турли беморларда ҳар хил бўлиб, баъзиларда асоратсиз тез ўтади, бошқаларда эса оғир кечиб, беморни ҳолдан тойдиради.

Кейинги вақтларда БАнинг классик кўринишидаги хуружлари камайиб бормоқда. Баъзи ҳолларда БА бронхлардаги яллиғланиш билан кечадиган сурункали бронхит негизида шаклланади. Бундан ташқари касалликнинг кам белгили клиник кечиши ва қайтмас обструкцияларга сабаб бўлиш ҳоллари кўпаймоқда.

Бронхиал астманинг патогенетик шакллари

Атопик шакли. Кўпроқ ёшларда учрайди ва астма хуружларининг аллергик омилларга (уй, ўсимлик чанглари, овқат, дорилар ва х.к.) боғлиқлиги унга хос белги ҳисобланади. Аллергенлар билан ўтказилган гипосенсибилизация яққол ижобий самара беради. Хуруж тез ривожланиб, аниқ клиник белгилар билан намоён бўлади ва йўтал ҳамда ёпишқоқ балғам кўчиши билан тугалланади. Қон ва балғамда кўп миқдорда эозинофиллар аниқланади. Аллергенлар билан тери ва кўзгатувчи синамалар натижаси мусбат бўлади. Хуружлар орасида касаллик белгилари кузатилмайди ва қонда гистамин миқдори кўпаяди.

Инфекцияга боғлиқ шакли. Бизнинг худудимизда БА нинг бошқа шакллариغا нисбатан кўпроқ учрайди. Бактериялар ва уларнинг парчаланиш

маҳсулотларини семиз хужайралар, базофиллар, бронхлар эпителийсига таъсири оқибатида яллиғланиш медиаторлари ажралиб чиқади ва бронхларда яллиғланиш юзага келади. Бу эса ўз навбатида, бронхлар обструкциясига сабаб бўлади. Инфекцияга боғлиқ шаклида вируслар алоҳида ўрин тутиб, улар яллиғланишнинг авж олишида алоҳида аҳамиятга эга.

Касаллик авж олиши, одатда инфекция ўчоғидаги жараённинг кўзиши билан бошланади. Ушбу шаклда аксарият ҳолларда касалликнинг хуруж давлари ва белгилари узок давом этиб, уни баргараф этиш қийин бўлади. Асоратлар жуда эрта бошланиб, астматик ҳолат юзага келади ва бронхит белгилари билан бирга кечади. Қонда кўпроқ яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилади ва балғамда кўп миқдорда лейкоцитлар аниқланади.

Аутоиммун шакли оғир ва узлуксиз қайталаниш билан кечади ва ёшлиқдан бошланади. Бунда аутолимфоцитлар билан тери синамаси мусбат бўлади ва қон зардобида фосфатазанинг юқорилиги аниқланади.

Дисгармонал – касалликнинг энг оғир шакли ҳисобланиб, ўзига хос белгиси ГКС билан ўтказиладиган терапияга боғлиқлиги, лекин унинг ҳам самараси камлигидир. гармонлар дозасини камайтириш ёки уларни бекор қилиш бемор аҳволининг оғирлашишига сабаб бўлади. БАнинг ушбу шаклига чалинган аёлларда тухумдон фаолиятининг бузилиши кузатилиб, жараён айниқса, климакс даврида зўраяди.

Асаб-руҳий шакли – ташхис қўйишда бемор шахсияти, руҳий ҳолати алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, аксарият ҳолларда касаллик руҳий жароҳатлар, оилада ва ишда кузатиладиган стресс ҳолатлар, сексуал фаолиятдаги бузилишлар оқибатида келиб чиқади.

Дизадренергик шаклида β_2 -рецепторлар блокадаси ва β_1 -рецепторлари сезувчанлиги кескин ортганлиги қайд этилади. Бронхларнинг симпатомиметикларига (бронхларни кенгайтирувчи дозаланган ингальяторларга) таъсирчанлиги камаяди, адреналин ва эфедринга тескари - пародоксал реакция кузатилади. Касалликнинг бу шакли туғма биологик нуқсонлар бўлганда, β_2 -рецепторлар блокадасида ва симпатомиметикларни кўп қўллаш оқибатида юзага келади. Шунингдек, унга вируслар агрессияси, гипоксемия, ацидоз ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бронхлар ўтказувчанлигини селектив β_2 -адреномиметиклар билан синама ўтказиб текшириш, адреналин юборилгандан кейин қонда глюкоза миқдорининг пародоксал камайиши беморда ушбу шакл мавжудлигини тасдиқлайди.

Холинергик шакли адашган нерв (n. Vagus) нинг ҳаддан зиёд юқори фаоллиги туфайли юзага келади. Беморларни кўпроқ тунги хуружлар (соат 3-4 лар оралиғида) безовта қилади ва улар жуда кўп миқдорда сўлак ажратиб, бурундан шилиқ оқиши билан характерланади. Уларда яққол кизил дермографизм, кўп терлаш, кафтларнинг нам бўлиши кузатилади. Ташқи нафас фаолияти текширилганда, йирик ва ўрта кенгликдаги бронхлар ўтказувчанлиги бузилганлиги аниқланади. Холинолитиклар буюрилганда, юқори самарадорлик, касалликнинг кўпинча ўн икки бармоқли ичак яра

касаллиги билан бирга келиши, брадикардия, гипотензия, парасимпатик асаб тизими тонусининг ошиши ва конда ацетилхолиннинг юкорилиги ушбу шакл учун хосдир.

Жисмоний зўриқишдан кейинги астма амалиётда алоҳида ҳолда жуда кам кузатилади ва аксарият ҳолларда БА нинг бошқа шакллари билан бирга кечади. Касаллик асосида бронхлар реактивлигининг бирламчи ўзгариши ётади. Ушбу ўзгаришлар жисмоний зўриқишдан ташқари, совук ёки иссиқ ҳаво ҳамда унинг ўзгариши, кучли ҳидлар ва тамаки тутуни таъсири туфайли ҳам сөдир бўлади. Беморлардан анамнез йикқанда, нафас сиқишини аниқ жисмоний зўриқиш (югуриш, футбол, баскетбол ўйнаш, оғир жисмоний меҳнат) билан боғлайди ва хуружлар одатда ундан 10 дақиқа ўтгандан кейин бошланиб, тез ўтиб кетиши мумкин. БА нинг ушбу шаклида β - адреностимуляторлар яхши самара беради. Шу ўринда, сузиш касаллик кечишига ижобий таъсир этишини (унинг натижасида респиратор мушакларнинг чиниқиши сабабли) эслатиб ўтмоқ лозим.

Аспиринли астма ёки астматик учликка аспирин ёки бошқа ЯҚНВлар гуруҳи таъсирида хуружларнинг пайдо бўлиши, полипоз ва риносинуситлар мавжудлиги киради. Ушбу шакл барча БА га чалинган беморларнинг тахминан 8%да учрайди. Эспиратор хансирашли хуружлар ацетил салицил кислотаси ва ушбу гуруҳга яқин дорилар (метиндол, аналгин, баралгин, цитрамон ва бошқалар)га, озик-овқатлар ҳамда таблеткаларга кўшиладиган сарик рангли модда – тартразинлар қабул қилиниши оқибатида кузатилади.

БАнинг клиник-патогенетик шаклларини аниқлаш нафақат даволаш самарадорлигини оширади, балки унинг иккиламчи профилактикасида ҳам муҳим ўрин эгаллайди.

Асоратлари

Ўпка эмфиземаси, пневмоторакс, ателектаз, пневмомедиастинум, миокард дистрофияси, ритм бузилишлари, нафас ва юрак этишмовчилиги, ўпкали юрак ҳамда астма статуси БА нинг асоратларига киради.

Улардан ўпкали юрак «Кардиомегалияларга» бағишланган маърузада батафсил ёритилган. УАВ ўз иш фаолиятида кўпроқ астма статуси ҳолатидаги беморлар билан тўкнашиши ҳамда уларга шошилишч ёрдам кўрсатиши лозим бўлади. Шунинг учун биз куйида ушбу асоратга батафсилроқ тўхталишни мақсадга мувофиқ деб топдик. Астма статуси БАнинг сурункали кечадиган асорати ҳисобланиб, ҳаво ўтувчи йўлларнинг обструкцияси, оғир бўғилиш хуружлари ва уларнинг узок давом этиши, одатдаги даво чораларининг самарасизлиги ҳамда ўткир нафас этишмовчилиги ривожланиши билан характерланади.

Астма статусига олиб келувчи сабаблар:

- симпатомиметиклар ва ГКС назоратсиз қабул қилиш ва узок муддат қабул қилиб юрилган гармон терапиясини тўсатдан тўхтатиш;
- нафас олиш тизимидаги ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёнларининг кўзиши;

- бемор қабул қилиши мақсадга мувофиқ бўлмаган препаратларни (аспирин, НЯҚВ, антибиотиклар ва бошқалар) қўллаш ҳамда ухлатувчи ва тинчлантирувчи дорилардан фойдаланишни суниестемол қилиш;

- аллергенлар (чанг, овқатлар) ва носпецифик кўзгатувчиларнинг (жисмоний зўриқиш, совуқ хаво ва бошқалар) таъсири;

- асаб-руҳий ҳолатларига таъсир этувчи стресс жараёнлар;

- бемор учун монанд даво танланмаганлиги (ностабил астма).

Астма статусининг классификацияси.

I – компенсация босқичи.

II – декомпенсация босқичи.

III – гиперкапник кома босқичи.

I босқичда нафас сикишининг узайганлиги, симпатомиметикларга чидамлилиқ, мажбурий ҳолат, нафас олишни тезлашиши, қийин ажралувчи балғам билан кечувчи хуружсимон йўтал, тахикардия, ҚБ аксарият ҳолларда кўтарилиши кузатилади. Ўртача артериал гипоксемия (PO₂ 60 – 70 мм симоб устуни), конда карбонат ангидриди кўрсаткичи меъёрида ёки гипокания (PCO₂ 35 мм симоб устунидан кам).

II босқичда бемор аҳволи оғир, тери қопламлари очиш-кулранг, сезиларли хансираш, аускультацияда “соқов ўпка”, хириллаш ва нафас деярли эшитилмайди, тезлашган ва юзаки пульс, ҚБ пасайган. Сезиларли гипоксемия (PO₂ 50 – 60 мм симоб устунига тенг), кучайиб борувчи гиперкапния (PCO₂ 50 – 70 мм симоб устунига тенг).

III босқичда бемор хушсиз, тахипноз, яққол цианоз, коллапс белгилари. Оғир артериал гипоксемия (PO₂ 40 – 50 мм симоб устунига тенг), яққол гиперкапния (PCO₂ 80 – 90 мм симоб устунига тенг) ва кислота-ишқор мувозанатининг кескин бузилиши.

Астматик статусда ўлим кўрсаткичи 5-20% ни ташкил этиб, унинг сабаби ўпка вентиляциясининг орқага қайтмас ўзгаришлари оқибатида асфикция рўй бериши ҳисобланади.

Астматик статус ва юрак астмаси хуружларида кузатиладиган айрим белгилар бир-бирига ўхшашлигини инобатга олиб, қуйидаги 9-жадвалда уларни қиссий ташхислаш мезонларини келтирдик.

9-Жадвал

Бронхиал ва юрак астмаларининг солиштирма ташхислаш мезонлари

Мезонлари	Бронхиал астма хуружи	Юрак астмаси хуружи
Олиб келувчи касалликлар	Сурункали бронх-ўпка касалликлари, вазомотор ринит ва бошқа аллергик касалликлар	ЮИК, унинг ревматик нуксони, гипертония касаллиги, сурункали гломерулонефрит

Хуруж сабаблари	Нафас аъзоларидаги яллиғланиш жараёнининг кўзиши, аллерген билан алоқа, психоген ва метсорологик омиллар	Жисмоний ва рухий зўриқишлар, ўткир миокард инфаркти
Хуруж характери	Экспиратор хансираш	Нафас олишнинг кийинлиги, ҳаво етишмаслик сезгиси
Цианоз характери	Марказий	Яккол акроцианоз
Аускультация маълумотлари	Таркалган, курук, хуштаксимон хириллашлар, асосан нафас чиқарганда	Нам хириллашлар, асосан ўпканинг пастки қисмларида
Пульс	Тўғри ритмли	Кўпинча аритмия
Перкуссияда юрак ўлчами	Кичрайган	Катталашган
Шпш	Йўқ	Баъзан
Жигар ўлчами	Ўзгармаган	Кўпинча катталашган
Балғам	Қуюқ, чўзилувчан ва кам миқдорда кийин ажралди	Суюқ, кўпikli, баъзан пушти рангда бўлиб, осон ажралди
ЭКГ	Юрак ўнг бўлақларининг зўриқиши белгилари	ЮИК ёки юрак нуқсони белгилари, юрак чап бўлаги зўриқиши
Юрак гликозидлари ва сийдик ҳайдовчилар билан даволашнинг самараси	Йўқ	Бор
β-блокаторларга реакция	Манфий (нафас ёмонлашади)	Мусбат (нафас яхшиланади)

Ташхислаш

БА ташхиси юқорида келтирилган касалликнинг клиник белгилари ва синчковлик билан тўпланган анамнез асосида қўйилади. Унда беморларда хансираш хуружлари, хуштаксимон хириллашлар, тунда ва эрта тонгда кузатиловчи нафас сиқиши, кўкрак кафасида қисилиш ҳисси, йўтал мавжудлиги, ҳамда уларнинг такрорланиб туриши, турли хил аллергенлар, жисмоний зўриқиш, ўчоқли ва вирусли инфекциянинг кўзиши, ирритантлар таъсирида кузатилишига алоҳида эътибор берилади. Бемор анамнезида мавсумий хуружлар, аллергик реакцияларга берилувчанлик ва ирсий мойиллик қайд этилади.

Айрим беморларда аускультацияда ўзгаришлар аниқланмасдан бошқа клиник белгилар кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик

ташхисини тасдиқлаш учун ТНФ ни *пикфлоуметр* ёки *спирометр* ёрдамида текшириб, обструктив синдромни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Юқорида келтирилганидек, ушбу текширишлар ёрдамида ЖНХ1, ЎЖТС ва НЧАТ кўрсаткичлари аниқланади. ЖНХ1 нинг бронхолитик синамадан кейин 12% ва ундан юқори бўлиши, ГКС буюрилгандан сўнг 3-5 кун ўтгач синаманинг мусбатлиги БА ташхисини кўйишга асос бўлади.

Бронхолитик синамаларни ўтказиш (улар тўғрисида маълумотлар ва ҳисоблаш формуласи ушбу маърузани БОС мавзуси ёритилган қисмида келтирилган).

Пикфлоуметр ёрдамида НЧАТ кўрсаткичи аниқланиб, унга асосан бронхиал обструкциянинг кунлик ўзгариши, унинг ўтказувчанлиги ва даво самарадорлиги баҳоланади ҳамда қиёсий ташхис ўтказиш имкони туғилади. Пикфлоуметрни қўллаш оддий ва қулай бўлганлиги сабабли, нафақат шифохона, балки ушбу текширув УАВ томонидан ҚВП ва ОП шароитида ҳам амалга оширилиши мумкин.

НЧАТ нинг кунлик ўзгаришини ҳисоблаш формуласи ушбу маърузанинг БОС га бағишланган қисмида келтирилган.

Унинг кунлик ўзгариши 20% ва ундан юқори бўлса, бронхлар гиперреактивлиги, яъни яллиғланиш жараёнининг бекарорлигини кўрсатади.

БА билан оғриган беморларни уй шароитида пикфлоуметр ёрдамида назорат қилишни осонлаштириш мақсадида сўнгги йилларда светофор усулидан фойдаланиш таклиф этилган, бу куйидагича:

Яшил зона. Касаллик кечиши назорат остида бўлиб, НЧАТ кўрсаткичлари индивидуал меърий кўрсаткич хажмининг 80% дан юқори. Беморнинг фаоллиги ва уйқуси бузилмаган, клиник белгилар яққол намоён бўлмаган ёки кузатилмайди.

Сариқ зона. Беморни огоҳлантириш зонаси бўлиб, НЧАТ кўрсаткичлари индивидуал меъёрий кўрсаткич хажмининг 50-80% га тенг, кунлик ўзгарувчанлик 20-30%. Беморни тунда нафас сиқиш хуружлари безовта қилиши, ўпкада хуштаксимон хириллашлар эшитилиши касалликнинг кўзиганидан ёки ўтказилаётган давонинг етарли даражада самарали эмаслигидан дарак беради ҳамда кўшимча тиббий ёрдам кўрсатиш зарурлигини тақозо этади.

Қизил зона. Бу хавф яқинлашаётганлигини кўрсатувчи белги ҳисобланиб, НЧАТ индивидуал меъёрий кўрсаткич хажмининг 50% дан кам, беморни кечалари ҳам ҳансираш безовта қилади, у юришга, ҳатто гапиришга қийналади. Бемор қизил зонада бўлганда, зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатиш керак.

УАВ лари томонидан беморларга пикфлоуметрни қўллашни ўргатиш ва ушбу усулни амалиётга кенг жорий этиш, уларга ўз-ўзини назорат қилиш имкониятини яратади ҳамда пировард натижада ремиссия

даврини узайтириш, қўлланиладиган β 2 – агонистларга бўлган эхтиёжни камайтириш, ҳаёт сифатини яхшилаш, умрини узайтириш имкониятини яратади.

Банинг эрта (яширин) даврларида аниқлашда кўзгатувчи (провакацион) ингальяцияли синамалар муҳим аҳамиятга эга. Улар касалликнинг клиник белгилари кузатилиб, ўпканинг ТНФ меъёрда бўлганда, яъни ремиссия даврида бронхлар гиперреактивлигини аниқлаш мақсадида жисмоний зўриқиш, ацетилхолин, гистамин ва бошқа моддалар билан ўтказилади. Синама ўтказилгандан кейин ЖНХІ дастлабки кўрсаткичга нисбатан 20% дан кўпроқ пасайиши бронхларда патологик жараён борлигидан далолат беради. Шунинг учун УАВ беморда яширин кечувчи БА борлигига шубҳа қилганда, синамалар ўтказиш учун уни мутахассис шифокорга юбориш лозим. Шунингдек, кўзгатувчи ингальяцияли синамалар БА ва СОЎК лари орасида солиштирма таъхис ўтказиш имконини беради. Одатда сўнгги гуруҳ касалликларида бронхлар гиперреактивлиги кузатилмайди.

БА билан оғриган беморларда юқорида қайд этилган синамалар ёрдамида бронхларнинг гиперреактивлик даражасидан келиб чиқиб, даво чораларини қўллаш муҳим аҳамиятга эга. Айрим ҳолларда касалликнинг клиник белгилари ва ТНФ бир хил бўлса ҳам, бронхлар гиперреактивлиги ҳар хил бўлиши, турли усулдаги даво чоралари қўллашни талаб этади. Бронхлар гиперреактивлиги юқори бўлган ҳолларда яллиғланишга қарши даво тариқасида ингальяцияда қўлланиладиган ГКС лар, реактивлиги паст бўлган ҳолларда натрий недокромил, натрий кромогликат қўллаш тавсия этилади.

БА касаллигида қондаги газлар алмашинувнинг бузилиши оғир хуруж пайтларида кузатилади. Артериал гипоксемия даражаси нафас йўллари обструкциясининг оғирлиги билан боғлиқдир. Артериал РСО₂ нинг ошиши қанчалик юқори бўлса, шунчалик тез нафас етишмовчилигига олиб келади. Шунингдек, артериал гиперкапния бемор оғир хуруж давридан эканлигидан далолат бериб, зудлик билан интенсив муолажалар қўллашни талаб этади. Таъхис қўйишда аллергик ҳолатни аниқлаш ҳам муҳим ҳисобланиб, унинг учун бемор тери синамасини ўтказиш мақсадида мутахассис шифокорга юборилади ёки қон зардобидаги IgE миқдори текширилади. Бу синама БАни келтириб чиқарувчи хавфли омиллар ёки триггерларни аниқлашга имкон беради.

Қиёсий таъхис - Бронхиал астмани қўйидаги касалликлардан фарқлаш керак.

1. *Сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК)* билан оғриган беморлар учун йўтал, балғам ажрлиши ва авж олиб борувчи ҳансираш хос бўлиб, булар хуружсимон эмас, балки доимий бўлади ва одатда киши йўталганда, жисмоний иш қилганда зўраяди. Касаллик бошланганда балғам асосан эрталаб ажрлиб, кам миқдорда бўлади. Кейинчалик балғам кўпаяди (бир кеча – кундузда 30 мл дан ортик) ва инфекция қўшилганда йирингли тус олади. Балғам қўчиши бемор

аҳволини енгиллаштирамайди. Респиратор белгилар, кўпинча хуштаксимон нафас олиш билан навбатлашади.

СОЎКнинг кўпчилигини чекувчилар ташкил этиб, 40 ёшдан ошган беморлар ҳисобланади. Обструктив белгилардан ўпка устида везикуляр нафас сусайганлиги, хуштаксимон қуруқ хириллашлар, баъзан иккала томонда тарқалган ўрта ва йирик пуфаксимон нам хириллашлар эшитилиши ва нафас чиқаришнинг узайганлиги кузатилади. СОЎК ни алоҳида ажратиб турадиган асосий белгилардан бири касаллик ремиссияси даврларида ҳам бронхлар обструкциясининг қайтмас бўлишидир. Ташқи нафас фаолиятини текшириш ушбу ҳолатни тасдиқлашга ёрдам беради. Касаллик кўзиган даврда бронхларнинг ўтказувчанлик кўрсаткичлари, бронхиал астмали беморлардагидек анча пасайган. Лекин СОЎК да даво қилингандан кейин бу кўрсаткичларнинг яхшиланиши касалликнинг ремиссия даврида ҳам кам даражада бўлади. Бронхиал астмада эса бронхларнинг ўтказувчанлиги даволашдан сўнг деярли ҳар доим аслига қайтади.

Бундан ташқари, СОЎК билан оғриган беморларда қон ва балғамда эозинофилларнинг ортиши бўлмайди. Аллергенлар билан қўйиладиган тери синамалари натижаси манфий. СОЎК рентгенографиясида диафрагма гумбазининг паст туриши, ҳаракатчанликнинг чекланганлиги ва ўпка тўқимаси типиклигининг ошиши хос. Шунини айтиб ўтиш керакки, СОЎК бронхиал астмага қараганда анча оғир ҳасталик бўлиб, тез-тез кўзиши оқибатида беморларда ўпка-юрак этишмовчилигининг клиник белгилари пайдо бўлиб, қисқа вақт орасида ноғиронликка олиб келиши, ҳатто ўлим билан тугаши мумкин.

2. *Трахея ва йирик бронхлар экспиратор стенози.* У тутиб қоладиган, кишига азоб берувчи, битонал йўтал ва нафас чиқаришнинг қийинлашуви билан бирга кечадиган ҳолат. Турли омиллар – зўриқиб қулиш, жисмоний иш қилиш, респиратор инфекция касаллик белгиларини бошлаб беради. Бу касалликка трахея ва йирик бронхлар шиллик пардасининг вируслар туфайли такрорланиб турадиган яллиғланиши, шунингдек, бактериал флора туфайли бошланган сурункали патологик жараён, бронх – ўпка аппаратининг туғма нуқсонлари сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳасталикка чалинган беморларда, бронхиал астмали кишилардан фарқли ўларок, типик бўғилиш хуружлари бўлмайди ва клиник жиҳатдан авж олишга хос аускультация ўзгаришлари аниқланмайди. Ўпка устида хуштакли қуруқ хириллашлар эшитилмайди. Узил - кесил ташхис фибробронхоскопия маълумотларга асосланиб қўйилади.

3. *Вирусли ўткир респиратор касалликлар.* Вируслар таъсири одатда майда бронхиолаларнинг тарқоқ тарзда обструктив зарарланиши билан бирга давом этади. Айни вақтда ҳансираш хуружлари такрорланиб турса ҳам, улар ўз табиати жиҳатидан бронхиал астма хуружларидан фарқ қилади. Бундан ташқари, беморларда бронхиал астмага ўхшаш характерли анамнез бўлмайди. Соғайиб борган сайин обструкцияга хос бўлган аломатларнинг секин – аста ўтиб кетиши кузатилади.

4. *Ҳиқилдоқ, трахея ва йирик бронхлар компрессияси (обтурацияси)*. Бундай ҳолатлар баъзи ўсмалар, ёт жисмлар, овоз бойламаларининг фалажи, полиплар, абсцесслар ҳамда қалқонсимон без ўсмаси туфайли юзага келиши мумкин. Улар учун вақт – бевақт йўтал тутиб туриши характерли бўлиб, ҳансираш инспиратор характерда бўлади ва касалликни бронхиал астмадан ажратиб туради. Бу ҳолатни қиёсий ташхислашда анамнез, клиник, рентгенологик ва бронхоскопик текширишлар катта ёрдам беради.

5. *Юрак астмаси*. Бронхиал астма билан юрак астмасини, айниқса, ёши ўтиб қолган беморларда бир – биридан ажратиб олиш жуда қийин, бундай беморлар кўпинча бронх – ўпка патологияси билан ҳам, юрак – томирлар патологияси билан ҳам касалланган бўлади. Юрак астмаси кўпинча юрак ва томир касалликлари, юрак пороклари (нуксонлари), МИ, юрак тож томирлари атеросклерози, ГК қон айланиши етишмовчилиги ва бошқаларнинг асоратидир. Уларнинг бир-биридан фарқи 9-жадвалда келтирилган.

Юрак астмасида ҳансираш аралаш типда, хириллаб нафас олиш, кўпикли пушти ранг балғам ташлаш билан таърифланади. Аускультацияда иккала томонда ўпканинг пастки қисмида жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Қон айланишининг чап қоринча типдаги етишмовчилигига хос аломатлар ва асоратга олиб келган касалликнинг клиник белгилари билан бирга учрайди. Ташхисни тасдиқлашда етарли даражада тўғри анамнез тўплаш, клиник ҳолатни синчиклаб ўрганиш, рентген ва электрокардиография усуллари билан текшириш натижаларини тўғри талқин қилиш катта ёрдам беради. Бу эса беморга тўғри ёрдам беришни таъминлайди.

6. *Истерик астма*. Бундай ҳолат аксарият ҳолларда стресс вазиятлардан кейин, ёш аёлларда, ҳансираш хуружлари кўринишида намоён бўлади. Бироқ, айни вақтда ҳансираш, тез-тез, бир дақиқада 40 – 50 мартадан, юзаки нафас олиши билан таърифланади ва «кучукча нафас олиш» деб аталади. Овоз ёриғи қисман бекилиб қолгани туфайли нафас чиқариш вақтида товуш эшитилиб туради. Ўпка аускультациясида бундай беморларда хириллашлар бўлмайди.

7. *Гипервентиляция синдроми (Д'Аоста синдроми)*. Бу астмафобик, астманевротик ҳолатдир. Беморлар кислород танқислиги, ҳаво етишмаётгандек бўлиб туюлаётганидан, ўзини росмана нафас ололмаётгандек сезаётганидан нолийди. Уларда нафас тезлиги, мароми ва типи ўзгариб қолади. Ана шундай клиник ҳодисалар бўлгани ҳолда бронхлар ўтказувчанлиги бузилганига ишора қиладиган аломатлар ва ўпка устида ҳуштакли қуруқ хириллашлар бўлмайди ва везикуляр нафас эшитилади. Бундай касалликлар одатда оғир руҳий ўзгаришларга алоқадордир.

8. *Уремик астма*. Сурункали буйрак етишмовчилигига дучор бўлган беморларда кўриладиган бронхлар обструкцияси ва улар ўтказувчанлигининг ўзгариши, беморлар қонида азотли чиқиндилар ва

мочевинанинг кўп тўпланиб қолишига боғлиқ бўлади. Улар бронхиал дарахтнинг шиллиқ пардаси орқали ажралиб, унинг шишиб кетишига ва бронхоспазм бошланишига сабаб бўлади. Клиник жиҳатдан бу жараён хансираш, ўпка сатҳи бўйлаб хуштакли курук хириллашлар эшитилиши билан кечади. Обструкция ҳолати, одатда, узоқ давом этади ва асосий буйрак касаллигининг ўтишига боғлиқ бўлади.

9. *Гижжа инвазиялари.* Гижжа ва бошқа паразит инвазиялар кўп ҳолларда бронхлар обструкциясига, баъзида эса (кўпинча ёш болаларда) бронхиал астма бошланишига сабаб бўлади. Бунда организм аскарарида, анкилостома, описторхоз, шистосомалар билан аллергизацияланиши туфайли бронхлар обструкцияси содир бўлади. Касаллик ташхиси бемор нажасини юқорида кўрсатилган гижжа тухумлари бор – йўқлигига текшириб кўрилгандан кейин тасдиқланади. Гижжаларга қарши қилинган даво, одатда, бронхиал обструкциянинг ҳамма аломатларига барҳам беради.

10. *Респиратор оксалоз.* Бу касалликнинг сабаби оксалат кислота алмашувининг бузилишидир. Унинг клиник белгилари қуйидагилардан иборат:

- ирсий анамнез (она томонидан малла сочли эна бувилар бўлганига ишора қилинади);
- беморнинг климактерик ёшдалиги;
- аёл жинсида эканлиги;
- азоб берадиган курук йўтал тутиб туриши ва хурж авжига чиққанда бсихтиёр ковуқ бўшалиши;
- оксалатлар алмашуви издан чиқишига қарамасдан, организмдаги ўзгаришларни (ёшлик давридаёқ, остеохондроз бошланиши, ўт ва сийдик йўллари дискинезияси, ўт пуфаги ва буйракларда тош ҳосил бўлиши) узоқ вақт белгиларсиз кечиши;
- бемор ташки қиёфасининг ўзига хос бўлиши (эт куйган ҳолат, юзининг ранги сутдек оқарган, орқа елканинг юқори учдан бир қисмидаги терининг сепкил босгани «сарафан»симптоми);
- одатдаги давонинг самарасизлиги;
- лаборатория маълумотлари;
- узоқ вақт мобайнида меъёрдан 1,5 баробар ортик оксалатурия бўлиб туриши билан таърифланади.

Оксалозда куйдирилган магнезий билан даво қилиш йўтал тутиб, беихтиёр сийиб қўйиш ҳолларига барҳам беради, бу респиратор оксалоз ташхисини яна бир марта тасдиқлайди.

11. *Гастроэзофагиал рефлюкс.* БА касаллигида ўтказилган даво чоралари самарасиз бўлса, унинг сабабларидан бири гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги бўлиши мумкин. Қизилўнғачга қараган диафрагма тешигининг чурраси ана шундай рефлюкс бошланишига олиб келади. Беморларда тез–тез тутиб турадиган кучли йўтал, шу билан бирга диспептик белгилар (зарда қайнаши, кекириш) ва рефлюксэзофагитнинг бошқа белгилари

бўлиши мумкин. Беморнинг уйку олдидан овқатланиб олиш одати ва вазнида ортиқчалик борлиги бу дард учун хос бўлиб, таххис рентген ва эзофагогастроскопия текширишлари билан тасдикланиши керак. Рентген текширишда барийнинг меъдадан қизилўнғачгача қайтиб чиқиши кузатилади.

Бронхиал астма касаллигини даволаш

Даволашнинг умумий тамойиллари:

- беморларни ўқитиш;
- оғирлик даражасини баҳолаш ва мониторинг ўтказиш;
- касалликни кўзгатувчи омилларни бартараф этиш ва уларни назорат қилиш;
- дорилар билан даволашга индивидуал ёндошиш;
- бўғилиш хуружи ва астматик статусда тез ёрдам;
- мунтазам диспансер кузатувини жорий этиш.

Даволашдан мақсад:

- касалликнинг сурункали кузатилаётган белгиларини, жумладан, тунги хуружларни камайтириш ёки умуман бартараф этиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш;
- шошилинч ёрдам кўрсатиш ҳоллари юзага келишининг олдини олиш;
- β2 – агонистларга бўлган эҳтиёжни камайтириш ёки бағамом йўқотиш;
- жисмоний фаоллик, жумладан спорт билан шуғулланишга (ремиссия даврида) имкон яратиш;
- НЧАТ кўрсаткичларини бир кеча-кундуздаги ўзгаришларини 20% дан кам бўлишига эришиш;
- НЧАТ кўрсаткичларини меъёрида ёки унга яқин ҳолатда сақлашга интилиш;

Бронхиал астма касаллигини босқичма-босқич даволаш деганда, унинг оғирлик даражасига қараб, бир кунда дориларни қабул қилиш сонининг ортиб бориши назарда тутилади. Ундан мақсад, кам микдорда дори воситаларини қўллаб, самарали натижага эришишдир. БАни 3 ой давомида маълум босқичда назорат қилиб ва даволаб ижобий натижага эришишга муваффақ бўлинса, беморни кузатишни кейинги пастки поғонага тушириш ва дорилар дозасини камайтириш мумкин. Аммо шу ўринда, УАВ ҳар бир бемор учун индивидуал препарат ва унинг дозасини танлаш кераклигини эсда тутиши лозим.

БАнинг I босқичида жисмоний зўриқишдан олдин ингаляцияли β2–агонистлар ёки улар бўлмаганида, натрий кромогликат (интал) ёки недокромил (тайлед) ва бемор аллергенга яқин юришига тўғри келганда сўнгги иккита доридан бирортаси ишлатилади.

БАнинг II босқичини даволашда ИГКСлар ёки натрий кромогликатни қўллаш керак. Касаллик тўсатдан у ёки бу сабабларга кўра (атроф-мухит,

уй ҳайвонлари ва чанг, озиқ-овқат аллергенлари) кўзиганда, зудлик билан ёрдам бериш учун ингаляцияли β2-агонистлари қўлланилади, лекин уларнинг кунлик қабул қилиш 3-4 дозадан ошмаслиги (акс ҳолда улар тескари таъсир кўрсатади ва юқорида келтирилган ножўя таъсирлари намоён бўлади) керак.

БАнинг III босқичида ИГКСлар дозаси 1.000 мкг гача оширилади. Бронходилататорлардан антихолинэргик препаратлар, ингаляцияда қўлланиладиган узок таъсир этучи β2-агонистлардан формотерол буюрилади. Унинг ўзига хос томони, ингаляциядан 5 дақиқа ўтгандан сўнг таъсири бошланади ва астма хуружини тез бартараф этади ҳамда шу хусусияти билан бошқа узок таъсир этувчи ушбу гуруҳдаги дорилардан фарқ қилади.

БАнинг IV босқичида беморларни назорат қилиш бирмунча мураккаб бўлса ҳам, шифокор ҳаракатлари касаллик белгилари, β2-агонистларга бўлган эҳтиёж, НЧАТнинг кун давомидаги ўзгаришини камайтиришга ва асоратларни олдини олишга қаратилган бўлиши лозим. Муҳтарам ҳамкасбларимизга қулайлик туғдириш мақсадида БА касаллигини босқичма-босқич даволашни алоҳида жадвал (10) ҳолида қелтиришни ҳам мақсадга мувофиқ деб топдик.

10-жадвал

Бронхиал астма касаллигини босқичма-босқич даволаш

Босқич	Базис даволаш	Назорат қилиш
I босқич, енгил интермиттирловчи кечиши	Қисқа таъсир этувчи β2-агонистлар (салбутамол 100 мкг, тербуталин 0,25 мг, сальбен 200 мкг), мембрана стабилловчи (интал 1 мг, дитэк, задитен)	Зарур бўлганда β2-агонистлар
II босқич, енгил персистирловчи кечиши	Яллиғланишга қарши препаратлар (тайлед 2 мартадан 2 маҳал) ИГКС (бекодиск ёки беклофорте, беклазон 200-500 мкг кунига, керак пайтда 800 мкг.гача ошириш) Узок таъсир этувчи β2-агонистлар (серевент 25 мкг дан 2 марта, форадил 12 мкг 2 марта)	Базис яллиғланишга қарши препаратлар (интал, тайлед) Узок таъсир этувчи бронходилататор-серевент (сальметерол) Даволаш камида 3 ой

III босқич, ўрта оғирликдаги персистирилловчи кечиши	ИГКС (фликсотид аэрозол ингалятор дискхалер 400-1.000 мкг кунига, бекодиск ёки беклофорте 800-2.000 мкг кунига, керак пайтда) Узоқ таъсир этувчи бронходилататор-серевент (сальметерол) аэрозоль ингалятор ёки дискхалер 100-200 мкг. кунига	Базис яллиғланишга қарши препаратлар (беклокорт, альдецин, беклозон, будесонид, пульмикорт) Узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар Даволаш камида 3 ой
IV босқич, оғир персистирилловчи кечиши	ИГКС-фликсотид (флутиказон пропионат) аэрозол ингалятор ёки дискхалер 800-2.000 мкг кунига Узоқ таъсир этувчи бронходилататор, асосан тунги симптомларда серевент 100-200 мкг Қисқа муддатга тизимли ГКС лар 1-2 мг/кг	Юкори дозада ИГКС ва кўрсатма бўлса, перорал стероидлар узоқ муддат давомида Узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар 3 ой ва ундан кўп

Замонавий тамойилларга кўра, БАни даволаш икки таркибли - базис патогенетик ва симптоматик (бронходилатация) усулда олиб борилади. Базис терапиянинг асосида яллиғланиш жараёнига таъсир этиш ётади.

Базис терапия

Базис даво сифатида ҳозирги кунда қуйидаги гуруҳ препаратлари қўлланилади:

- натрий кромогликат – (интал, ифирол, ломудал, кромолин, кропоз, спикас);
- натрий недокромил (тайлед);
- лейкотриен рецепторлари антагонистлари (аколат, сингулар);
- ИГКС (беклазон, бекотид, альдецин, бекло-форте, будесонид, флутиказон пропионат, ингакорт);
- махсус иммунотерапия.

Натрий кромогликат (интал, ифирол, ломудал, кромолин, кропоз, спикас) ингаляцияларидан доимий фойдаланиш БА кўзишини озайтиради, ГКС ва бронходилататорлар дозасини камайтириш имконини беради. Натрий кромогликат фармакологик фаоллиги жиҳатидан стероидларга яқин туради. Шунинг учун БАнинг енгил кечишида ва педиатрия амалиётида кенг қўлланилади. Препаратни қўллаш давонинг самарасига боғлиқ бўлиб, кунига 3-4 марта ишлатилади ва 1-3 ой давомида дозаси аста-секин камайтириб борилади. У яллиғланишга қарши маҳаллий

таъсир кўрсатадиган ва стероид бўлмаган дори ҳисобланади. Маҳаллий ишлатилганда, семиз хужайралар мембранасини барқарорлаштиради ва биологик фаол моддалар ажралиб чиқишининг олдини олади.

Интал 20 мгдан капсулаларда (кукун ҳолида) чиқарилади, спинхалер ёрдамида ингальяция учун кунига 3-4 капсуладан ишлатилади. Интал-аэрозоль препарати эса 5 мг ли 112 та ингальяция дозадан иборат бўлиб, кунига 3-4 марта 2 та ингальяция ҳолида қўлланилади. Ножўя таъсирлари (томоқ ачишиши, йўтал, бронхоспазм)нинг олдини олиш учун интални ишлатишдан аввал бронходилататорлардан (β_2 -агонистлар) фойдаланиш ўринлидир.

Комбинацияланган препаратлар уч томонлама - бронхолитик, яллиғланиш ва аллергияга қарши таъсир кўрсатади ва самараси юқоридир. Буларга *аэроком* – таркиби 1 мг натрий кромогликат ва 100 мкг салбутамолдан иборат. *Дитек* – таркибида 1 мг натрий кромогликат ва 50 мг фенотерол. *Интал плус* таркибида 1 мг кромоглицинат кислотаси ва 100 мкг салбутамол мавжуд.

Натрий педокромил (тайлед) инталга қараганда 4-10 баравар кучлироқ таъсир этади ва яллиғланишни келтириб чиқарувчи турли хужайралардан ажраладиган фаол моддаларга тўсқинлик қилади. Тайлед аллергия ва у билан боғлиқ бўлмаган БАда яхши самара беради ҳамда узок муддат ишлатилганда таъсири аста-секин ошиб боради. Уни ишлатганда, қисқа таъсир этувчи бронхолитиклардан воз кечиш ва ГКС дозасини камайтириш имконияти туғилади. Препарат 2 мл 112 дозадаги аэрозоллар кўринишида чиқарилади ва кунда 2 маҳал 2 тадан ингальяцияда буюрилади.

Лейкотриен рецепторлари антагонистлари (аколат, сингулар) лейкотриен рецепторларини бевосита боғлаб олиш йўли билан бронхоспазмга (бронхоконстрикциянинг илк ва кечки босқичларига) тўсқинлик қилади, бронхлар шиллик пардасининг шишини ва шиллик модда ишлаб чиқарилишини камайтиради. Бу гуруҳ дорилардан аколат (зафирлукаст) ва сингулар (монтелукаст) амалиётда кенг қўлланилади. Аколат 1 таблеткадан 2 марта, сингулар 1 марта ичишга БАнинг жисмоний зўриқиш ва аспирилли шаклларида тавсия қилинади.

Задитен (кетотифен, позитан) аллергия реакцияларнинг патохимёвий ва патофизиологик босқичларига таъсир кўрсатади. Уни БА аллергия ринит билан бирга келганда ва унинг профилактикаси учун ишлатилиши мақсадга мувофиқ. Препарат 3-6 ой давомида 1 мг дан 2 маҳал буюрилади.

*ИГКС БА*ни даволашда жуда муҳим ўрин эгаллайди. Улар асосан касалликнинг оғир ва ўрта оғир, баъзан энгил персистирловчи кечишида узок вақт давомида ишлатилади. Ушбу гуруҳ дориларининг самарадорлиги БА патогенезининг турли халқалари, яъни хужайралар мембранасига тўғридан-тўғри таъсир ўтказиб, гистамин синтезини чеклаб қўйишига, цАМФ кўпайишига ёрдам беришига ва Т-лимфоцитлар субпопуляциясига таъсир этишига боғлиқ. ИГКСларни ишлатиш ташқи нафас фаолиятини

яхшилайди, нафас йўллари гиперреактивлигини, гармонлар ичишни, уларнинг асоратларини, касаллик белгиларини, кўзишини, хуружлар сонини камайтиради, ва пировард натижада бемор ҳаёт сифатини яхшилайди. Улардан фойдаланишдан 5-15 дақиқа олдин бронхиал обструкцияни камайтириш ва бронхларни кенгайтириш мақсадида β 2-агонистлари ишлатилса, дори ўрта ва майда катталиқдаги бронхлар бўшлиғигача етиб боради. Узоқ қўлланилганда оғиз бўшлиғи кандидози, овоз бўғилиши ва томоқ қуриши каби ножўя таъсирлари намоён бўлиши мумкин. Ушбу салбий таъсирларнинг олдини олиш мақсадида ингалициядан кейин томоқ ва оғизни илиқ сув билан чайиш керак.

ИГКСлар таъсир давомийлиги бўйича икки гуруҳга бўлинади:

1. *Қисқа таъсир этувчи ИГКСлар* – беклометазон дипропионат (беклазон, бекотид, альдецин, бекло-форте, бекламед, беклокорд ва бошқалар) 50, 100, 200, 250 мкг ли дозаланган аэрозоллар ҳолида чиқарилади. Улар кунда 4 марта бўлиб ишлатилади ва касалликнинг оғир-енгиллигини ҳисобга олган ҳолда юқоридаги жадвалда келтирилган дозаларда қўлланилади. Беклозон 100, 250 мкг ли дозаланган аэрозол бўлиб, кунда касалликнинг оғир-енгиллигидан келиб чиқиб 400-1.500 мкг гача буюрилади. Беклокорд 80, 250 мкг ли дозаланган (200 доза) аэрозол. Кунда 400 – 1.200 мкг гача тавсия этилади. Альдецин 50 мкг ли 200 дозадан чиқарилади. Препарат кунда 800-1.200 мкг гача ишлатилади. Даво курси бошлангандан сўнг, таъсири 5-6 кундан кейин маълум бўлади.

2. *Узоқ таъсир этувчи ИГКСлар* гуруҳига – будесонид (пульмикорт, бенакорт, будесонид форте), флютиказон пропионат (фликсотид), флунизолид гемигидрат (ингокорт) лар киради. Уларнинг кунлик дозаси одатда 2 қисмга бўлиниб, эрталаб ва кечкурун ишлатилади. Узоқ таъсир этувчи ИГКСларни БА нинг барча босқичларидаги беморларга буюриш қулай бўлиб, улар бошқа препаратларга бўлган эҳтиёжни ва ножўя таъсирларни камайтиради. Масалан - ИГКСларни бир кунда 800 мкг қўллаш зарурати бўлса, унинг учун қисқа таъсир этувчи ИГКС (бекотид, альдецин) лардан кунда 16 ингалиция (50 мкг - 4 дозадан 4 маҳал) қўлланилса, улардан фарқли ўларок, узоқ таъсир этувчи ИГКС (ингакорт, будесонид) лардан эса атиги 4 ингалиция (2 ингалициядан 2 маҳал) қўллаш етарли бўлади. Узоқ таъсир этувчи ИГКСлардан фойдаланиш даво курсларининг таннархини камайтиришда ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Будесонид форте 200 мкг ли 200 дозадан иборат бўлган аэрозол бўлиб, 12 соат таъсир қилади ва 2 дозадан 2 маҳал ишлатилади. Кунлик дозаси 1.600 мкг гача. Ингакортни 1 дозасида 250 мкг флунизолид бор. Кунда 1.000-2.000 мкг гача ўзи билан бирга сотиладиган спейсер ёрдамида буюрилади. Бекламетазон дипропионатдан фарқли равишда, бу препарат йиллаб ишлатилганда ҳам буйрак усти безлари фаолиятини сусайтирмайди. Пульмикорт икки хил шаклда чиқарилади. Небулайзер ёрдамида ингалиция қилинадиган суспензия, бир миллилитрида 0,125 мг; 0,25; 0,5 мг дан

будесонид бор. Турбухалер ёрдамида ингалиция қилинадиган курук кукун, 100 ва 200 мкг ли дозаларда. Бенакорт ингалиция қилиш учун ишлатиладиган курук кукун бўлиб, ҳар дозасида циклохалерга жойланган 200 мкг. будесонид мавжуд. Фликсотид таркибида 50; 125; 250 мкг.дан флютиказон пропионат бўлган 60 та дозадан иборат аэрозол. Кунда 2 марта 1.000-2.000 мкг гача бўлган дозаларда ишлатилади. Бу препарат бошқа ИГКС ларга қараганда юқори маҳаллий фаолликка эга. Азмакорт (триамцинолон ацетонид)ни кунига 1.000-2.000 мкг гача буюриш мумкин. Ушбу дори деярли салбий таъсирларга эга бўлмаслиги билан бошқалардан ажралиб туради.

Махсус иммунотерапия - аллергия касалликларни, шу жумладан, атопик БА ни даволаш учун аллергия экстракти кўринишида қўлланилади. У ихтисослаштирилган бўлимларда касалликнинг ремиссия даврида буюрилади. Кўпроқ аллергия ринитда самараси юқорилиги исботланган.

Тизимли ГКС (преднизолон, урбазон, полькортолон, дексаметазон) ларни касалликнинг оғир босқичларида перорал ёки парентерал қўллаш тавсия этилади. Масалан, улардан преднизолон касаллик кечишининг оғир-енгиллигидан келиб чикиб 30 – 300 мг. дозаларда буюрилади. Оғир даврида препарат вена ичига бемор аҳволи мўътадиллашгандан сўнг таблеткаларда (кунда 30-40 мг. ҳар ҳафтада дозасини 2,5 мг камайтириш билан), кейин ИГКСда қўлланилади. Шу ўринда препарат дозаси бемор аҳволидан келиб чикиб, индивидуал танланишини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

ГКС лар орасида дексаметазоннинг яллиғланиш ва аллергияга қарши таъсири бошқаларига нисбатан кучли бўлиб, 0,5 мг.ли таблетка ва 4 мг.ли ампула ҳолида чиқарилади.

Симптоматик даволаш

БАнинг симптоматик давоси сифатида бронходилататорлар ишлатилади ва улар 3 гуруҳга бўлинади:

- селектив β₂-агонистлар;
- ингалицияли М-холинолитиклар (антимускарин бронходилататорлар);
- метилксантинлар.

Ўз навбатида, *селектив β₂-рецептор агонистларининг* қисқа ва узок таъсир этувчи турлари фаркланади.

Қисқа таъсир этувчи β₂-агонистларга сальбутамол (вентолин, сальбен, саламол), тербуталин (бриканил), фенотерол гидробромид (беротек Н) лар кирадӣ ва улар 4-6 соатгача таъсир қилади. Бу препаратлар БА хужжларини баргараф этишда юқори самарага эга бўлиб, кунда 1 дозадан кўп ишлатиш талаб этилса, базис даволашни қўшиш ҳамда кунда 4 ингалициядан ортиқ ишлатмаслик лозим. Беротек Н нинг анаънавий беротекдан фарқи, бронходилатация таъсирининг юқорилигида. Узок таъсир этувчи β₂-агонистлар режали равишда базис терапияга қўшиб, кунда 1-2 дозадан ишлатилади ва 12 соатдан кўп таъсир қилади. ИГКСлар ўрнини тўлақонли боса олмаганлиги сабабли улар монотерапия ҳолида қўлланилмайди. Ушбу

гуруҳга мансуб сальбутамол гемисуксинат (сальтос) бошқалардан фарқли ўларок, фақат таблетка ҳолида ишлатилади.

Формотерол фумарат (оксис турбухалер, форадил) ингальяция ҳолида қўлланиладиган курук кукун бўлиб, 1 капсуласида 12 мг. препарат мавжуд. Формотеролнинг ўзига хос томони, ишлатилгандан 5 дақиқа ўтгач таъсири бошланади ва БА хуружини тез бартараф этиши билан бошқа узоқ таъсир этувчи ушбу гуруҳ дориларидан фарқ қилади. Сальметерол (сальметер, серевент)нинг 1 дозасида 25 мг сальметерол мавжуд бўлиб, кунда 2 ингальяциядан 2 марта қўлланилади.

Ингальяция ҳолида қўлланилувчи М-холинolitikларни сурункали бронхит негизда кечган БА да қўллаш мақсадга мувофиқ.

Ипратропиум бромид (атровент) бронхоконстрикция сурункали бронхит билан боғлиқ бўлганда ва β_2 -агонистлар самара бермаганда қўлланиладиган антихолинэргик бронходилататор ҳисобланиб, 20 мггли 300 дозадан иборат аэрозол ҳолида чиқарилади. Уни атропинга қарши кўрсатма бўлган ҳолларда ҳам ишлатиш мумкин. Кунига 2 ингальяциядан (40 мг) 3-4 марта тавсия этилади. Юқори самараси 30-60 дақиқадан кейин юзага чиқади ва таъсир давомийлиги 3-6 соат.

БАни даволашда юқоридаги доридан ташқари, комбинацияли бронходилататор *беродуал* ҳам қўлланилади ва 300 ингальяцияга мўлжалланган аэрозол кўринишида чиқарилиб, кунда 8 дозагача ишлатиш мумкин.

Метилксантин (теофиллин) ларни БАни даволашда кенг қўлламаслик мақсадга мувофиқ. Чунки улар бронхлар силлиқ мушакларини кенгайтирибгина қолмасдан, кардиотоксик ва аритмоген таъсир кўрсатади ҳамда миокарднинг кислородга бўлган талабини оширади. Шунинг учун амалиётда ёши улғайган беморларга ушбу гуруҳ дориларини камроқ қўллаган ёки умуман тавсия этмаган маъкул. Агарда уларни қўллашга зарурат туғилса қондаги миқдорини 5-15 мг/л атрофида саклаб туриш лозим, шунда ножўя таъсирлари камайиб, сезиларли даражада бронхолитик самарага эришилади. Метилксантинлар ҳам қисқа ва узоқ таъсир этувчи гуруҳларга бўлинади. Унинг қисқа таъсир этувчи гуруҳига теофиллин, аминофиллинлар (эуфиллин) киради ва сўнггиси β_2 –агонистларга чидамлилик бўлганда, БА хуружини тўхтатишда муҳим аҳамиятга эга. Тез самарага эришиш учун одатда у вена ичига юборилади. Узоқ таъсир этувчилар гуруҳига теопек, неотеопек, унифил, теодур-24, зуфилонглар кириб, улар обструктив бронхитда ва кечки БА буюрилади. Улар **тўғрисида батафсил маълумот юқорида келтирилган.**

БА ни метилксантинлар билан даволашни узоқ таъсир этувчи гуруҳидан бошлаш мақсадга мувофиқ. Жумладан, улардан теопек ҳар 12 соатда 150 мг.дан буюрилади, агарда самарага эришилмаса, ушбу доза икки мартага оширилади. Дори қабул қилиш вақтини касаллик хуружларидан келиб чикиб (масалан, хуружлар тунда бўлса, кечкурунлари) буюриш керак.

Комбинацияли терапия, яъни кичик дозаларда ИГКС билан узоқ таъсир этувчи β_2 –агонистлар кейинги пайтларда БА ни даволашда самараси юқорилиги тасдиқланган. Жумладан, Республикамизда улардан симбикорт (пультмикорт 160 мкг + оксис 4,5 мкг) ва серетид (фликсотид + серевент) кенг қўлланилади.

Қуйидаги ҳолатлар комбинацияли муолажаларни қўллашга кўрсатма ҳисобланади:

- ИГКС ларни монотерапия ҳолида қўллаганда, БА кечишини назорат қилишнинг имконияти йўқлиги;
- ИГКС ёки узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар яхши самара бермаслиги;
- бемор турли хил дорилардан тартибсиз фойдаланганлиги;
- БАнинг ностабил кечиши;
- мунтазам тизимли ГКС қабул қилиб юрган беморларда уларни дозасини камайтириш мақсадида;
- БА бошқа касалликлар (хусусан ЮИК ва бошқалар) билан бирга кечганда.

Антибиотиклар БАнинг инфекцияга боғлиқ шаклида бемор йирингли балғам ажратганда, қон ва балғамда лейкоцитлар сони ошганда, тана ҳарорати юқори бўлганда буюрилади.

Дориларсиз даволаш

Касалликнинг ремиссия даврида аксарият ҳолларда беморларга дориларсиз даволаш усулларидан фойдаланиш тавсия этилади. Ушбу усуллар бемор организмнинг компенсатор имкониятларини кучайтиради ва асоратлар келиб чиқишини камайтиради. Уларга элиминацияли даво (постурал дренаж), нафас машқлари билан даволаш, фитотерапия ва улардан биргаликда фойдаланиш усуллари киради. Аммо фитотерапияни ўсимлик чангларига аллергияси бор беморларда ишлатиш ман этилишини эсдан чиқармаслик лозим.

Шунингдек,, БАга чалинган беморларни ремиссия даврида Республикамизнинг Сурхондарё вилояти Шеробод тумани ҳудудидаги Кўхитанг тоғ тизмалари ён бағрида жойлашган «Хўжайкон» санаториясида даволаш учун юбориш мумкин. У ердаги мавжуд табиий ғор ўзига хос, аллергиясиз микроклим, натрий хлорид, магний, калий, темир гидроксид тузлари мавжуд бўлиб, спелеотерапия (галотерапия - грекча halos-туз концентрацияси 0,5 дан 9 мг/м³, заррачалар катталиги 1-5 мкм бўлган натрий хлор тузининг аэрозоллари билан тўйинган аэродинамик мухит ёрдамида даволаш усули) дан кенг фойдаланиш имконини беради.

Астматик статусни даволаш тамойиллари.

- Зудлик билан реанимация бўлимига ётқизиш.
- Ҳар 15-30 дақиқада НЧАТ ва ЖНХI ни назорат қилиш.
- β_2 -адреномиметикларни қўллашга қарши кўрсатма бўлмаса, уларни небулайзер орқали ва тизимли ГКС лар билан бирга ишлатиш.

- Оксигенотерапия.

- Инфузион терапия – кунда 3-5 литр глюкоза, натрий хлор эритмалари, метаболит ацидознинг алкалозга айланишининг олдини олиш учун натрий гидрокарбонатлардан фойдаланиш.

- ГКС ичишга ёки венага (гидрокортизон 1 мг/кг тана оғирлигига бир соат давомида, метилпреднизолон 60-125 мг ёки преднизолон 30-60 мг ҳар 4-6 соатда). Астматик статус бартараф этилгандан кейин гармон дозаси 25% га ва ундан сўнг бемор аҳволдан келиб чиқиб ҳар уч кунда ¼ таблеткадан камайтирилади.

- β_2 -адреномиметикларни небулайзер ёрдамида даволаш 72-96 соат давом эттирилади ва бу усул баллондаги ингалицияда қўлланиладиган аэрозолларга қараганда 7 марта самарали.

- Комбинацияли β_2 -адреномиметиклар - беродуал.

- Метилксантинлар (қарши кўрсатмалар бўлмаганда) - эуфиллин бошланғич дозаси 5-6 мг/кг, вена ичига томчилаб, аста-секин 20 дақиқа давомида, кейин 0,6-0,8 мг/кг. Кунлик дозаси 1,5-2,0 г дан ошмаслиги керак.

- Қуйидаги ҳолатларда бемор ўпка сунъий вентиляциясига ўтказилади: монанд даво чоралари қўлланилишига қарамасдан астма статусининг зўрайиб бориши, гиперкапния ва гипоксиянинг кучайиши, марказий асаб тизимидаги бузилишлар ҳамда кома белгиларининг пайдо бўлиши.

Юқоридагилардан ташқари, астма хуружларини бартараф этишда адреналинни врач назорати остида қуйидаги схемада қўллаш мумкин: тана вазни 60 кг дан кам бўлганда 0,3 мг, 60-80 кг бўлса – 0,4 мг, 80 кг.дан оғир бўлганда – 0,5 мг тери остига.

Афсуски, ҳозирча тиббиёт БАни радикал даволаш имкониятларига эга эмас. Аммо самараси исботланган замонавий дорилар ёрдамида касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш ва хуружларини олдини олиш мумкин. Бу эса ўз навбатида, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ва жисмоний фаоллигини оширишга олиб келади.

БАни даволашда яхши самарага эришишда беморларга касалликнинг сабаблари, унинг олдини олиш, дорилардан тўғри фойдаланиш ва бошқа қатор масалаларни ўргатиш муҳим аҳамиятга эга. Шунинг эътиборга олиб, жаҳондаги етакчи мамлакатларда “астма мактаблари ташкил этилган”. Шундай мактаблар мамлакатимизнинг «Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий фтизиатрия ва пульмонология маркази» ва «аллергология маркази»да фаолият кўрсатмоқда. Ушбу усулнинг самарадорлигини эътиборга олиб, УАВ ўз ҳудудларидаги БА га чалинган беморларни ўқитиш дастурларига жалб этишлари мақсадга мувофиқ. Чунки унда бемор билан шифокор ўртасида ўзаро мустаҳкам ҳамкорлик ўрнатилади. Ўқитишдан мақсад, касаллик ва уни даволаш усуллари ҳамда профилактикаси ИГКСлар тўғрисида тўлиқ маълумот бериш, аллергияга қарши тартибга риоя қилиш, пикфлоуметр, дозали аэрозоллардан, спейсердан фойдаланишни, нафас сиқиши хуружининг олдини олиш чоралари ва нафас гимнастикаси билан

шуғулланишни ўргатиш, касалликнинг клиник белгилари кузатилмаган ҳолларда ҳам БАнинг базис даволашда қўлланиладиган дорилардан ҳар куни фойдаланишни тушунтиришдан иборатдир.

Беморларни ўқитиш содда ва тушунарли, олдиндан тайёрланган дастур асосида индивидуал ва гуруҳларга бўлинган ҳолда олиб борилади. Унда БАга бағишланган оммабоп нашрлар, аудио ва видеокассеталар, «астма-ёрдам», телефонларидан фойдаланилади. Астма мактабларида ўқиган беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланиши, шифохонада ётиб даволаниш ва тез тиббий ёрдамга муурожаат қилишлар сони камайиши, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларининг кескин пасайишига эришилиши илмий асосда тасдиқланган. Бунга УАВ томонидан БА га чалинган беморларни мунтазам назорат қилиш ҳамда ўзаро ишончли алоқалар ўрнатиш (шу жумладан, астма мактаблари орқали) натижасида эришиш мумкин. Барча беморларни, шу жумладан, БА чалинганларни даволашда шифокорлар К. Е. Гровеснинг «мени тиббиёт илми имконияти бўлган, барча ишни қилган, аммо тиббиёт санъати кўп имкониятларга эга эканлигини тушунган одамлар даволашларини хоҳлардим» деган сўзларини ёдда тутишлари лозим.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Сурункали обструктив ўпка касаллиги, бронхитик тип, II даража, ўртача оғирликда кечиши, кўзиш даври.

Асорати: Нафас етишмовчилиги II даража. Сурункали ўпка юрак, компенсация босқичи. Қон айланиши етишмовчилиги IIA босқичи;

✓ Сурункали обструктив ўпка касаллиги, бронхитик тип, II даража, ўртача оғирликда кечиши, ремиссия даври.

Асорати: Нафас етишмовчилиги II даража. Чап ўпка пастки бўлагининг ўчоқли пневмосклерози;

✓ Сурункали обструктив ўпка касаллиги, эмфизематозли тип, IV даража, жуда оғир кечиши, кўзиш даври.

Асорати: Нафас етишмовчилиги III даража. Сурункали ўпка юрак, декомпенсация босқичи. ҚАЕ IIB босқичи. Ўпка артерияси майда глохи тромбоземболияси;

✓ Бронхиал астма II босқичи, енгил персистиловчи кечиши. Атопик шакли. Ёндош: Вазомотор ринит;

✓ Бронхиал астма III босқичи, ўрта оғирликда персистиловчи кечиши. Дисгармонал шакли.

Асорати: Ўпка эмфиземаси. Нафас етишмовчилиги II даража;

✓ Бронхиал астма IV босқичи, оғир персистиловчи кечиши.

Асорати: Ўпка эмфиземаси. гармонга боғлиқ. Нафас етишмовчилиги II даража. Сурункали ўпка – юрак, компенсация даври. Астма статуси II босқичи;

✓ Бронхиал астма IV босқичи, оғир персистиловчи кечиши. Инфекцияга боғлиқ шакли.

Ёндош: Сурункали обструктив ўпка касаллиги III даража, оғир кечиши, қўзиш даври.

Асорати: Ўпка пневмосклерози. Нафас етишмовчилиги III даража. Сурункали ўпка – юрак, декомпенсация даври.

ФҲЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Национальная программа. //Лечение и профилактика бронхиальной астмы у детей и взрослых. – Ташкент, 1998.
2. Баранов В.Л., Куренкова И.Г., Казанцев В.А., Харитонов М.А. Исследование функции внешнего дыхания: Элби-СПб, Санкт-Петербург 2002.
3. Бойметова А.Ф., Назаров О.А. Астмани даволаида беморларни ўқитиш долзарб муаммо (обзор) // Актуальные вопросы Фтизиатрии и Пульмонологии в Узбекистане. Ташкент, 2003.
4. Даниляк И.Г. Бронхообструктивный синдром // Актуальные вопросы пульмонологии - М.: Ньюдиамед-АО, 1999.
5. Денисов И.Н. Справочник-путеводитель практикующего врача от «А» до «Я». ГЭОТАР, - М.: Медицина, 1999.
6. Добротина И.С. Бронхиальная астма: современные подходы к диагностике и терапии. - Нижний Новгород.: НГМА., 2002.
7. Добротина И.С. Диагностика и лечение бронхообструктивного синдрома. - Нижний Новгород.: НГМА., 2002.
8. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
9. Лечение и профилактика бронхиальной астмы. Практическое руководство для организаторов здравоохранения и медицинских работников.//По материалам совместного доклада Национального института сердце, лечение, крови и ВОЗ., 1996.
10. Майкл А. Гриппи. Патофизиология легких. Перевод с английского докт. мед. наук проф. Ю.М. Шапкайца./Под редакцией Ю.В. Наточина. - Москва., Санкт-Петербург., 2001.
11. Магвиенко Г.П. Клиническая диагностика. Справочное пособие для семейного врача. - Минск, Беларусь., 1999.
12. Назаров А.А. Атопическая бронхиальная астма. - Ташкент: Ибн Сины., 1994.
13. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. - Том 3. - М.: Мед. Лит. 2005.
14. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. - Том 1. - М.: Мед. лит., 2005.
15. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
16. Путов В.В., Федоссов Г.Б. Руководство по пульмонологии. Том 2. М.: Медицина., 1995.

17. Туев А.В., Мишланов В.Ю. Бронхиальная астма (иммунитет, гемостаз, лечение). - Пермь., 2001.
18. Убайдуллаев А.М. Нафас органлари касалликлари / Академик С.М. Бахрамов тахрири остида. - Тошкент., 2004.
19. Убайдуллаев А.М. Хроническая обструктивная болезнь легких (Методическая рекомендация). - Ташкент., 2005.
20. Убайдуллаев А.М., Арифхонова С.И., Ливерко И.В. и др. Новые технологии в повышении эффективности лечения бронхиальной астмы. - Ташкент., 2003.
21. Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В. Хроническая обструктивная болезнь легких: современные стандарты диагностики обострений ХОБЛ и рекомендации по антибактериальной терапии. - Ташкент., 2008.
22. Убайдуллаев А.М., Яковлева М.А., Шарафутдинова Г.Х. Бронхиальная астма. Методические рекомендации. - Ташкент., 1997.
23. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. - М.: Бином., 2000.
24. Jones P., Bosh T. Quality of life changes in COPD patients with salmeterol. Am. J. Respir. Crit. Care Med., Apr 1997.- 155(4): 1283-1289.
25. Teramoto S., Fukuchi Y., Ouchi Y. A week-long course of inhaled beta-agonist or anticholinergic agent may reduce dyspnea during exercise in COPD. Chest, Jun.1996.- 109(6): 1666-1667.

ДИСФАГИЯ ВА ДИСПЕПСИЯ

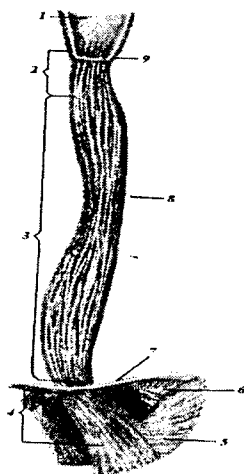
*Барча нарасада меъёрни билиш –
энг яхши доридир/*

Лао Изюнь

Дисфагия – овқатнинг қизилўнғачдан кийинлик билан ўтиши ҳамда ютиш фаолиятининг бузилиши бўлиб, ундаги нохушликларнинг биринчи ва муҳим белгиларидан бири ҳисобланади. У ютишнинг уч босқичидан (**оғиз бўшлиғи** - ютишнинг эркин қисми, **ҳиқилдоқ** – ҳиқилдоқ, ҳалқум мушаклари иштирокида юзага келадиган ютиш рефлексига боғлиқ босқич, **қизилўнғач** – унинг ўрта ёки пастки қисмидан ўтиши билан боғлиқ) бирортасининг бузилиши натижасида юзага келади:

Дисфагиянинг ривожланишида учинчи босқич муҳим аҳамиятга эга бўлганлиги сабабли, УАВ қизилўнғачнинг анатомик тузилишидан яхши хабардор бўлиши лозим (1-расм). Балоғатга етган кишиларда унинг узунлиги ўртача 25 см.ни ташкил қилади ва 3 қисмга (бўйин, кўкрак, қорин) бўлинади. Бўйин қисми VП бўйин умуртқаси сатҳидан бошланади ва 5-6 см. бўлиб, кўкрак қафасининг юқори қисмигача давом этади. Кўкрак қисми 17-19 см, қорин қисми эса 2-4 см. узунликка эга. Ошқозон кардиал қисмига ўтиш жойида қизилўнғач тешиги ёпик бўлади ва овқат ҳаракатига боғлиқ равишда очилади. Қизилўнғачда учта торайган соҳа мавжуд. Биринчи торайиш ҳалқум пастки констриктори тортилиб, ҳиқилдоқнинг узуксимон тоғайини эзиши ҳисобига кузатилади; иккинчи IV кўкрак умуртқа чўққиси сатҳи аорта ёйини эзиши қизилўнғачни чап бронхга қисиб кўяди. Учинчи торайиш диафрагманинг қизилўнғач тешиги соҳасига тўғри келади. Қизилўнғач овқатни ҳалқумдан ошқозонга ўтказиш вазифасини бажарди ва ютинишнинг якуний босқичида қатнашади. Ҳалқумнинг қизилўнғачга ўтиш қисмида физиологик жомлар мавжуд бўлиб, улар қизилўнғачдаги манфий босимни ҳиқилдоқ ва ошқозондаги мусбат босимдан ажратиб туради.

1-ҳалқум ёки юткин, 2-қизилўнғачнинг бўйин қисми, 3-қизилўнғачнинг кўкрак қисми, 4-қизилўнғачнинг қорин қисми, 5-қизилўнғачнинг кардиал қисми, 6-диафрагма, 7-қизилўнғачнинг пастки торайган қисми, 8-қизилўнғачнинг ўрта торайган қисми, 9-қизилўнғачнинг юқори торайган қисми.



1-расм. Қизилўнғач

Ютинишдан бошқа вақтда жомлар ёпик бўлади ва ҳаво ҳамда ошқозон ширасининг қизилўнғачга ўтишига тўсқинлик қилади. Кесувчи тишлардан 15-20 см. масофада жойлашган юқори жомнинг айланма мушак толалари тоник қисқариш ҳолатида бўлади ва натижада жом ёруғлигида юқори босим соҳаси

ҳосил бўлади (20 см. сув устуни). Овқат ютинганда, қизилўнгачнинг юқори жоми соҳасида олдинги сонияларда босим ошади, кейинчалик бир сония ичида атмосфера босимидан ҳам пасаяди. Юқори жом соҳасида босим пасайиши билан бир вақтда, қизилўнгач бўйлаб тарқаладиган бирламчи перистальтик тўлқин ҳисобига ҳиқилдоқ соҳасида босим ошади. Оқибатда ҳосил бўлган максимал босим сув устунининг 70-90 см.га тенг. Одамларда бирламчи перистальтик тўлқин бутун қизилўнгач бўйлаб 8-12 сонияда ўтади. Қизилўнгач бўйлаб тўлқин тарқалганда, унинг тезлиги борган сари пасаяди. Бошлангич қисмида бирламчи перистальтика тўлқини тезлиги 50 см/сек тенг бўлса 25-30 см дан кейин тезлиги 3 см/сек гача пасаяди, баъзида қизилўнгачнинг ошқозонга ўтиш соҳасидаги пастки жомидан 1 см/сек ва ундан ҳам тушиб кетади. Вертикал ҳолатда турган одамда суюқлик қизилўнгачдан бирламчи перистальтик тўлқин тезлигидан ҳам шиддатлироқ 1-2 сония ичида ўтади. Бу ҳолат ҳиқилдоқ констриктор мушаклари қисқариши ва оғирлик ҳисобига ҳосил бўлади. Қизилўнгачдан суюқлик ўтгандан кейин уни пастки қисмида перистальтик тўлқин етиб келганга қадар туриб қолади. Кетма-кет бир нечта тез ютиниш ҳаракатлари вақтида, масалан, 1 стакан сув ичилганда суюқлик пастки жомдан ўтади ва 1-2 сонияда ошқозонга етиб келади. Ҳиқилдоқда ҳосил бўлган бирламчи перистальтика тўлқинидан ташқари, овқат таъсирида қизилўнгачнинг маҳаллий чўзилиши кичикроқ амплитудали иккиламчи перистальтика тўлқинлари қизилўнгач бўйлаб ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Қизилўнгач пастки қисмида учламчи регуляр бўлмаган перистальтик қисқаришлар кузатилади. Унинг барча қисмларини ютиниш актига боғлиқ бўлмаган мустақил қисқаришлари овқат қолдиқлари ва ёт моддаларнинг ундан тозаланишига олиб келади. Овқатнинг қизилўнгачда туриб қолиши қайта-қайта ритмик перистальтика тўлқинлар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Пастки жом очилиши адренергик бўлмагани сабабли тормозлаш импульслари таъсирида рефлектор бўлади ва босим градиенти овқатни жом томонга йўналтиради. Бундан кейин жом аста-секин қисқаради ва қизилўнгачнинг диафрагмадан юқори қисмида ундан пастдаги қисмига нисбатан баландроқ бўлиб, овқатдан холис бўлишига олиб келади. Пастки жом фаолияти гастрин ва секретин таъсирида назорат қилинади. Қонга кам миқдорда гастрин юборилганда ёки эндоген гастрин таъсирида ошқозон антрал қисмида рН кўтарилишида жом тонуси ошади. Секретин инъекцияси ёки ўн икки бармоқли ичакда кислоталикнинг ошиши жом ичи босимини пасайтиради. Қизилўнгач мушакларининг қисқариши узунчоқ миёдаги марказлар томонидан назорат қилинади.

Дисфагияларнинг қуйидаги турлари фарқланади:

1. *Этиологияси бўйича:*

а) *функционал*

б) *органик*

2. *Патогенези бўйича:*

- а) спастик (функционал ўзгаришларда кузатилади);
- б) парадоксал (суюк овқатни қизилўнгачдан қийинлик билан ўтиши тушунилади)

3. Жойлашиши бўйича:

- а) буккофарингиал (оғиз бўшлиғи касалликларида)

- б) қизилўнгач

4. Давомийлиги бўйича:

- а) доимий (ўсмалар, қизилўнгачни ташқаридан қисилиши натижасида);

- б) даврий дисфагия.

УАВ кундалик фаолиятида дисфагия кўп учрайдиган белгиларидан бири ҳисобланади. Уни тўғри баҳолашда сабабларини аниқлаш муҳим амалий аҳамиятга эга. Дисфагия турли сабабларга кўра юзага келади ва уларни шартли равишда 4 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Ҳалқум касалликлари (жароҳат, яллиғланиш – масалан, ўтқир тонзиллит, паратонзиллар абсцесс, ҳалқум тўқималарининг аллергик шиши, тил ости суягининг синиши);

2. ютиш жараёнида қатнашадиган нерв ва мушаклар (булбар параличлар, кутуриш, ботулизм, тетания, тил ости нерви неврити, дерматомиозит, неврозлар) шикастланишида;

3. қизилўнгач аномалиялари ёки уни ўсмалар қисиб (кўкс оралиғи ўсмалари, склерозловчи медиастенит, аномал жойлашган ўнг умров ости артерияси, елка бош ўзани ёки аорта аневризмаси, умуртқа поғонаси остеохондрозида остеофитлар) қўйиши;

4. қизилўнгач шикастланиши билан кечадиган турли (жароҳатлар, қуйиш, ўсмалар, яллиғланиш ва дистрофиялар билан кечадиган жараёнлар) касалликлар.

Қизилўнгач касалликларидаги дисфагия патогенезида овқат луқмасининг ўзгарган шиллик қаватига таъсири натижасида эзофагоспазм ривожланиши муҳим аҳамиятга эга ва унинг даражаси шиллик қават шикастланиш даражаси билан бевосита боғлиқ. Шунингдек, қизилўнгач ўтказувчанлигининг механик бузилишларида ҳам ушбу омилнинг аҳамияти катта (чандикли стеноз, рак), чунки дисфагия одатда таом ўтишига механик қаршилиқ пайдо бўлишидан анча олдин кузатилади.

Ҳалқум касалликлари ва нерв тизими органик шикастланишларида, дисфагия бошқа касалликни аниқлашни енгиллаштирадиган субъектив ва объектив белгилар билан бирга кечади. Истерик неврозда ва қизилўнгач айрим касалликларининг эрта босқичларида (ўсмаларда ҳам) дисфагия унинг ягона белгиси бўлиб, ташхис қўйишда анча қийинчиликлар туғдиради. Амалиётда қиёсий ташхис икки босқичда ўтказилади. Биринчи босқичда дисфагия функционал табиатли ёки қизилўнгачнинг органик шикастланишлари билан боғлиқлиги аниқланади. Иккинчи босқич дисфагияга сабаб бўлган асосий касалликни аниқлаш учун ўтказиладиган текширишлардан иборат.

Функционал дисфагиялар даврий равишда кузатилиб, аксарият ҳолларда

қаттиқ овқатлардан кейин эмас, аксинча иссиқ ёки совуқ овқатлар истеъмол қилгандан сўнг учрайди. Истерик невроз нагизасидаги дисфагия суюқ овқат истеъмол қилганда пайдо бўлиб қуюқ овқатдан сўнг йўқолади. Функционал дисфагия даражаси одатда вақт ўтиши билан ўзгармайди. Органик табиатли дисфагияларда ремиссия кузатилмайди ва пайдо бўлиши овқатнинг қаттиқ ёки юмшоқлигига боғлиқ. Овқатни суюқлик билан бирга қабул қилиниши энгиллик келтиради. Ўсмаларда дисфагия даражаси аста-секин зўрайиб боради. Ютинишда дисфагия билан бирга тўш ортидаги кескин оғриқлар қизилўнғачнинг ярали шикастланишида, рефлюкс эзофагитда ва баъзи ҳолларда қизилўнғач ракида кузатилади.

Қизилўнғачнинг шикастланиш сатҳини тахминан аниқлаш учун ютиниш бошланишидан овқат ушланиб қолишигача бўлган вақт ҳисобланади. Меъёрда овқат луқмаси қизилўнғач бўйин қисмини 1-1,5 сонияда, кўкрак қисмини 5-6 сонияда босиб ўтади, ва 6-8 сониядан сўнг овқат ошқозонга тушади.

Беморнинг биринчи навбатда, оғиз бўшлиғи текширилади ва дисфагиянинг буккофарингиал сабаби ўрганилади. Ташхис қўйишда қизилўнғач аускультацияси ўтказилади. Бунда бемор сув ичади ва унинг қизилўнғачдан ўтиш жараёнида ханжарсимон ўсиқ устида товуш эшитилади. Сув ўзининг оғирлик кучи таъсирида қизилўнғачнинг вестибулар қисмига тушади ва бир қисми тезда ошқозонга ўтади - бу «биринчи товуш» ҳисобланади. Аммо сувнинг кўп қисми қисқа муддат қизилўнғачда ушланиб қолади. Перистальтика тўлқини таъсирида қолдиқ сув ошқозонга ўтганда иккинчи товуш (6 ± 2 сониядан кейин) пайдо бўлади. Иккинчи товушнинг йўқолиши ёки узоқ давом этиши қизилўнғач моторикаси бузилганидан далолат беради ва УАВ унинг сабабларини аниқлашнинг кейинги тактикасини белгилайди.

Органик табиатли дисфагияга шубҳа бўлган барча ҳолларда, қизилўнғач ва ошқозон рентген ва ЭФГДС текширувларидан ўтказилади.

Шуни таъкидлаш лозимки, дисфагия тушунчаси фақат қизилўнғачдан овқат ўтишининг бузилиши эмас, балки ютишнинг бузилиши, овқатни ютганда ва сув ичганда оғриқлар пайдо бўлиши, овқат регургитацияси, қизилўнғач оқмаси бўлган ҳолларда, овқат моддаларининг шу оқма орқали қўшни аъзо ва бўшлиқларга ўтиши ҳам тушунилади.

Юқорида қайд этилганидек, дисфагия функционал ёки органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади ва **функционал дисфагиянинг сабаблари** куйидагилар ҳисобланади:

- руҳий;
- истерик;
- хавотирли невроз;
- инсультларда кузатиладиган дисфагия;
- ботулизм;
- кардиоспазм (кардия ахалазияси);
- диафрагма чурраси.

Санаб ўтилган дисфагиялар асосида қизилўнғач перисталтикаси бузилиши (дискинезия) ётади. Қизилўнғач дискинезияси деганда, гипотония, атония, спазм (бирламчи ва иккиламчи эзофагоспазм) тушунилади.

Бирламчи эзофагоспазм – қизилўнғач фаолияти кортикал бошқарилишининг бузилиши, **иккиламчи эзофагоспазм** эса реффлектор ҳисобланиб, эзофагит, яра касаллиги ва умумий тутканок синдроми билан кузатиладиган касалликларда учрайди. Даврий, пародоксал дисфагия сув ичганда кузатилиб, каттик овқат истеъмол қилганда намоён бўлмайди. Айрим ҳолларда у билан бирга намоён бўладиган тўш ортидаги оғрик коронар синдромни эслатади.

Қизилўнғачни барий билан рентгенда текширганда, унинг ҳар хил спастик деформацияси (сохта дивертикуллар, чизиклар ва штопор шакли) аниқланади.

Даволаш учун седатив, спазмолитик ва холинолитик дорилар буюрилади. Иккиламчи эзофагоспазмда асосий касаллик даволанади.

Қизилўнғачнинг диффуз спазми - унинг ютиниш билан боғлиқ бўлган кўзгалувчанлиги йўқолишига боғлиқ. Ютинишда қизилўнғачнинг ягона қисқариши ўрнига бир вақтнинг ўзида силлик мушакларнинг тўлиқ ёки унинг қисмларининг нотўғри қисқаришлари кузатилади. Қизилўнғач спазмида кўп миқдорда каттик (гўшт нон), совуқ овқат ёки уни шошилиш қабул қилиш, ҳаяжонланишлардан сўнг учрайдиган белги дисфагия ҳисобланади. Овқат туриб қолиш ҳисси одатда узок давом этмайди ва бемор ҳолатини ўзгартирганда ёки суюклик қабул қилганда ўтиб кетади. Баъзи беморларда дисфагиялар билан бирга бўйинга, ўмров суягига таркалувчи, босувчи ретростернал, степокардияга хос оғриклар кузатилади. Бемор умумий ахvoli кам ўзгаради. Рентген текширувда, қизилўнғач тонуси кескин ошган, ёриғи торайган, даврий кузатиладиган циркуляр, спастик қисқаришлари билан кенгайишлари алмашиб келади ва кўп миқдорда ҳосил бўлган дивертикулларга ўхшаб кетади.

Қизилўнғач диффуз спазмини даволаш седатив воситалар (валериана, пустирник, корвалол, бромидлар), транквилизаторлар (диазепам - 5-10 мг ёки феназепам 0,25-0,5 мг 2-3 маҳал), нейролептиклар (френалон 5-10 мг 1-2 маҳал), антидепрессантлар (амитриптилин, азафен 6,25 - 12,5 мг 2 маҳал), кальций антогонистлари (верапамил 40 мг ёки нифедипин 10 мг 1-2 таблеткадан 2-3 маҳал), антихолинергик (атропин 0,1% 1,0 мл тери остига, белладонна экстракти 10-20 мг ичиш учун), антиспастик (но-шпа 40 мг 2-3 маҳал), нитратлар (нитроглицерин 0,5 мг 2-3 маҳал) тавсия этилади.

Кўрсатмалар бўлганда қизилўнғачни буж ёрдамида кенгайтириш мумкин.

Қизилўнғач атонияси аксарият ҳолларда қарияларда учраса ҳам, қуйидаги касалликлар (ахалазия, чандикли стенозлар, тор Шацкий ҳалқаси, миастения, склеродермия, дерматомиозит, гипотиреодизм ва бошқалар) унга сабаб бўлиши

мумкин. Каттик овқат қабул қилганда, ютинишнинг бузилиши ва овқат ўтиш пайтида тўш ортида нохуш ҳислар кузатилса ҳам, суюқ овқатлар эркин ўтади. Баъзида кизилўнгачдан овқат ўгиши ўзига хос товук хиқиллашига ўхшаш овоз билан кечади. Дисфагия ётган ҳолатда тик турганга нисбатан кўпроқ учрайди. Рентген текширувда кизилўнгач кенг, деярли қисқармайдиган ва баъзида ҳаво тўлган найга ўхшаб кетади. Торайиш кузатилмаса ҳам, барий сульфат эритмаси унда узоқ вақт тутилиб қолади. Қизилўнгач овқатдан ҳалос бўлишига қарамасдан, унинг шакли ўзгармайди, деворлари бўшашмайди ва овқат ўтиш йўли оч чириксимон кўриниб туради.

Рухий, истерик дисфагиялар асосида инсон руҳиятининг ўзига хос хусусиятлари, юкори эмоционаллик ва тез ишонувчанлик ётади. Улар кўпроқ 20-40 ёшли аёлларда учрайди. Бемор хатти-ҳаракати доимо атрофдагилар эътиборида бўлишга қаратилган бўлади. Кун давомида кайфияти тез ўзгаради (тушкунликдан кувнокликкача).

Дисфагиядан ташқари псевдоорганик сенсомотор бузилишлар, гемитип туридаги анестезиялар, параличлар, парезлар истерияга хос белгилар ҳисобланади. Марказий ва периферик нерв тизимининг зарарланишига хос ўзгаришлар кузатилмайди. Аксарият ҳолларда касаллик белгилари бошқа беморларнинг сўзлари, ўқилган адабиётлар, шифокор суҳбати ва эшитилган ахборотлар таъсирида пайдо бўлади.

Дисфагия хавотирлик неврозда ҳам учрайди ва куйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- ✦ узоқ вақт (6 ой ва ундан ортиқ) давомида сабабсиз хавотирлик;
 - ✦ арзимас сабабларга кўра сикилиш;
 - ✦ неврологик, юрак қон-томир ва гастроэнтерологик бузилишлар.
- Касалликнинг объектив белгилари:
- ✦ скелет мушаклар тонусининг ошиши;
 - ✦ психоген бош оғриғи;
 - ✦ тремор;
 - ✦ мушаклар тортилиши;
 - ✦ хавотирлик,
 - ✦ тез чарчаш.

Инсултларда ҳам айрим ҳолларда дисфагия кузатилиб, беморларда ундан ташқари, куйидаги белгилар аниқланади:

- ◆ оёқ ва қўл парезлари;
- ◆ кучли бош айланиши (мияча белгилари);
- ◆ нистагм;
- ◆ мушаклар гипотонияси ёки атонияси;
- ◆ скандирланган ва дизартрик гапириш.

Ботулизм орқа ҳамда узунчоқ миянинг зарарланишига хос белгилари билан кечадиган оғир токсик юкумли касалликдир. Уни қолбаса истеъмол қилган кишилар орасида биринчи марта учрагани маълум. Касаллик сифатсиз консерва маҳсулотларини истеъмол қилганда кузатилади.

Ботулизм таёкчаси *Clostridium botulinum* кислород бўлмаган шароитда тез кўпаяди (анаэроб), вегетатив шакллари 60° Сда 10-15 дақиқада ўлади, споралари эса жуда чидамли бўлиб, қайнатилганда 5 соат давомида ҳам тирик сақланади. Микробнинг вегетатив шакли маълум микроб токсинларни орасида энг захарли бўлган жуда кучли экзотоксин чиқаради. Касалликнинг яширин даври 2-12 соат давом этади ва камдан-кам ҳолларда 8-10 кунгача чўзилиши мумкин. Ботулизм кўпинча тўсатдан бошланади, бемор кўнгли айниб, қайт қилади, боши оғрийди, баъзан айланади, дармони куриб, қўлоёқлари бўшашади, қорин оғрийди, қабзият бўлиб, қорни дам бўлади. Ҳарорат меъёрида ёки субфебрил бўлиши мумкин. Тезда ботулизмнинг хос куйидаги мионеврологик, шу жумладан, дисфагия белгилари пайдо бўлади:

Фагоназоглоссоневрологик белгилар - сўлак беги фаолиятининг издан чиқиши, оғиз бўшлиғи, бурун йўллари ва ҳалқумнинг қуриши ва суюқлик ичган билан босилмайдиган ташналик. Ҳалқум қисилиши, беморнинг овқат юта олмаслиги (дисфагия), тил мушаклари ва кекирдик усти қопқоғи ҳаракатининг бузилиши. Натижада ютилган овқатни кекирдикка тушиб, бемор қалқиб кетади ва ботулизм оғир кечганда, ҳалқум мушаклари фалаж бўлиб қолади.

Офтальмоневрологик ёки офтальмоплегик - кўз соққасининг ички ва ташқи мушаклари зарарланиши натижасида пайдо бўлади. Беморнинг кўзи хиралашиб, атрофини туман қоплагандек сезади ва буюмлар хира бўлиб кўринади, киприк мушаклари ва кўз гавҳарининг ўзгариши вақтинчалик аккомадация фалажига сабаб бўлади.

Фоноларингоневрологик белгилар - беморнинг овози олдин хириллаб, кейин бутунлай чиқмай қолади (афония), тил, юмшоқ танглай ва кекирдик ташқи мушакларининг фаолияти бузилади натижада бемор сўзларни аниқ ва тиник талаффуз қила олмайди ҳамда думоғи билан гапирди.

Нафас бузилишига оид белгилар - касаллик энгил кечганида, бемор кўкраги қисилганига, оғир ҳолларда эса нафас олиши тезлашганига шикоят қилади. Нафас мароми бузилади, ҳаракатлари тартибсиз бўлиб безовталанади, ҳаво етишмаганлиги туфайли ярим ўтирган ҳолатда бўлади.

Гемодинамика бузилиши билан боғлиқ белгилар - касаллик бошланишида брадикардия, кейинчалик беморнинг юзи кўкариб, тери ранги оқаради, сўнгра токсин таъсирида миокардит ривожланиши мумкин.

Умумий мионеврологик белгилари - улар қўл оёқ ва бўйиндаги нерв - мушак фаолиятининг бузилиши натижасида пайдо бўлади. Бемор бошини ушлашга қийналади, оёқ ва қўл мушаклари ҳам ўз функциясини бажара олмайди.

Багафсил йиғилган анамнез (консерва маҳсулотларини истеъмол қилганлиги) ва дисфагиядан бошқа юқорида келтирилган белгиларнинг мавжудлиги, беморда ботулизм бор, деб шубҳа қилишга ҳамда ўрнатилган тартибда уни шифохонага юборишга асос бўлади. Ботулизм энгил шаклининг кечиши 2-3 ҳафта, оғири эса 2-3 ой ва ундан ҳам узоқ чўзилади.

Даволаш: зудлик билан бемор ошқозони 3% ли сода эритмаси билан ювилади ва адсорбент берилади (5 г майдаланган ва фаоллаштирилган кўмир, 50 г спирт ёки 1.000 г кунгабоқар мойи), сунгра сифонли клизма қилинади.

Безредка усулида ботулизмга қарши зардоб тезлик билан беморнинг венасига ва мушаклари орасига кунда бир ёки икки марта (2 ёки 3 кун давомида) юборилади. Уни юборишдан олдин беморнинг оксил моддаларга сезувчанлиги синаб кўрилади. Ботулизм оғир кечганида, зардоб дозаси кўпайтирилади. Интоксикацияни камайтириш учун 5% глюкоза эритмаси (бир кунда 1,5-2,0 л), полиглюкин ишлатилади. Антибиотиклар-левомецетин натрий сукцинати 1 г. кунда 3 маҳал, 8-10 кун давомида буюрилади. Бемор организмда актив иммунитет ҳосил қилиш учун 3 марта (5 кун оралатиб) тери остига анатоксин юборилади.

Профилактика: озик-овқат маҳсулотлари сақланадиган омборларни қаттиқ санитария назорати остига олиш, копкоғи кўпчиган консерваларни истеъмол қилмаслик. Консерва ёки балиқ истеъмол қилиш натижасида ботулизм билан касалланиш ҳоллари қайд қилинганда, шу консерва ёки балиқни еган, лекин ҳали касалланмаган кишиларга профилактика мақсадида 15.000-20.000 ХБдан ботулизмга қарши зардоб юбориш. Улар 10-12 кун давомида врач назоратида бўладилар. Барча шифохоналарда, вилоят ва туман марказларида ботулизмга қарши зардоб бўлиши лозим.

Кардиоспазмда (кардия ахалазияси) - ютинганда перистальтика бузилиши ва кардияни рефлексор кенгаймаслиги натижасида овқатнинг қизилўнгачдан ошқозонга ўтиши бузилади. У нисбатан кам учрайди ва кўпроқ 20-40 ёшли эркак ҳамда аёллар касалланадилар.

Беморларни дисфагия, тўш ортида оғриқ ва регургитация безовта қилади. Дисфагия дастлаб вақти-вақти билан, кейинчалик яхши чайналмаган овқат қабул қилганда пайдо бўлади, ҳаяжон ва стрессларда кучаяди. Овқат енгил ўтиши учун беморлар тез-тез сув ичишга мажбур бўладилар. Овқатни итариш учун чуқур нафас олиш, бўш (ҳаво) ютиш, орқага эгилиш ҳаракатларини қиладилар. Тўш ортида тунда пайдо бўладиган оғриқ хуружлари кузатилади.

Касаллик тўлқинсимон кечади ва хуруж даврлари ремиссиялар билан алмашиб келади. Аста-секин ремиссия даврлари қисқариб, бир неча йил ўтгач беморларда оғриқ, дисфагия ва регургитация каби шикоятлар доимий бўлиб қолади. Белгиларнинг намоён бўлиш даражаси ахалазия босқичига боғлиқ. Бошланғич даврида клиник белгилар минимал ёки умуман аниқланмайди. Қизилўнгач кўкрак қисми бир оз кенгайган, цилиндрик шаклда ва перистальтика кузатилса ҳам, тор терминал қисми қийинчилик билан очилади. Субкомпенсация босқичида оғриқлар, дисфагия, регургитация кузатилади ва қизилўнгачнинг кўкрак қисми кенгайиши яққолроқ намоён бўлади ҳамда тонуси пасаяди. Декомпенсация босқичида эса оғриқлар доимий тус олиб дисфагия ва регургитация билан бирга

қизилўнғачнинг кескин кенгайиши, чўзилиши ва буралиши кузатилади. Абдоминал сегмент доимо тор ва нотўлиқ очилади. Ахалазияни қизилўнғач дистал қисми ўсмалари билан қиёсий ташхислаш лозим. Ошқозон кардиал қисми ўзгармаганлиги, деворлари эластиклиги сақланиши ва торайган сохани ўзгариб туриши, кардиа шиллик қаватида бурмалар мавжудлиги, узоқ вақт (кўп йиллик) анамнез ва қизилўнғачнинг абдоминал сегментида босимнинг ошиши ахалазияни тасдиқлайди. Қизилўнғач чандикли стенозларида ахалазия каби кенгайиш, айниқса, чўзилиш кузатилмайди. Аспирация натижасида айрим ҳолларда зотилжам, сурункали бронхитлар, сурункали эзофагит, қизилўнғач дивертикуллари ривожланади:

Таъхис юқоридагилар билан бир қаторда, қизилўнғачни рентген ва эндоскоп ёрдамида текширишлар асосида қўйилади.

Кардиа ахалазиясини даволаш:

- парҳез – тез-тез ва кам миқдорда овқатланиш (1 кеча-кундузда 6 маҳалгача), таомни охирги марта ётишдан камида 3 соат олдин қабул қилиш, тушлиқдан кейин бир оз юриш;

- салбий рухий эмоционал вазиятларни бартараф этишга ҳаракат қилиш;
- дори воситалари билан даволаш кардия очилишини яхшилашга қаратилган бўлиши лозим. Нитратлар қизилўнғач пастки жоми тонуси пасайишига олиб келади. Нитросорбит 20 мг 3-4 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин бир ой давомида. Уларни транквилизаторлар билан қабул қилиш мақсадга мувофиқ – элениум 0,01 г дан бир кунда 1-3 маҳал. Баъзида спазмолитиклар (но-шпа 0,04 г бир кунда 2-3 маҳал) ва кальций антагонистлари (нифедипин 0,01 г бир кунда 2-3 маҳал, верапамил 0,04 г бир кунда 2-3 маҳал) яхши самара беради;

- физиотерапия - ханжарсимон ўсимтага қисқа тўлқинли диатермия, новокаин билан электрофорез, Щербак бўйича гальваник ёқа;

- овқат билан аспирация кузатилганда, нафас йўлларининг санацияси ва антибактериал терапия;

- металл дилататор ёки эластик баллон ёрдамида қизилўнғач кардиал қисмини кенгайтириш.

Диафрагма чурраси – диафрагмани қизилўнғач тешигидан орқа кўкс оралиғига бирон бир қорин бўшлиғи аъзоси (ичак, талоқ ва бошқа аъзолар), қизилўнғачнинг абдоминал ёки ошқозоннинг кардиал қисмининг ўтишидир. Кўпроқ кекса ёшдаги кишиларда учрайди. Диафрагма чурраси ошқозон-ичак касалликлари орасида тарқалиши бўйича яра касаллиги ва холециститдан кейин учинчи ўринда туради. Чурранинг аксиал ва параэзофагиал турлари фарқланади.

Беморларда кардия етишмовчилиги ва рефлюкс-эзофагит белгилари-кекириш, ошқозон лукмалари билан қалқиб кетиш, зарда қайнаши кузатилади. Шунингдек, уларни дисфагия, тўш ортида оғриқ безовта қилади. Одатда шикоятлар бемор ётганда кучаяди.

Асоратлари:

- ошқозон, ва қизилўнгачдан қон кетиш;
- қизилўнгач яралари;
- чурра сиқилиши;
- қизилўнгач чандикланиши ва яллиғланиши.

Таъхис кўйишда қизилўнгачни горизонтал ва вертикал ҳолатда рентгенда текшириш ва ЭФГДС ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Даволаш:

- рефлюкс эзофагитниқидек;
- асоратлар ривожланганда, жаррохлик амалиёти.

Дисфагиянинг органик сабаблари

Қизилўнгач касалликлари:

- ▶ қизилўнгач ўсмаси;
- ▶ қизилўнгач ахалазияси;
- ▶ қизилўнгачнинг пептик торайиши;
- ▶ қизилўнгачда ёт тапача;
- ▶ гастро-эзофагит;
- ▶ қизилўнгачнинг ташқаридан сиқилиши;
- ▶ қалқонсимон без ўсмаси;
- ▶ ҳалқум ўсмаси;
- ▶ буқоқ;
- ▶ аорта аневризмаси;
- ▶ ўткир тиреоидит.

Кўп учрайдиган касалликлар:

- ▶ фарингит;
- ▶ қизилўнгач ўсмаси.

Оғиз бўшлиғи яллиғланиш касалликлари

- ▶ ангина;
- ▶ фарингит.

Неврологик касалликлар:

- ▶ полиомнелит;
- ▶ миастения;
- ▶ инсульт;
- ▶ тарқоқ склероз;
- ▶ ботулизм;
- ▶ диабетик нейропатия.

Бошқа касалликлар

- ▶ склеродермия;
- ▶ дерматомиозит;
- ▶ темир танқислик анемияси;
- ▶ истерия.

Энг хавфли касалликлар:

- ▶ қизилўнгач, қалқонсимон без, трахея, ҳалқум ёмон сифатли ўсмалари;
- ▶ қизилўнгач ёт таначаси;
- ▶ қаватланувчи аорта аневризмаси;
- ▶ полиомиелит;
- ▶ ботулизм;
- ▶ мияда қон айланишининг ўткир бузилиши.

Қизилўнгач ўсмалари дисфагиянинг органик сабаблари орасида биринчи ўринда туради. Унинг яхши сифатли ўсмалари (папиллома, липома, лимфома, фиброма, киста ва полипплар) кам учрайди. Одатда кичик ўлчамдаги ўсмалар белгиларсиз кечади, катта бўлса дисфагия, қайт қилиш, бўғилиш, овқатланишнинг бузилиши каби ўзгаришлар кузатилади. Қизилўнгачнинг ёмон сифатли ўсмалари орасида унинг раки кенг тарқалган бўлиб, кўпроқ 40 ва ундан катта ёшдаги эркакларда (аёлларга нисбатан 3 баробар кўп) учрайди.

Касалликнинг бошланғич даврида дастлаб беморлар қаттиқ овқат ютганда бир оз қийинчилик сезадилар, кейинчалик эса дисфагия кучайиб, майдаланган ва аралаш овқатларни ютиш ҳам қийинлашади.

Овқат маҳсулотлари ўтишининг бузилиши қизилўнгач қайт қилишига олиб келади ва баъзан унда қон мавжудлиги аниқланади. Беморлар озиб кетади, тери таранглиги пасаяди, ранги оқаради, кўп чанқаш безовта қилади. Гипохром анемия, ЭЧТ ошиши, лейкоформуланнинг чапга силжиши, тўш ортида тирнаш, ёт тана сезгиси, кейинчалик кучли оғрик, йўтал, овоз бўғилиши, хансираш, тез чарчаш, ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши аниқланади.

Қизилўнгач ракига шубҳа бўлганда, УАВ беморни зудлик билан мутахассс шифокорга ва кўшимча текшириш усулларига юбориши лозим. Якуний ташхис рентген, эндоскопик текширувлар ва биопсия натижаларига асосланиб қўйилади.

Шу ўринда, УАВ қизилўнгач ракига Баррет қизилўнгачи олиб келишини ёдда тутиши лозим. ГЭРК ва диафрагма чурраси бу паталогик жараёнга олиб келувчи асосий касалликлар ҳисобланади. Унда қизилўнгач пастки қисмидаги бузилган кўп қаватли ясси хужайрали эпителийларнинг цилиндрик эпителийларга айланиши кузатилади. Демак, Баррет қизилўнгачига якуний ташхис биопсия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

Ўткир эзофагит қизилўнгач шиллик қаватига иссиқ овқат, суюкликлар, кислота, ёт таначалар таъсирида ва бир қатор ўткир юкумли (дифтерия, скарлатина, сепсис) ҳамда аллергия касалликларда учрайди. Тўш ортида доимий қуйиш ҳисси, ютинганда қизилўнгач бўйлаб, айниқса, овқат ўтаётган вақтда оғриқлар билан намоён бўлади. Рентген текширувида қизилўнгач деворларида ғадир-будирликлар, мотор фаолияти бузилиши, шиллик қаватининг қалинлашиши, шишлар ва юзасида шиллик тўпланишлари аниқланади. ЭФГДСда қизилўнгач шиллик қаватида

гиперемия, эрозия, яра ва некрозлар кўринади.

Ним ўткир ва сурункали эзофагитнинг асосий сабаби ошқозон ва ичак ширасининг қизилўнгачга (тушиши) рефлюкси ҳисобланиб, шикастловчи омилларнинг унинг шиллик қаватига узоқ таъсир этиши натижасида юзага келади. Қизилўнгач яраси ва стенози, ахалазия ва кардия етишмовчилиги, диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси ҳисобига ҳам эзофагит кузатилиши мумкин. Беморларни қизилўнгач бўйлаб овқат ўтганда, нохушлик, тўш ва ханжарсимон ўсимта остида куйдириш ҳисси безовта қилади. Бундан ташқари, уларда дисфагия, кўнгил айниши, қайт қилиш, овқат ва суюқликнинг (баъзида конли) оғиз бўшлиғига қайтиб келиши кузатилади. Рентген текширувларда шиллик қаватнинг потекис қалинлашиши ва шиши, тез-тез антиперистальтика аникланади. Баъзи ҳолларда қизилўнгач деформацияси, торайиши ва қисқариши қайд қилинади.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (рефлюкс-эзофагит) - бунда беморларни аксарият ҳолларда зарда қайнаши ва қалқиб кетиш безовта қилади ва олдинга энгашиш ҳамда горизонтал ҳолат уларнинг кучайишига олиб келади. Рефлюкс эзофагит ошқозон таркибининг қизилўнгач шиллик қаватига таъсири оқибатида пайдо бўлади. Шиллик қаватдаги ўзгаришлар куйидаги бир неча босқичда кечади: гиперемия, шиш, эрозиялар, яралар, фиброзлар, қизилўнгач стенози. Тўш ортида қизиш ва эпигастрал сохада, айниқса, кўп овқат еганда, алкохол, қаҳва, ширинликлар қабул қилганда, чекканда пайдо бўлувчи ва юқорига тарқалувчи куйдириш ҳисси кузатилади. Ётган ҳолатда кучаяди ва ошқозон кислотасини камайтирувчи дорилар қабул қилганда тезда йўқолади. Айниқса, ушбу белгилар бемор эгилганда кучаяди ва горизонтал ҳолатда осон пайдо бўладиган (баъзида қон аралаш) қайт қилиш кузатилади, тез орада анемия ривожланади. Кўпинча қизилўнгачнинг торайиши ёки калталаниши, периезофагит кузатилиши мумкин. Ушбу ҳолатда пайдо бўлган дисфагия қизилўнгач ёки ошқозон раки белгисига ўхшаб кетади. Рентген текширувларда ошқозон-қизилўнгач рефлюкси ва эзофагит аникланади. Рефлюкс эзофагит одатда диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси билан бирга кузатилади.

Ташхислашда ЭФГДС муҳим аҳамиятга эга. Унда қизилўнгачда кизариш, шиш, эрозия, яралар, шиллик қават некрозлари (ўткир эзофагитда), ошқозон – қизилўнгач рефлюкси аникланади.

Қизилўнгачнинг турли хил яралари. Пептик яралар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларига нисбатан 25-30 марта кам учрайди. Қизилўнгач пептик яраси аксарият ҳолларда ошқозон, ўн икки бармоқли ичак яраси ва холелитиаз билан қўшилиб келади. Беморларда одатда кардия етишмовчилиги аникланади. Овқатланиш вақтида ёки тезда ундан кейин, баъзан ётган ҳолатда тўш ортида оғриқ пайдо бўлиши касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади. Шунингдек, уларни дисфагия, зарда қайнаши, кекириш, ошқозон йиғиндиси қайтиб чиқиши безовта қилади. Дисфагия ёндош эзофагоспазм, шиш ва чандиқли стеноз натижасида кузатилади.

Таххисни аниқлаш учун ЭФГДС ва рентген текшируви ўтказилади. Рентген текширувида пептик яра контурдаги ёки рельефдаги чуқурча кўринишда намоён бўлиб, ўткир учли “тоқча” белгиси ва унинг атрофида яллиғланиш белгилари ҳамда қизилўнғач деформацияси аниқланади. ЭФГДСда яра юмалок шаклда ёки узунчоқ сарғиш-қулранг ёки қонли қараш билан қопланган кўринишда бўлади.

Даволаш: парҳез, қамраб, ўраб олувчи, спазмолитик ва холинолитик дорилар тавсия этилади.

Периэзофагит қизилўнғачнинг ёт модда ва яра таъсирида (перфорацияси) ёрилиши ва кўкс оралиғи сили натижасида кузатилиши мумкин. Касаллик дисфагия, ютинганда кучли оғрик, қалтираш, иситма кўтариллиши, тез-тез қон билан қайт қилиш, кўкс оралиғи эмфиземаси, пневмоторакс билан намоён бўлади. Рентген текширувларда яллиғланиш ҳисобида шиш, унинг оқибатида эса қизилўнғачнинг торайиши, перфорацияси – контраст модданинг кўкс оралиғига, плевра бўшлиғига оқиб ўтиши ва кўкс оралиғи эмфиземаси аниқланади. ЭФГДСда қизилўнғач деворида тешик ва чегараланган яллиғланиш белгилари қайд этилади.

Қизилўнғачнинг тор пастки ҳалқаси - куйиш, рефлюкс эзофагит ва чурра натижасида кузатиладиган чандикли торайишлар таркибига киради. У ютишнинг (айниқса, қаттиқ овқатлардан сўнг) қийинлашиши билан кечади.

Қизилўнғач яраси ўпка, ичак сили, силли мезаденит, перитонитларда ҳам учрайди.

Учламчи захмда дисфагия қизилўнғачнинг захм яралари ва уларнинг чандикланиши билан боғлиқ. Ташхис қўйишда пателлар рефлекслар сусайиши, аннзокария, серологик таҳлилларнинг мусбат бўлиши, венеролог маслаҳатига асосланилади.

Қизилўнғачнинг замбуруғли шикастланишлари кўпинча яралли псевдомембраноз яллиғланиш кўринишида бўлади ва аксарият ҳолларда ҚД, қон касаллигига чалинган ёки узоқ муддат антибиотиклар ва ГКС қабул қилиб организми кучсизланган кишиларда кузатилади. Касаллик чакирувчиси *Candida albicans* ва *Monilia* ҳисобланиб, қизилўнғачга жараён оғиз бўшлиғидан тарқалади. Дисфагия, тинч ҳолатда, айниқса, ютинганда кучли тўш ортидаги куйдирувчи ёки спастик оғриқлар касаллик белгилари ҳисобланади. ЭФГДСда оқ сариқ копламлар ва эрозив эзофагит аниқланади. Баъзан у асосий касалликнинг кечишини оғирлаштиради ва замбуруғга қарши фаол даволашни талаб қилади.

Дисфагия - **тизимли склеродермиянинг** ҳам муҳим белгиси ҳисобланади. Баъзан тери ўзгаришлари дисфагиядан 3-4 йил олдин кузатилиши мумкин. Аксарият беморларда овқатнинг қизилўнғачдан ўтиши қийинлашади ва оғрик пайдо бўлади. Қуруқ овқатнинг ўтишини енгиллаштириш мақсадида улар суюқлик қабул қилишга мажбур бўладилар. Рентгенда текширганда, қизилўнғач дистал қисми моторикаси бузилиши, атония, контраст модданинг унда узоқ сақланиб қолиши, кардия етишмовчилиги, овқат регургитацияси, айниқса,

ётганда, рефлюкс эзофагит кузатилади. Беморларда сурункали эзофагит ривожланиши, қизилўнғач пастки қисми торайишига ва яққол намоён бўлган дисфагияга олиб келиши мумкин.

Тизимли склеродермияга чалинган беморларда дисфагия пайдо бўлиши асосий касалликнинг бутун организмга тарқалганлигидан далолат беради. *Таъхис* склеродермиянинг клиник белгилари ва биопсияга асосланиб қўйилади.

Дерматомиозитга чалинган беморларнинг салкам ярмида овқат ҳазм қилиш тизимида ўзгаришлар кузатилади. Уларни анорексия, қоринда оғрик, гастроэнтероколит белгилари, ютишнинг бузилиши безовта қилади. Дерматомиозитда дисфагия қизилўнғач юқори қисми гипотонияси ва мушаклари шикастланиши билан боғлиқ. Кейинчалик оғиз бўшлиғи, қизилўнғач шиллик қаватида некроз ўчоқлари, шиш ва геморрагиялар пайдо бўлади. Склеродермия ва дерматомиозит тўғрисида «бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари»га бағишланган маърузада батафсил баён этилган.

Қизилўнғач оқмалари – унинг ташқи ва ички (қизилўнғач-бронх, қизилўнғач-трахея) шунингдек, туғма ва орттирилган (жароҳат ёки касаллик оқибатида - ёмон сифатли ўсма, захм, сил, қизилўнғач дивертикули, кўкс оралиғи абсцесси) оқмалар фарқланади.

Қизилўнғач оқмаларида дисфагия йўтал ва овқат ютаётганда кузатилади. *Таъхис* асосий касаллик белгилари ва кўшимча текширувларга (рентген, ЭФГДС) асосланиб қўйилади.

Қизилўнғач стриктуралари ва торайишида ҳам дисфагия безовта қилади. Қизилўнғач торайиши ёмон сифатли ва яхши сифатли бўлиши мумкин. Ёмон сифатли торайиш - ёмон сифатли ўсманинг тез ўсиши натижасида келиб чиқади. Қизилўнғач диаметри 15-20 мм.дан кам бўлса, дисфагия ривожланади. Дастлаб дисфагия вақти-вақти билан кузатилиб, яққол намоён бўлмайди. Торайишлар кучайиб борган сари овқат қизилўнғачга эмас, балки нафас йўлларига ўтади. Беморларда ларингоспазм, йўтал, нафас қисиши кузатилади. Қизилўнғач дистал қисми торайганида супрастенотик кенгайиш ривожланади. Овқатланиб бўлгандан сўнг таом қайтиб чиқади. Кекириш, тўш ортида оғрик, ютганда генерсаливация, зарда кайнаши кузатилади.

Даволашнинг асосий усули – бужлаш ҳисобланади. Агар у самара бермаса, жарроҳлик усули қўлланилади. Бемор жуда озиб кетса, операцияга қарши кўрсатма бўлса – гастростомга қўйилади.

Дисфагиянинг сабабларидан яна бири **қизилўнғач дивертикуллари** ҳисобланади. Фарингоэзофагал (бўйин, Ценкер), бифуркация, диафрагма усти (эпифренал) дивертикуллари фарқланади. Дивертикулда овқат тутилиб қолиб, қизилўнғачни сиқиб қўяди, дастлаб қаттиқ, кейинчалик эса суюқ овқат ўтиши қийинлашади. Овқатдан бир оз кейин девиртикулдаги ҳазм бўлмаган овқат ва суюкликнинг тўсатдан регургитацияси юзага келиши

мумкин. Ценкер дивертикули деб, юқори қизилўнғач жоми устида унинг кенгайиши айтилади. Беморлар овқат қайтиб чиқишига, оғиздан ёмон ҳид келишига, бўйин соҳасида ҳосила борлигига шикоят қиладилар.

Тахис рентген контраст текширув ва ЭФГДСга асосланади. Бўйин дивертикуллари (фарингоэзофагал) ушбу соҳани кўздан кечирганда ва найпаслаганда аниқланади. Дивертикулларда агар жарроҳлик амалиётини ўтказиш мумкин бўлмаса, *даволаш* овқат қолдиқларини узоқ вақт туриб қолмаслигига қаратилади. Беморлар яхши майдаланган, чайналган овқат истеъмол қилишлари лозим.

Қуйидаги ҳолларда беморларни ихтисослаштирилган бўлимларга жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун юбориш мақсадга мувофиқ:

- † катта дивертикулларда контраст модданинг қисқа вақт ушланиб қолиши;
- † кичик дивертикулларда контраст модданинг узоқ (>2 дақиқа) ушланиб қолиши;
- † дивертикулит ривожланиши;
- † асоратланган (ёрилиши ва бошқалар) дивертикуллар.

Сидеропеник дисфагия ёки Пламмер-Винсон, Россолимо-Бехтерев, Келли-Петерсон синдроми - организмда темир танқислигида ривожланади ҳамда ошқозон ахилияси ва темир танқислиги анемияси билан қўшилиб келади. Бу ҳолат кўпроқ аёлларда учрайди. Организмдаги темир танқислиги терида, сочларда, тирноқларда трофик ўзгаришларга сабаб бўлади ва бундан ташқари, беморларда атрофик фарингит, эзофагит, ошқозон ахилияси билан кечадиган гастрит ривожланади. Дисфагиянинг сабаби атрофик эзофагит ҳисобланиб, қизилўнғачнинг проксимал қисмидаги ўзига хос пардасимон торайишлар ва шиллик ости қаватида юзага келган атрофия унинг эластиклигини пасайтиради. Беморларда кўпинча таъм сезиш, ҳид билиш кескин бузилади, қонда ва захираларда темир миқдори камаяди. Дисфагия вақт ўтиши билан доимий бўлиб, қизилўнғач йўналиши бўйича ёқимсиз сезги билан кечади. Беморни кўздан кечирганда тери, соч, тирноқларни трофик ўзгаришлари аниқланади. Тери ва шиллик қаватлар ранглар, атрофик глоссит, фарингит ва анемиянинг бошқа белгилари учрайди. Сидеропеник синдром рақ олди ҳолати ҳисобланади ва акарсият ҳолларда унинг ривожланишига олиб келади.

Эндоскопияда атрофик эзофагит ва гастрит ҳамда қизилўнғачнинг бошланғич қисмида юпқа бириктирувчи тўқима мембраналари аниқланади. *Даволаш*: темир моддалари, В гуруҳ витаминлар буюрилади.

Қатор кўкрак қафаси аъзоларининг органик касалликларида қизилўнғач ташқаридан сиқилиб дисфагия кузатилади. **Қалқонсимон без гиперплазияси, кўкс оралиғи аъзолари ўсмаси ва абсцесслари, перикардитлар, экссудатив плеврит, аорта аневризмаси** шулар жумласидандир. Уларда қизилўнғач босилиб жойидан силжиши натижасида дисфагия ривожланади.

Дисфагия қизилўнғачга ҳар хил ёт жисмлар (данак, суяк, тугмача) тикилиб қолиши сабабли ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Ютиш жараёнида оғрикнинг пайдо бўлиши одинофагия ибораси билан номланади. У дисфагия билан бирга ва алоҳида ҳолда ҳам кузатилиши мумкин. Одинофагия юқумли касалликлар, оғиз бўшлиғи ўсмалари ва ундаги шикастланишлар оқибатида юзага келади ва дисфагия оғрик туфайли иккиламчи пайдо бўлади. Аммо ютиш жараёнида овқат тезда оғиз бўшлиғидан ошқозонга осонликча ўтади. Одинофагиянинг кўп учрайдиган сабаблари оддий герпес вируси, *Candida* вируси чақирган стоматит ёки эзофагит ҳисобланади. Оғиз бўшлиғи абсцесси ва раки камдан-кам ҳолларда одинофагияга олиб келади.

Дисфагия сабабини аниқлашда УАВ нинг дастлабки қадами тўлиқ анамнез йиғиш ва беморни синчковлик билан объектив текширишдан иборатдир. Қаттик, кейинчалик суюқ овқатларни ютишнинг бузилиши, авж олиб боровчи касаллик, қизилўнғач ўсмаси ҳақида фикр юритишга ундайди. Агар ҳар доим бир хил турдаги овқат маҳсулотларини ютишда қийинлик туғилса, обструкция, қизилўнғач стриктураси тўғрисида ўйлаш лозим. Дисфагия суюқ ҳамда куюқ маҳсулотлар ютганда бир хил пайдо бўлса, қизилўнғач мотор фаолиятини бузилишидан далолат беради. Ҳикичок билан бирга кузатиладиган дисфагия қизилўнғач дистал қисмининг шикастланганлик белгиси ҳисобланади.

УАВ учун дисфагия сабабини аниқлашга қулайлик туғдириш мақсадида, куйидаги 1-жадвалда ушбу синдром билан кечадиган сурункали қизилўнғач касалликларининг солиштирма ташхисий мезонлари келтирилган.

1-жадвал

Дисфагия белгиси билан кечадиган сурункали қизилўнғач касалликларининг солиштирма ташхисий мезонлари

Мезонлар	Қизилўнғач раки	Қизилўнғачнинг спастик дискинезияси (эзофагоспазм)	Кардия ахалазияси (кардиоспазм)	Қизилўнғачнинг торайиши ва сиқилиши	Қизилўнғачнинг йирик дивертикуласи	Қизилўнғач гипотонияси ва атонияси
Дисфагиянинг пайдо бўлиши ва кечishi	Сезилмас, аста-секин кучаявчи, баъзан яхши чайналмаган овқат сганда тўсатдан	Баъзан рухий стресс оқибати да. Кучайиб боровчи ёки бир маромда кечадиган, кўпинча қайталанувчи	Сезилмайдиган, аста-секин кучаявчи ёки яхши чайналмаган овқат истъмоли қилганда тўсатдан	Сезилмайдиган, аста-секин кучаявчи, спастик тузилишда кўп вақт давомида доним жигилдон қайнашига шикоят	Баъзан курук ёки яхши чайналмаган овқат ютишганда	Асосий касалликка боғлиқ

Дисфагиянинг пайдо бўлиш шарт – шароитлари	Бошланишида факат курук ёки яхши чайналмаган овқат таъсирида, кеч аниқланган ҳолларда ярим суёқ хатто суёқ овқат истеъмол қилгандан сўнг	Шошилиб овқатланганда, хаяжонланганда, стресс ҳолатларда баъзан сабабсиз	Бошланишида факат курук ёки яхши чайналмаган овқатдан сўнг, кейинчалик эса суёқ ва ярим суёқ овқат истеъмол (қизилўнғач қатталашганда факат овқат охирида пайдо бўлади) қилганда	Бошланишида факат курук ёки яхши чайналмаган овқат, қилганда кейинчалик эса ярим суёқ ва суёқлик таъсирида	Шошилиб овқатланиш, курук ва яхши чайналмаган овқат истеъмол қилиш	Ётган ҳолда овқатланиш
Дисфагия билан кечадиган кўшимча ҳолатлар	Тўш ортида оғриқлар (овқат бўлаги туриб қолганда), регургитация, кўнгил айниши	Тўш ортида спастик оғриқлар (овқат бўлаги туриб қолганда)	Тўш ортида оғриқлар, регургитация	Овқат туриб қолганда тўш ортидаги оғриқлар, кўнгил айниши	Тўш ортида оғриқлар	Сяқилип хисси, тўш ортида оғриқлар
Ишгаха	Пасайган, кўпинча гўштдан бешиш	Ўзгармаган	Ўзгармаган ёки кучайган	Ўзгармаган ёки кучайган (Ўсма касаллигида сусайгад, кўп ҳолларда гўштдан бешиш)	Ўзгармаган	Ўзгармаган
Тўш ортида тўсатдан пайдо бўлувчи оғриқлар	Кўпинча дисфагия пайдо бўлгандан бир неча ҳафта ёки 2-3 ой ўтгач	Кузатилади	Дисфагия билан параллел ҳолда ёки ундан илгарирок пайдо бўлади (оғриқ хуржлари)	Оғриқ асосий касаллик билан боғлиқ	Дивертикулитда	Ҳос эмас

<p>Қизилўн-гачни рентген да текшириш натижалари</p>	<p>Қизилўн-гачни-тўлиш симптоми ёки циркуляр торайиши; контури нотекис; ошқозон ҳаво пуфакчаси аниқланади; торайиш устида катта бўлмаган супрастенотик кенгайиш</p>	<p>Қизилўн-гачни доимий бўлмаган киска муддатли спастик ўзгариши, сегментар спазм, калбаки дивертикулалар, таркалган спазм, буралган эгрилик</p>	<p>Қизилўн-гачни турли даражадаги кенгайиши, кўп ҳолда унинг узайиши билан бирга келиши, кийшайиши; қизилўн-гач да овқат тўпланиши; бир маромда торайган, ошқозон ҳаво пуфакчаси йўқ</p>	<p>Қизилўн-гачнинг торайиши, босилган-да унинг карама – карши томонга сўрилиши, босилган-жойда пересталтиканинг сақланиши, контурлар билан тўлиш дефекти, қизилўн-гачнинг катта бўлмаган супрастенотик кенгайиши; ошқозон газ пуфакчалари аниқланади</p>	<p>Девор соҳасида турли шакл ва ўлчамдаги бўртиш</p>	<p>Қизилўн-гач гипотония ва атонияси, пәресталтикаси холсизланган, бемор горизонтал ҳолатда текширилганда контраст модданинг узоқ вақт тўхтаб қолиши</p>
---	---	--	--	--	--	--

Диспепсия

Беморларнинг аксариятини овқат қабул қилиш вақтида ёки ундан сўнг эпигастрал соҳада оғриқ, оғирлик, тикилиш ёки тез тўйиниш хисси, кекириш, зарда қайнаши, кўнгил айнаш, қайт қилиш, овқат қайтиб-чиқиши, иштаҳа йўқолиши ёки пасайиши, баъзан қорин дам бўлиши, ич келишининг бузилиши безовта килади. Юқорида келтирилган белгилар мажмуаси тиббиётда диспепсия синдроми деб юритилади. Бу белгилар ҳар хил кўринишда кўшилиб келиши, турли тизим аъзолари касалликларида кузатилиши мумкин. Уларнинг давомийлиги, интенсивлиги, пайдо бўлиш вақти турлича бўлади. Қуйида функционал жиғилдон ва гастродуоденал бузилишлари классификацияси келтирилган.

I. Функционал жиғилдон бузилишлари:

Функционал жиғилдон қайнаши; Кўкракдаги функционал оғриқлар (жиғилдон бузилишлари билан боғлиқ); Функционал дисфагия.

II. Функционал гастродуоденал бузилишлар:

- функционал диспепсия;
- кекириш билан боғлиқ бузилишлар; аэрофагия, носпециффик хаддан ташқари кекириш; кўнгил айнаши ва қайт қилиш; сурункали идиопатик кўнгил айнаши; функционал қайт қилиш; циклик кўнгил айнаш синдроми.

Иштаҳанинг бузилиши (ошиши ёки пасайиши) юкумли касалликлар, моддалар алмашинувининг бузилиши ва қатор бошқа касалликларда учрайди. Айрим ошқозон касалликлари, жумладан, унинг ракида иштаҳа тўлиқ йўқолиш даражасига (анорексия) етади.

Яра касаллигида, айниқса, унинг ўн икки бармоқли ичакда жойлашишида иштаҳа ошган бўлади. Иштаҳа йўқолишини оғриқдан кўрқиш сабабли овқат истеъмол қилмасликдан фарқлаш керак ва бу ҳолат ошқозон ярасида кузатилади.

Баъзи ҳолларда беморларда иштаҳа бузилиши кузатилиши мумкин. Уларнинг айримларида кўмир, бўр истеъмол қилиш истаги туғилади. Иштаҳанинг бузилиши ҳомиладорларда ва ахлоргидрия билан касалланганда ҳам қайд этилади. Ошқозон ва бошқа аъзолар ракида беморлар ўзларини гўшт ейишдан тиядилар. Иштаҳанинг юқорилиги ҳазм марказининг кўзғалиши ҳисобига бўлади.

Кекириш – қизилўнғач ва ошқозонда тутилган ҳавони бирдан ва баъзан жарангли товуш билан оғиздан чиқиши ҳаволи кекириш дейилади ва атмосфера ҳавосини ютиш ҳисобига вужудга келади. Агар оғиз бўшлиғига ҳаво билан овқат сақланмасининг бир қисми чиқса, овқатли кекириш тўғрисида сўз юритилади. Кекириш кардия тешигининг очиқ турган вақтида ошқозон мушакларининг қисқариши ҳисобига пайдо бўлади.

Ошқозоннинг ҳаракат фаолияти бузилганда чириш, бижғишлар кузатилиб, кўп газ ҳосил бўлади. Юқорида келтирилган ҳолатларда ҳидсиз кекириш кузатилса, сўнггисида беморларни айнаган тухум ҳидини эслатадиган ҳидли кекириш безовта қилади. Палағда тухум ҳидини эслатадиган кекириш привратник торайишига хос.

Кислотали кекириш ошқозон гиперсекрецияси ва яра касаллигида пайдо бўлади. Аччиқ таъмли кекириш ўтнинг ўн икки бармоқли ичакдан ошқозонга ўтиши ва юқори кислотали пептонларнинг аччиқ таъми ҳисобига юзага келади.

Зарда қайнаши – эпигастрал соҳада тўш ортида ачишиш пайдо бўлиши. У ошқозон-қизилўнғач рефлюксида, ошқозон кислотаси ошганда (яра касаллиги, холецистит), диафрагма қизилўнғач тешигининг чуррасида ва баъзан ҳомиладорларда кузатилади.

Кўнгил айнаши – рефлекс ҳолат бўлиб, эпигастрал соҳада ўзига хос босим сезгисининг бўлиши билан ифодаланади ва адашган нервнинг кўзғалиши ҳисобига юзага келади. Кўнгил айнаши аксарият ҳолларда қайт қилишдан олдин пайдо бўлади. Баъзан кўнгил айнаши ошқозон секретор етишмовчилигида ҳам кузатилади.

Қайт – мураккаб рефлекс жараён бўлиб, қайт марказининг кўзғалиши оқибатида вужудга келади. Унда ошқозон сақланмасининг қизилўнғач,

хикилдоқ ва оғиз бўшлиғига беихтиёр чиқиши юз беради. Қайт ошқозон рецепторларининг яллиғланиш жараёнидаги таъсирланишида (ўткир, сурункали гастрит), ошқозон эвакуатор фаолияти бузилганида (привратник спазми ва торайиши) ошқозондан овқат луқмаларининг ўн икки бармоқли ичакка ўтиб бўлмагани сабабли вужудга келади. Кислотали эрталабки қайт ошқозоннинг кечкурунги гиперсекрециясидан далолат беради. Овқат ҳазм бўлганда, 2-3 соат кейин кузатиладиган қайт ошқозон яраси учун хос. Ўн икки бармоқли ичак ёки привратник ярасида қайт овқатдан 4-6 соат кейин кузатилади. Яра касаллигида қайт одатда оғриқлар чўққисида бўлади.

Оғриқ - ошқозон касалликларида эрта оғриқ овқат егандан 30-40 дақиқа, кечки оғриқлар эса 1-5 соатдан кейин кузатилади шунингдек, кечки оғриқлар оч қоринга кечкурунлари ва кечалари безовта қилади ҳамда овқатдан сўнг оғриқ сусаяди. Касалликнинг даврийлиги кўпроқ яра касаллиги учун хос. Доимий оғриқлар сурункали гастрит кўзишида безовта қилади.

Диспепсиянинг турли хил классификациялари мавжуд бўлиб, амалиётда уларни органик ва функционал (ярасиз) турларга ажратиш мақсадга мувофиқ. Функционал диспепсия бу эпигастрал соҳада оғриқ, нохуш сезги, овқатдан сўнг тиқилиш ҳисси, тез тўйиниш, қорин дам бўлиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, кекириш, зарда қайнаши, овқат қайтиб чиқиши, ёғли овқатни сингдира олмаслик каби белгиларни ўз ичига олган ва ички аъзоларнинг органик касалликларисиз (яра касаллиги, сурункали гастрит, дуоденит, ошқозон раки, рефлюкс-эзофагит аниқланмаганда) кечадиган белгилар йиғиндисига айтилади. Агар юқорида санаб ўтилган функционал диспепсия белгилари 3 ойдан ортик давом этса, сурункали диспепсия тўғрисида гап боради.

Функционал диспепсиянинг куйидаги шакллари фарқланади:

- ярасимон;
- рефлюкссимон;
- дискинетик;
- носпецифик.

Функционал ярасиз диспепсияда беморларда эпигастрал соҳада оғриқ, овқат вақтида ёки ундан кейин тез тўйиниш ва тиқилиш ҳисси ҳамда кўнгил айниши аниқланади. Бунда органик диспепсиядан фаркли ўларок, ошқозон-ичак тизимида патологик ўзгаришлар топилмайди. Функционал диспепсияда учрайдиган кўпгина клиник белгилар органик диспепсияда ҳам кузатилади. Аммо ундан фаркли ўларок, белгилар комплекси, уларнинг пайдо бўлиш тезлиги, вақти, интенсивлиги, давомийлиги ҳар бир беморда ҳар хил кечади ва кўпинча 1 ёки 2 белги учрайди.

Функционал диспепсиянинг юзага келишида асосий омил бўлиб, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ҳаракат фаолиятининг бузилиши (сусайиши) ҳисобланади. Натижада ошқозондан ўн икки бармоқли ичакка овқат луқмаларининг ўтиши секинлашади, беморларни эпигастрал соҳада «сурункали» доимий ёки даврий оғриқ ва қатор диспептик белгилар безовта қилади.

Таъхислаш. Диспепсияларда киёсий таъхислаш қуйидаги касалликлар орасида ўтказилади.

Кенг тарқалган асосий сабаблари:

- ◆ ярасиз диспепсия (функционал);
- ◆ рефлюкс – эзофагит;
- ◆ қизилўнғач моторикасининг бузилиши, масалан эзофагоспазм.

Энг хавфли сабаблари:

- ◆ ёмон сифатли ўсмалар (ошқозон ва ошқозон-ости беши раки);
- ◆ юрак-қон томир касалликлари (ЮИК ва юрак етишмовчилиги);
- ◆ панкреатит;
- ◆ ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.

Нотўғри таъхис сабаблари:

- ◆ ЮИК;
- ◆ овқатланишдан кейинги аллергия;
- ◆ ҳомиладорлик;
- ◆ ўт йўллари дискинезияси;
- ◆ ўт йўлларининг бошқа касалликлари;
- ◆ ваготомиядан кейинги синдром.

Кам учрайдиган сабаблар:

- ◆ гиперпаратиреоз;
- ◆ сурункали мезентериал қон айланишининг бузилиши;
- ◆ Золлинггер-Эллисон синдроми;
- ◆ сурункали буйрак етишмовчилиги.

Рухий бузилишлар ва симуляция:

- ◆ ҳаяжонланиш ва таъсирланган ичак синдроми.

Диспепсия сабабини аниқлаш учун авваламбор, бемор анамнези синчковлик билан йиғилади ва шикоятлари чуқур ўрганилади. Бемордан қуйидагилар аниқланади:

- ▲ оғриқ қаерда пайдо бўлади ва қайси соҳага тарқалади?
- ▲ кураклар орасида, елкада, томоқда оғриқлар бўладими?
- ▲ қачон ва қайси ҳолатда оғриқлар кучаяди ёки камаяди?
- ▲ овқат қабул қилиш, сут, антацидлар, қахва, пиёз, саримсоқ пиёз истеъмол қилиш Сизнинг аҳволингизга қандай таъсир кўрсатади?
- ▲ кўп миқдорда овқат, истеъмол қилиш, жисмоний зўриқишлар аҳволингизга қандай таъсир кўрсатади?
- ▲ қовурилган, ёғли, иссиқ ва аччиқ таомлар қабул қилгандан сўнг аҳволингиз ёмонлашмайдими?
- ▲ тунда нохуш ҳислар безовта қилмайдими ва уйқунгизга ҳалақит бермайдими?
- ▲ энгашиганингизда ёки ётганингизда аҳволингиз ёмонлашмайдими?
- ▲ нохуш ҳислар Сизни доимо безовта қиладими?
- ▲ уйда ёки ишхонада нохушлиқлар тез-тез бўладими?
- ▲ шошиб овқатланасизми?

- ↑ овқатни яхши чайнаб ютасизми?
- ↑ спиртли ичимликлар истеъмол қиласизми ва қанча миқдорда?
- ↑ чекасизми?
- ↑ диспепсия белгилари пайдо бўлишини нима билан боғлайсиз?
- ↑ аксарият ҳолларда Сизни қабзият ёки ич кетиши безовта қиладими?
- ↑ қорнингиз дам бўлмайдими?
- ↑ охирги вақтда вазнингиз камаймадими?

Оғриқларнинг жойлашиши ва тарқалиши. Диспепсия сабабини аниқлаш учун оғриқларнинг жойлашиши ва тарқалиши катта аҳамиятга эга. Кураклар орасидаги оғриқлар эзофагоспазмда, холециститда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида, тўш ортидаги оғриқлар - ЮИК ва қизилўнгач касалликларида, эпигастрал соҳада эса ўт йўллари, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликларида кузатилади.

Оғриқларнинг хусусиятлари. Кўп касалликларда оғриқлар бир-бирига ўхшаб кетади, лекин баъзида ўзига хослигини эътиборга олиб, оғриқлар сабабини тахмин қилишимиз мумкин:

- ↑ куйдирувчи, ачитувчи оғриқлар – рефлюксни;
- ↑ сиқувчи оғриқлар - ЮИК ёки эзофагоспазмни;
- ↑ чуқур оғриқлар - ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини;
- ↑ кучли, тўмтоқ оғриқлар - рухий бузилишларни.

Оғриқлар қачон кучаяди ва нимадан кейин сусаяди:

- ↑ ошқозон яра касаллигида овқат пайтида оғриқлар кучаяди, ўн икки бармоқли ичак ярасида камаяди;
- ↑ қовурилган ва ёғлиқ овқатлар ярасиз диспепсияда, ўт йўллари ва қизилўнгач касалликларида бемор аҳволини ёмонлаштиради;
- ↑ энгашганда оғриқларнинг кучайиши рефлюкс эзофагитга хос;
- ↑ алкоголь истеъмол қилиниши эзофагитда, гастритда, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида аҳволни ёмонлаштиради.

Диспепсия билан кечадиган касалликларда қуйидаги ёндош белгилар кузатилиши мумкин:

- дисфагия - қизилўнгач касалликларида;
- томоқда ёт модда ҳисси (истерик) - рухий бузилишларда;
- кекириш;
- ошқозон - қизилўнгач рефлюкси, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги;
- анемия белгилари - сурункали эзофагит ёки гастрит, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, ошқозон ёки йўғон ичак раки;
- метеоризм, ич келишининг бузилиши - таъсирланган ичак синдроми;
- овқатдан кейин 30 дақиқа ўтгач ич кетиши - мезентериал қон айланишининг сурункали бузилиши.

Шунингдек,, диспепсия сабабини аниқлашда объектив ва лаборатор хамда асбобий текширишлар муҳим аҳамиятга эга.

Объектив кўриқда, беморда камқонлик ва сариклик белгилари мавжудлигига алоҳида эътибор берилади. Корин пальпациясида енгил диффуз оғриқ ва аортанинг корин қисми пульсацияси функционал ва органик бузилишларида кузатилиши мумкин. Эпигастрал соҳада диспепсиянинг бошқа белгилари билан кузатилувчи оғриқлар, асосан ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигида, ўт пуфағи соҳасида холециститда кузатилади. Эпигастрал соҳада ҳосила пайпасланиши кўпроқ ошқозон ракига хос ҳисобланади.

Шу ўринда, 40 ёшгача бўлган беморларда диспепсия белгилари яққол ифодаланган бўлмаса, УАВ мукамал йиғилган анамнезга асосланиб, унинг сабабини функционал деб тахмин қилиши, лекин кўрсатмалардан келиб чиқиб кўшимча текширишлар ўтказиши лозим.

Узоқ давом этган ва оғир диспепсияларда бемор мутахассис шифокорга юборилади ва тахминий ташхис асосида қуйидаги лаборатор-асбий текширишлар ўтказилади:

- ▶ умумий қон тахлили (гемоглобин миқдори);
- ▶ қонда темир миқдори;
- ▶ ЭЧТни аниқлаш;
- ▶ нажасни яширин қонга текшириш;
- ▶ корин бўшлиғи УТТ;
- ▶ корин бўшлиғи КТ;
- ▶ холецистосцинтиграфия (ўт йўллари обструкциясини аниқлаш учун);
- ▶ қизилўнғач ва ошқозонни рентгенконтраст текшириш (ҳаракат бузилишларини аниқлаш учун);
- ▶ эзофагогастроуденоскопия;
- ▶ эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (сарикликда);
- ▶ қизилўнғач манометрияси;
- ▶ ўсма маркерларини аниқлаш.

Шу ўринда, юқорида санаб ўтилган у ёки бу кўшимча текшириш усули УАВ ва тегишли мутахассислар томонидан аниқ кўрсатмалар бўлганда ўтказилиши лозимлигини яна бир бор таъкидлаб ўтмоқчимиз.

Диспепсияни даволаш

Функционал диспепсияларни даволаш тамойиллари:

1. Асаб-руҳий омилларни ва стресс ҳолатларини бартараф этиш, оила ва ишда муносабатларни яхшилаш, меҳнат ва дам олиш тартибини рационал ташкил этиш;
2. муқобил руҳий даво, баъзан психотерапия ўтказиш;
3. тез-тез, бўлиб-бўлиб, кам-кам овқатланиш ва сингиши қийин ҳамда ёғли маҳсулотларни қабул қилишни чегаралаш;
4. чекишни, спиртли ичимликлар ичишни, НЯҚВ қабул қилишни тўхтатиш;

5. антацид ва H₂-гистамин рецептори блокаторларини (функционал диспепсиянинг рефлюкссимон ва ярасимон турларида) қўллаш;

6. беморларда хеликобактер инфекцияси аниқланганда, унга қарши даво ўтказиш (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги давоси);

7. прокинетиклар - метоклопрамид (церукал, реглан), домперидон (мотилиум). Улар допамин рецептори блокаторлари гуруҳига киради ва гематогенцефал тўсиқдан ўтиши сабабли узок вақт ичиб бўлмайди.

Прокинетикларнинг янги авлоди **цизаприд** (препульсид, координакс) холинэргик тизим орқали ўз таъсирини кўрсатади ва серотонин рецепторларини фаоллаштиради. Қизилўнгач пастки жоми тонусини метоклопрамидга нисбатан кўп роқ оширади, унинг перистальтикасини кучайтиради, гастроэзофагеал рефлюксни камайтиради, кизилўнгач ичи рН кўрсаткичини меъёрда тутади, ошқозон ва ингичка ичакни қисқариш фаолиятини яхшилади. Ошқозоннинг хлорид кислота ишлаб чиқишига, марказий асаб тизимига ва қондаги пролактин миқдорига таъсир кўрсатмайди. Цизаприд 5-10 мг. кунда 3-4 марта овқатдан олдин буюрилади. Функционал диспепсияда бошқа прокинетиклар таъсир қилмаганда самарали ҳисобланади ва унинг рефлюкссимон, дискинетик ва ностецифик шаклларида қўлланилади.

Органик сабабларга кўра юзага келган диспепсияни даволаш асосий касаллик муолажалари ва ошқозон фаолиятини яхшилаш ҳамда диспепсия белгиларини бартараф этишга қаратилган бўлиши керак. Симптоматик даво сифатида ошқозон ҳаракатини тиклаш ва диспепсияни йўқотиш учун (стегиоз бўлмаса) прокинетикларни, шу жумладан, домперидонни (мотилак, мотилиум) қўллаш мақсадга мувофиқ.

Домперидон турли дори воситалари таъсирида, азотемия, Паркинсон касаллиги сабабли юзага келган диспепсияларда ҳам ижобий таъсир кўрсатади. ГЭРК бор беморларда домперидонни қўллаш зарда қайнаши, кекириш, ошқозон фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ бўлган белгиларни йўқотади, антацидларга ва ошқозонда кислота ҳосил бўлишини сусайтирувчи дориларга эҳтиёжни камайтиради.

Домперидоннинг терапевтик дозаси – катталарда 10 мг дан 3 маҳал овқатдан 15-30 дақиқа олдин, зарурат бўлганда кунда 4 маҳал – 10 мг кечкурун ухлагандан олдин, болаларда 20-30 кг тана вазнига – 5 мг кунига 2 маҳал, 30 кг юқори вазнда – 10 мг кунда 2 маҳал. Буйрак етишмовчилигида дорини камроқ дозаларда қабул қилиш тавсия этилади. У ярасиз функционал диспепсияни даволашда ҳам рационал, хавфсиз ва самарали дори ҳисобланади.

УАВ фаолиятида диспептик синдром билан мурожаат қиладиган беморларнинг аксариятида **гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги** бўлиши эҳтимоли юқорилигини инobatга олиб, уни даволаш тамойилларига бағафсил тўхталишни мақсадга мувофиқ деб топдик ва уни қуйида келтирамиз:

- ҳаёт тарзини ўзгартириш – ухлаганда бошнинг камида 15 см. баланджикда бўлиши; чекиш ва спиртли ичимликлардан воз кечиш, тана вазни ортиқча бўлса камайтириш, оғир жисмоний ишларни бажармаслик;

- овқат қабул қилиш тартибини ва хусусиятини ўзгартириш, меъёридан ортик ва тунда овқатланмаслик, ундан сўнг дарҳол ётмаслик, ёғли, аччиқ таомлардан, қаҳва, газли ичимликлар ва сариқ ёғ истеъмол қилишдан воз кечиш;

- антацид дори воситалари - маалокс, фосфолюгель, алмагель, гастал, сукральфат ва бошқаларни тавсия этиш;

- қизилўнгач шиллиқ қавати чидамлилигини яхшилаш - вентер (сукральфат) 0,5 г. 1 кунда 4 маҳал, 1-1,5 соат овқатдан кейин;

- қизилўнгачга ўт пастдан юқорига ташланаётган бўлса, урсодезоксихол кислотаси 250 мг. тунда ёки холестирамин бир чой қошигидан 1 стакан сувда эритилиб, 3 маҳал;

- H₂ гистамин рецепторларининг блокаторлари - ранитидин 150 мг. 2 маҳал, фамотидин 20 мг. 2 маҳал ва бошқалар;

- протон помпа ингибиторлари - омепразол 20 мг, пантопразол 20-40 мг. кунда;

- прокинетиклар - бетанехол 25 мг. 3 маҳал, овқатдан 30 дақиқа олдин (ножўя таъсирлари - бронхоспазм, коринда оғрик, ошқозон ширасининг ошириши, сийдик қопчаси спазми), метоклопрамид (церукал) 10 мг. 3 маҳал, овқатдан 30 дақиқа олдин (ножўя таъсирлари - уйқучанлик, кўзгалувчанлик), цизаприд ёки мотилиум 10 мг. кунда 4 маҳал.

- қайталанишга қарши даво - юқоридаги дори воситаларини ушлаб турувчи дозаларда тавсия этиш;

- асоратлар ва алоҳида кўрсатмалар бўлганда, жарроҳлик усули билан даволаш.

Диспепсия ва кориндаги оғриқлар билан кечувчи касалликларни ташхислаш ва даволаш тамойиллари тўғрисидаги қўшимча ва батафсил маълумотлар «Қориндаги оғриқлар»га бағи шланган маърузада келтирилган.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Нейроциркулятор дистония, аралаш тури. Ёндош касаллиги - функционал жиғилдоғ бузилиши. Функционал жиғилдон қайнаши;

✓ Функционал гастродуоденал бузилиши. Функционал диспепсия - сурункали идиопатик кўнгил айнаши;

✓ Сурункали катарал эзофагит. Авж олиш даври;

✓ Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги. Функционал дисфагия;

✓ Ошқозон яра касаллиги. Қизилўнгач пептик яраси. Авж олиш даври;

✓ Нейроциркулятор дистония. Кардия ахалазияси. Иккиламчи катарал эзофагит. Авж олиш даври;

✓ Қизилўнгач туғма дивертикулёзи. Иккиламчи катарал эзофагит. Авж олиш даври;

✓ Ўткир тонзиллит. Иккиламчи даврий функционал дисфагия;

✓ Ҳалқум тўқималари аллергияси. Функционал даврий дисфагия.

✓ Гипертония касаллиги 3 босқич. Артериал гипертензия 3 даража. Хавф 4 (жуда юқори). Бош мия ўткир қон айланиши бузилиши. Бирламчи эзофагоспазм.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Беркоу Р. «Руководство по медицине. Диагностика и терапия». Перевод с английского. Москва, «Мир», 1997, 1-том.
2. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л. ва Назиров Ф.Г. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
3. Захидова М.З., Пак Г.Л., Захидова М.У. «Тактика ведения заболеваний органов пищеварения врачом общей практики». Методическая рекомендация для ВОП. Ташкент, 2007.
4. Комаров Ф.И. «Диагностика и лечение внутренних болезней». 2-Том - М.: Медицина, 1998.
5. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
6. Кохен М.М., «Общепрактическая и семейная медицина». Минск, Беларусь, 1997 й.
7. Мерта Дж. «Справочник врача общей практики». Перевод с английского. М.: 1998.
8. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. «Общая врачебная практика». Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
9. Окорочков А.Н. «Диагностика и лечение болезней внутренних органов». 12 томов. Москва: Медицинская литература, 1998.
10. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
11. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека в 4 т. М: Медицина, 1989.
12. Собиров Д.И., Захидова М.З., Жураева З. и др. «Сборник клинических протоколов». Учебно-методическое пособие для ВОП. Ташкент, 2005.
13. Тейлор Р.Б., «Трудный диагноз». Перевод с английского. - М.: Медицина, 1995 й.
14. Фаучи Э. Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону». В 2 томах. Перевод с английского. Москва, «Практика» -Мак-Гроу-Хилл, 2002.
15. Шевченко Ю.Л., Денисов И.Н., Кулаков В.И. и др. «Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине». Перевод из английского. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2002.
16. Ahmedov N.K. Odam anatomiyasi: Atlas. J 1. T: O'zbekiston milliy ensiklopediyasi Davlat ilmiy nashriyoti, 2005.
17. Improving health systems: the contribution of family medicine. A guidebook. Wonca. World Organization of Family Doctors. Ch.Boelen end eto. Singapore, 2002.

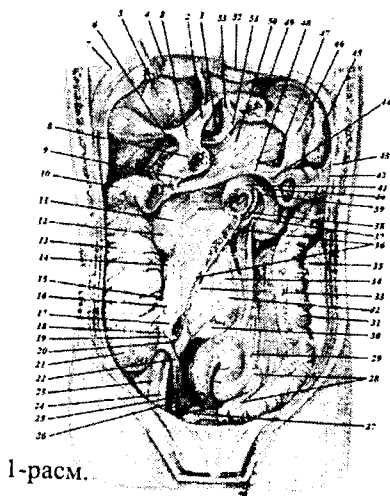
ҚОРИНДАГИ ОҒРИҚЛАР

Шифокорда шер юраги, илон совуқ-қонлиги, қиз бола қўллари ҳамда бургут кўзлари бўлиши лозим.

Абу Али ибн Сино

Умумий амалиёт врачининг кундалик фаолиятида қориндаги оғрик беморларнинг энг кўп учрайдиган шикоятларидан бири ҳисобланади. У ерда ҳаётий муҳим аъзолар жойлашган бўлиб, (1-расм) унинг сабабларини ўз вақтида танихислаш, кейинги текширув режасини тузиш ва тўғри даволашни амалга оширишда катта аҳамиятга эга.

1-жигарнинг думсимон бўлаги, 2-жигар-меъда бойлами, 3-жигар-ўн икки бармоқ бойлами, 4-диафрагма, 5-жигарнинг ўнг бўлаги, 6-чарви қопчасининг тешигидаги зонт, 7-ўт пуфаги, 8-меъданинг чиқиш қисми, 9-чарвининг пастки чўнтакчаси, 10-ичак ўнг бурилиши, 11-ўн икки бармоқ ичакнинг қорин парда ортидан кўриниши, 12-ўнг буйрак, 13-кўтарилувчи чамбар ичак, 14-париетал қорин парда, 15-ёнбош-кўричак бурмаси, 16-ёнбош-кўричак юқори артерияси, 17-ёнбош ичак, 18-ёнбош-кўричак бурмаси, 19-пастки ёнбош-кўричак ўсиғи, 20-чувалчангсимон ўсимтанинг тутқичи, 21-кўричак, 22-чувалчангсимон ўсимта, 23-ташқи ён-



1-расм.

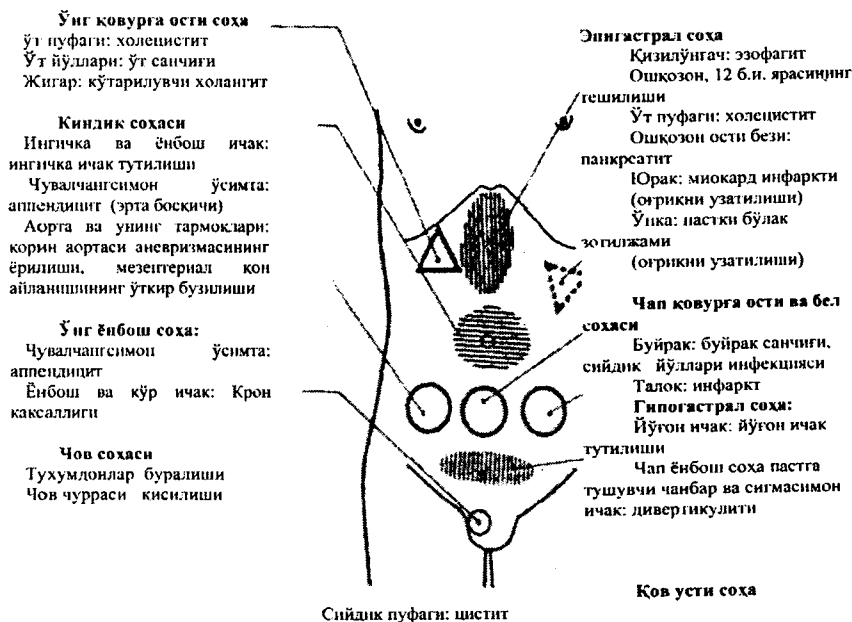
бош артерияси, 24-ташқи ёнбош венаси, 25-тўғри ичак, 26-чаноқ бўшлиғи, 27-сийдик пуфаги, 28-”S” симон ичак, 29-”S” симон ичакнинг тутқичи, 31-тушувчи чамбар ичак, 32-ички ёнбош артерия, 33-пастки қавак венаси, 34-аорта, 35-париетал қорин парда, 36-ичак тутқичи илдизи(кесилган), 37-ўн икки бармоқ ичакнинг чўнтакчаси, 38-ўн икки бармоқ ичакнинг кўтарилувчи қисми, 39-ўн икки бармоқ ичакнинг юқори чўнтакчаси, 40-ўн икки бармоқ ичакнинг юқори бурмалари 41-ўн икки бармоқ оч ичак буқилмаси, 42-ичак чап бурилиши, 43-диафрагма-ичак бойлами, 44-кўндаланг чамбар ичак тутқичи(кесилган), 45-талок, 46-меъда-талок бойлами, 47-чарви қопчасининг талок чўнтакчаси, 48-кўндаланг чамбар ичак тутқичи(кесилган), 49-меъда, 50-меъда ости беши, 51-ошқозон-меъда ости беши бурмаси, 52-жигарнинг чап бўлаги, 53-чарвининг юқори чўнтакчаси.

Қориндаги оғрик синдромини таҳлил қилиш мураккаб бўлиб, ушбу сезгилар нафақат қорин бўшлиғи аъзолари касалликларида, балки анатомик жиҳатдан шу соҳа билан боғлиқ бўлмаган ва вегетатив характердаги бир

қатор бошқа касалликларда ҳам кузатилиши мумкин. Бошқа томондан, қорин бўшлиғида жойлашган кўпгина аъзо ва тизимлар (гастродуоденал, панкреатодуоденал, гепатобилиар, интестинал, сийдик чиқариш ва бошқалар) касалликларида ҳам оғриқ қорин бўшлиғида кузатилади. Бундан ташқари, оғриқ пайдо бўлиш механизми турличадир: спазм, чўзилиш, яллиғланиш, некроз, босилиш ва х.к. Шуни эътиборга олиш керакки, оғриқ характери, интенсивлиги ва намоён бўлиши шахснинг рухий типига (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик), беморнинг жинсига, ёшига ва ирқига (қора танлилар оқ танлиларга нисбатан оғриққа чидамсизроқ бўлади) ҳам боғлиқ. Шунингдек, қорин соҳасидаги оғриқларни асбобий текшириш чегараланганлиги ва ҳар доим ҳам амалга ошириб бўлмаслиги, ҳамда бемор шикоятни агравация (ёлғон) бўлиши мумкинлигини ҳам эътиборга олиш лозим.

Беморни текшириш вақтида биринчи навбатда, “ўткир қорин” белгиси билан кечувчи ва шошилинч жарроҳлик амалиёти талаб қилинадиган жарроҳлик касалликларини инкор қилиш зарур. Чунки “ўткир қорин” синдромини эрта ташхислаш касалликларнинг асоратларини ва ўлим кўрсаткичларини камайтиради.

“Ўткир қорин” синдромининг ривожланиш патогенези турли жараёнлар билан изоҳланади:



2- расм. Қориндаги ўткир оғриқ сабаблари

- яллиғланиш - аппендицит, холецистит, панкреатит ва бошқалар;
- деструктив – яра касаллиги, ўсмалар;
- аъзонинг қон билан таъминланишининг бузилиши - эмболия, атеросклероз, мезентериал томирлар спазми, гиповолемия билан кечувчи артериялар тромбози, ташқаридан томирларнинг босилиши;
- обструкция - туғма нуқсонлар, ўсмалар, паразитлар, ёт таначалар, ўсманинг парчаланиш маҳсулотлари.

Таниқли олим ва умумий амалиёт шифокори Дж.Мертанинг кузатувларига кўра, УАВ иш фаолиятида катта ёшлиларда қориндаги оғриқ синдроми билан кечувчи ўткир аппендицит (31%), шунингдек,, ичак, буйрак, ва ўт санчиғи (29%) энг кўп учровчи жаррохлик касалликларидан хисобланади. Қоринда ўткир оғриқ билан кечувчи касалликлар 2-расмда келтирилган.

Бачадон: эндометрит

Ортиклари: тухумдон кистаси оёқчасининг буралиши ёки ёрилиши. Бачадондан ташқари ҳомиладорликда найларнинг ёрилиши, ўткир салпингоофарит

УАВ жарроҳ билан ҳамкорликда хирургик касалликларни инкор қилгандан сўнг, қуйидаги муаммоларни ҳал қилиши зарур:

- анамнез ва объектив маълумотлар асосида дастлабки ташхисни қўйиш;
- ташхис қўйиш учун зарур минимал, лекин етарли даражада лаборатор ва асбобий текшириш усуллари мажмуини аниқлаш;
- беморнинг кейинги босқичда қаерда даволашни белгилаш (ҚВП, ОП, шифохона ёки ихтисослаштирилган тиббиёт муассасаси);
- беморнинг аҳолидан келиб чиққан ҳолда зарур дориларни буюриш.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларини гумон қилишга сабаб бўлувчи белгиларга қуйидагилар қиради:

- ▶ бош айланиши;
- ▶ сабабсиз қайт қилиш;
- ▶ қорин дам бўлишининг кучайиб бориши;
- ▶ қориндаги оғриқнинг кучайиши;
- ▶ кучли ҳолсизлик, апатия;
- ▶ рангпарлик, совук тер чиқиши;
- ▶ артериал гипотония;
- ▶ ҳилпилловчи аритмия ёки тахикардия;
- ▶ иситмалаш;
- ▶ Шеткин-Блюмберг белгисининг мусбат бўлиши;
- ▶ олдинги қорин девори мушакларининг таранглиги;
- ▶ олигурия.

Қориндаги оғриққа шикоят қилаётган беморларни кўздан кечирганда, шифокорни хатоликларга йўл қўйишга олиб келувчи бир қатор ҳолатлар мавжуд. Масалан, перорал контрацепция қабул қилувчи ва ҳомиладорлик

эҳтимоллигини қатъиян инкор қилувчи ҳамда қин орқали қонли ажралмалар (ҳайз ажралмалари билан адаштириш мумкин) кузатиладиган аёллардаги бачадондан ташқари ҳомиладорликни, қарияларда ва кортикостероидлар қабул қилаётган беморларда яра тешилишини ташхислашдаги хатоликлар. Ёки уларни аппендецит, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги перфорациясидан сўнг беморларнинг умумий аҳволининг қисқа муддатга яхшиланишини эсда тутмасликлари.

Қориндаги оғриққа шикоят қилётган беморларни текшириш

Австралиялик таниқли умумий амалиёт профессори Джон Мёртанинг тавсиясига кўра, қориндаги оғриқ билан мурожаат қилган беморларнинг шикоятлари ва анамнезини аниқлашда уларга қуйидаги саволларни бериш зарур:

- кўрсатинг, қаерингиз оғрияпти?
- бошидан шу ерингиз оғрияптими ёки оғриқ бошқа ерда бошланганми?
- оғриқ доимийми ёки тўлғоқсимонми?
- оғриқнинг кучи қандай (ўн балли шкала бўйича)?
- аввал ҳам шундай оғриқ бўлганми?
- оғриқдан ташқари яна нима безовта қилади?
- оғриқни нима кучайтиради ёки енгиллаштиради?
- оғриққа овқат, сут, сода, антацидлар қандай таъсир кўрсатади?
- титраш, терлаш, сийиш вақтида оғриқ кузатиладими?
- ич кетиши ёки кабзият борми, ахлатда қон бўлганми?
- сийдик ажралишининг бузилиши кузатилганми? Сийдик ранги ўзгарганми?
- қабул қилаётган дори воситаларингизни санаб ўтинг?
- аспириин қабул қиласизми ва қанча миқдорда?
- чекасизми ва кунига нечта сигарета чекасиз? Сиз героин, кокаин, спиртли ичимликлар истеъмол қиласизми?
- сут ичасизми?
- яқинда бошқа давлатларда бўлдингизми?
- қариндошларингизда шунга ўхшаш белгилар борми?
- сўнгги вақтларда вазнингиз камайди ва қанча килограммга?
- сизда чурра борми?
- қандай жарроҳлик амалиётини бошингиздан ўтказгансиз? Аппендицит бўлганмисиз?
- ҳайз циклингизнинг давомийлиги қандай? Ҳайз циклининг тутилиши кузатиладими?

Объектив текшириш вақтида агар оғриқ сурункали характерда бўлса, албатта беморнинг тана вазнини ўлчаш лозим. Ўткир бошланган қориндаги оғриқларда тери қопламларининг ва шиллик қаватларнинг кўринишига

(тана харорати, рангпарлик, совук тер, сариклик, тошмалар, жаррохлик амалиётидан кейинги чандиқлар, асцит ва гематомаларнинг борлигига) эътибор бериш зарур. Пульсни аниқлаш (тахикардия, ритм бузилиши), артериал қон босимини ўлчаш (гипотония) керак. Нафас олиш (нафас олиш сони, ўпка пастки бўлаги пневмонияси, плеврит) ҳамда юрак қон-томир тизимини (ўткир миокард инфаркти) текшириш лозим. Қорин соҳаси жуда эҳтиёткорлик билан пайпасланади. Пальпация вақтида қорин бўшлиғи девори таъсирланиш – қорин олдинги девори мушакларининг таранглиги ва Шеткин-Блумберг белгиларига аҳамият берилади. Оғриқнинг жойлашган жойи, паренхиматоз аъзоларнинг катталашishi ва ҳосилаларнинг ҳамда чурраларнинг мавжудлиги аниқланади.

Қориндаги оғриқларда унинг манбаини аниқлаш учун Карнетт усулидан фойдаланиш мумкин. У куйидагича амалга оширилади: бемор чалқанчасига ётади, шифокор бармоқларини оғриқ соҳасига жойлаштиради ва қорин девори мушакларини таранглаштириш учун бемордан бошини кўтаришни сўрайди. Агар оғриқ қорин деворида жойлашган бўлса, мушаклар таранглашганда оғриқ кучаяди.

Кейинги босқичда қорин аускультацияси ўтказилади. Перистальтика шовқинларининг кучайishi ва чайқалиш шовқинининг кузатилиши механик, уларнинг бўлмаслиги эса паралитик ичак тутилишидан далолат беради. Аёлларда, айниқса, ўткир қориндаги оғриқда бимануал текширув (бачадондан ташқари ҳомиладорлик ёки бачадон найларининг ёрилиши) объектив текширувнинг энг муҳим қисми ҳисобланади. Тўғри ичакни бармоқ билан кўриш қорин соҳасини текширишдаги муҳим қўшимча ахборот берувчи усул эканлигини ёдда тутиш лозим. Унинг ёрдамида тўғри ичакдаги нажас массалари, ўсмалар ёки стриктуралар, кичик тосда оғриқли соҳалар ва ҳосилалар аниқланади. Бу текширувдан сўнг резинали кўлқопда қолган массаларга алоҳида баҳо берилади ва зарур бўлса нажас яшириш қонга текширилади.

УАВ қориндаги оғриқ билан мурожаат этган беморларни текширишда куйидаги **хавотирли белгиларни (alarm symptoms)** ёдда тутиши керак:

- дисфагия;
- қон билан қайт қилиш, мелена, гематокезия;
- сабабсиз тана вазнини йўқотиш;
- 45 ёшдан сўнг биринчи марта диспепсия белгиларининг пайдо бўлиши;
- камқонлик;
- лейкоцитоз;
- ЭҚТнинг ошиши.

Лаборатор текширишлар

Аксарият ҳолларда қоринда оғриқ билан кечувчи касалликларни бирламчи ташхислашда лаборатор ва асбобий текширишларнинг энг оддий усуллари етарли бўлади. Улар беморнинг ёшига ва жинсига, асосий белгининг оғирлиги ва

давомийлигига кўра танланади. УҚТ камконликни (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, хавфли ўсмалар), лейкоцитоз (аппендицит, ўткир панкреатит ва ҳолецистит, пиелонефрит) ва ЭҚТнинг ошишини (хавфли ўсмалар, тизимли касалликлар, Крон касаллиги, қорин бўшлиғи абсцесслари) аниқлаш учун ўтказилади. Қоннинг биокимёвий таҳлили билирубинлар микдорининг ошишини (жигар ва ўт қопчаси касалликлари), амилаза фаоллигини (ўткир панкреатит, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ўт қопчаси эмпиемаси ҳамда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг ёрилиши, қорин аортаси аневризмаси) аниқлаш мақсадида ўтказилади.

Сийдик таҳлилида гематурияга (буйрак санчиғи ва сийдик йўллари инфекцияси), лейкоцитурияга (сийдик йўллари инфекцияси, аппендексни тос соҳасида жойлашишида), кетонурияга (диабетик кетоацидоз) аҳамият берилади. Аёлларда ҳомиладорликни инкор қилиш учун сийдик тест-чизикчалари ёрдамида текширилади ёки зарур бўлса, хорион гонадотропин микдори аниқланади. Қориндаги оғриқка шикоят килувчи беморларни текширишда нажасдаги эритроцитларни аниқлаш муҳим усуллардан бири ҳисобланади. Унда қон бавосил касаллигида (дефекация акти охирида янги қон томчиларининг бўлиши), ичак инвагинациясида (нажаснинг смородина желесига ўхшаш бўлиши), йўғон ичак ракида, дивертикулитда ва Крон касаллигида кузатилади.

Асбобий текшириш усуллари

Қорин бўшлигини УТТ ёрдамида ўт ва сийдик ажратиш йўлларидаги тошларни, бачадондан ташқари ҳомиладорликни, ўсмаларни ва уларнинг метастазларини, битишмаларни, паренхиматоз аъзоларнинг ўлчамлари ўзгаришини, қорин бўшлиғида суюқлик ёки эркин газлар борлиги тасдиқланади ёки инкор этилади. Рентгенография мутахассислар томонидан буюрилса ҳам, қорин оғриғига шикоят қилган беморларга ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида қорин бўшлиғида ҳаво мавжудлигини (аъзонинг перфорацияси), ичак тугунларининг тортилганлиги, суюқлик ва газ билан тўлганлигини (ичак тутилиши), сийдик ажратиш ҳамда ўт йўлларида тошлар аниқланади. Кўрсатмалар бўлганда, ЭФГД, колоноскопия, экскретор урография, ирригоскопия, компьютер томография ва бошқа текшириш усуллари тавсия қилинади.

Юқоридаги текширувлар билан бир қаторда, айрим ҳолларда эпигастрал соҳада оғриқлар билан кечувчи юрак-қон томир тизими касалликларини инкор қилиш мақсадида, беморларни ЭҚГ қилиш лозим.

Овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг функционал касалликлари

Овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг функционал бузилишлари одатда руҳий характердаги асаб тизимининг касалликлари, яъни неврозлар натижасида келиб чиқади. Улар қуйидаги хусусиятларга эга: руҳий таъсирланиш, келишмовчилик ҳолатлари, марказий асаб тизимининг сурункали зўриқиши билан боғлиқлик, асосан соматик аъзоларда акс этувчи эмоционал вегетатив бузилишларнинг устунлиги, мия пўстлогининг эмоционал соҳага тормозловчи ва коррекцияловчи таъсирларини сусайишига олиб келувчи асаб тизимининг ўта таъсирчанлиги, шу билан бир вақтда, руҳий бузилишларнинг йўқлиги (васваса, галлюцинациялар, аклий заифлик ва бошқалар), аксарият ҳолларда мавжуд ўзгаришларни ипохондрик ошириб кўрсатиш ва уларга диққатни жалб қилиш.

Касалликнинг асосий кўринишлари: бош оғриғи, уйку ва иштаҳанинг бузилиши, хаёлпарастлик, тез чарчаш, жинсий кучсизлик, қўзғалувчанлик, сабабсиз кўркувлар. Лаборатор ва асбобий текширувлар ўтказилиб, аъзолардаги органик ўзгаришлар инкор килингандан сўнг касалликни функционал гуруҳга киритиш мумкин.

Овқат ҳазм қилиш тизимининг нисбатан кўп учрайдиган функционал касалликларига ошқозон ва йўғон ичак таъсирланиш синдромлари ва ўт йўллари дискинезиясини киритиш мумкин.

Ошқозон таъсирланиш синдроми (ОТС) (синонимлари: сохта ярали синдром, ошқозон неврози, функционал диспепсия ва бошқалар).

Диспепсия синдроми – эпигастрал соҳада ўрта чизикқа яқинроқ жойда (Рим мезонлари III, 2006) оғриқ ёки нохуш сезиларни (оғирлик, тўлиш, эрта тўйиш ҳисси) ўз ичига олган бузилишлар йиғиндиси сифатида аниқланади. Ушбу синдром кузатилган беморларни текширишда яра касаллиги, ошқозон раки, сурункали холецистит, сурункали панкреатит касалликлари аниқланмаса, “функционал диспепсия” ташхисини қўйиш мумкин. У қуйидаги ҳолатларда: агар диспептик бузилишлар 12 ҳафтадан ортиқ муддат давомида сақланса, клиник кечишида дефекациядан сўнг оғриқларнинг тўхташи, ич келиш сонининг ва нажас консистенциясининг ўзгариши, яъни ичак таъсирланиш синдромига хос белгиларнинг бўлмаслиги кузатилса, тасдиқланади. Беморларда у ёки бу белгиларнинг устун келишига кўра функционал диспепсиянинг қуйидаги турлари фарқланади: ярасимон (эпигастрал соҳада оч коринга кузатиладиган оғриқлар, айрим ҳолларда овқат истеъмол қилгандан сўнг йўқолиши), дискинетик (эпигастрал соҳада оғирлик ва овқатдан сўнг тўлиб кетиш ҳисси, эрта тўйиш ва кўнгил айниши) ва носпецифик (у ёки бу гуруҳга киритиш қийин бўлган белгилар).

Органик диспепсияни инкор қилиш учун ультрасонография, ЭФГД, кон, сийдик, нажаснинг клиник ва биокимёвий текшириш усуллари ўтказилади. Шунда беморларда кўп ҳолларда неврозлар кузатилишини инобатга олиш зарур.

• диспепсия синдромига чалинган беморларга тез-тез ва оз-оздан овқатланиш, ўткир зирavorлар ҳамда ширинликларни истеъмоқ қилмаслик, чекиш ва спиртли ичимликлар ичишни тўхтатиш, шунингдек,, мунтазам спорт билан шуғулланиш, кўп яёв юриш тавсия қилинади;

• дорилар билан даволаш - гипомотор дискинезиясида прокинетиклар (тегасерод, прукалоприд, мосаприд, суматриптан, метоклопрамид, домперидон), спастик дискинезияларда – миотроп таъсирли спазмолитиклар (но шпа, платифиллин, спазмалгон).

Аэрофагия – бу овқатланиш вақтида беморнинг ўзи сезмаган ҳолда маълум миқдордаги ҳавони ютиш натижасида кузатиладиган вазият бўлиб, у бир қатор патологик ҳолатларга олиб келиши мумкин. Меъёрда ҳар бир ютиниш ҳаракати давомида ҳазм қилиш тизимида 2-3 мл. ҳаво кириб, ошқозон тубида тўпланади ва баъзан кекириш ёрдамида чиқарилади. Бундай беморларни қориннинг юқори қисмида босилиш ҳисси, айрим ҳолларда тўш ортидаги ёки юрак соҳасидаги оғриқлар (гастрокардиал синдром) ва ҳансираш безовта қилади. Бу белгилар невроз ҳамда органик касалликлари бор беморларда (айниқса, улар невроз билан бирга келганда) кузатилади. Ошқозонда газ пуфаги ўлчами ва диафрагманинг туриш баландлиги камайиши сабабли овқатдан сўнг ҳаво билан кекириш одатда беморларга енгиллик келтиради. Буни ҳис қилганликлари сабабли, эпигастрал соҳада оз даражада босим ва тикилиш сезгиси пайдо бўлиши билан уларни ўзлари кекириш чакиришади ва кеинчалик бу жараён уларга боғлиқ бўлмаган ҳолда кузатилади.

Органик касалликларни инкор қилиш мақсадида, қуйидаги текширув усуллари – қорин бўшлиғи аъзоларининг барий ёрдамида рентгенографияси, УТТ ва ЭФГД ўтказилади. Кўп ҳолатларда чуқур текширувлар ўтказиш шарт (айниқса, шифокор беморнинг овқатланишини кузатиб, унинг кекиришига ҳаво ютиши сабаб бўлаётганини аниқлаганда) бўлмайди. Бу ҳолатда даволаш аэрофагиянинг асосий сабабини йўқотишга йўналтирилган бўлиши лозим. Энг аввало, беморни тинчлантириб, касаллик хавфсиз эканлиги ва даволаш мумкинлигини тушунтириш керак. Бунинг учун унинг эътиборини ҳар бир ҳаво ютиш ҳолатига қаратиш зарур. Шу билан бирга, психотерапия курсини ўтказиш, физиотерапия муолажаларидан фойдаланиш мумкин (илиқ ванналар, Вермель бўйича бром билан электрофорез, Шербаков бўйича гальваник ёқа, игна санчиш, даволовчи жисмоний тарбия). Гастрокардиал синдром ёки ҳансираш кузатилганда, беморга ошқозондан ҳавонинг чиқишини енгиллаштириш учун чап ёнбошга бошини орқага қилиб ва оғзини очиб ётиш тавсия қилинади. Ҳар куни доимий ичакнинг бўшатилиши эса ютилган ҳавонинг улар орқали чиқиб кетишига имкон яратади.

Сурункали қабзият - органик касалликларга боғлиқ бўлмаган, ичак бўшалиш жараёнининг узок вақт давомидаги (ич келиши 2 кунда 1 мартаба ва ундан кам, нажас ҳажми 100 граммдан кам, тўлиқ бўшаниш ҳиссининг

йўқлиги) бузилишдир. Одатий қабзият ичак касалликларининг 10-12% ини ташкил қилади.

Нажас массалари йўғон ичакнинг чап ярмида ушланиб қолади (сигмасимон ичак, тўғри ичак) ва кўп ҳолларда унинг перистальтикасини кўзгатувчи тўғри ичак ампуласи рефлекси бузилган бўлади. Қабзиятнинг ривожланишига бир қанча, лекин биринчи навбатда, рухий омиллар сабаб бўлади. Булар аксарият ҳолларда, невроз билан хасталанган, бош мия томирлари атеросклерози бор беморларнинг депрессив ҳолатларида кузатилади. Катта ёшлилар ва қарияларда қабзият ичак атонияси ва ичак ҳаракат фаоллигининг пасайиши билан боғлиқдир. Сўнги ҳолат ўрта ёшдаги ва ёшларда ҳам муҳим аҳамиятга (беморнинг касби, сурункали касалликлар ва жароҳатлар) эга.

Одатий қабзият клиник кўринишида бемор умумий аҳволи яхши бўлса ҳам ич келиш ҳиссини қақрувчи ва аноректал соҳада у ёки бу даражада намоён бўлувчи босилиш кузатилади. Ич келмаслиги эса ноҳуш сезгилар ортишига олиб келади. Қорин дам бўлиши ва тикилиш ҳисси, айрим ҳолларда унинг пастки қисмида тўмтоқ оғриқлар ва кўнгил айнаиши пайдо бўлади. Бу сезгилар сурги дорилари ёрдамида ичак бўшалганидан сўнг йўқолади, лекин вақт ўтиши билан уларнинг самараси камаяди. Оралик ва қориннинг пастки соҳасидаги оғриқлар ҳамда дам бўлиш ҳисси кучайиб, бош айланиши, бош оғриғи, уйқусизлик ва бошқа невротик бузилишлар пайдо бўлади.

Қорин пайпасланганда оғриқли, зич, айрим ҳолларда нотекис юзали (нажас массалари ҳисобига) сигмасимон ичак пайпасланади. Ректороманоскопия ва рентгенографияда функционал қабзиятда ҳеч қандай органик ўзгаришлар аниқланмайди. Қабзиятни ташхислашда унинг давомийлиги, беморнинг умумий аҳволи ҳамда парhez ва касбий анамнезнинг аҳамияти муҳим.

Қабзият, уни ташхислаш ва даволаш «Ичак дисфункциялари»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Ичак таъсирланиш синдроми (ИТС) – бу ичакларнинг кенг тарқалган биофизиологик ва ижтимоий функционал касаллиги бўлиб, унинг дистал бўлимларига тегишли бўлган белгилар йиғиндисининг турғунлигига (Рим мезонлари II ва III) асосланган ҳолда тасдиқланади ҳамда органик касалликларнинг “хавфли белгилари”ни инкор қилиш ва даволашнинг бирламчи курси натижалари асосида ташхисни қайта кўриб чиқиш зарурияти билан чегараланади. У уч ойдан ортик вақт давомида кузатиладиган ичак функционал бузилишларининг йиғиндиси бўлиб, қориндаги оғриқлар, дам бўлиш, тўлик бўлмаган бўшалиш, дефекациянинг бузилиши билан намоён бўлади. Оғриқ асосан қориннинг пастки чап квадратида жойлашиб, айрим ҳолларда бутун ичаклар бўйлаб тарқалади. Баъзан у бел соҳасига, кўкрак қафасининг чап ярмига узатилиб, ичакда қуриллаш, дам бўлиш ва тирналиш ҳисси билан бирга намоён бўлади.

Агар оғрик кориннинг пастки ўнг квадратида жойлашган бўлса, баъзан аппендицит хуружи гумон қилиниб, жаррохлик амалиёти ўтказилади. Айрим ҳолларда ичак санчигини жигар, буйрак ёки ўн икки бармоқли ичак яра касаллигидаги оғриқлардан фарқлаш учун синчковлик билан анамнез йиғиш ва объектив кўрик ўтказиш лозимлигини УАВ ёдда тутиши керак.

Бу оғриқлар одатда стресс ҳолатларидан сўнг ёки аниқ бир овқат қабул қилгандан кейин келиб чиқади. Ич келиши кўпинча қабзиятга мойил ёки ич кетиши билан алмашиниб туради. Беморларда уларнинг қайси бири устунлигига қараб куйидаги 1-жадвалда келтирилган дорилардан бири танланади.

1-жадвал

Ичак таъсирланиш синдромини даволаш тамойиллари

Диарея	Лоперамид	2-4 мг. (12 мг. кунига) диарея тўхтагунча
	Холистерамин	4 г. овқат билан
	Дюспаталин	200 мг. кунда 2 марта
	Маалокс	1 дозадан 3-4 марта овқатдан бир соат кейин
	Бифидум бактерин	10 дозадан кунда 3 маҳал
Қабзият	Псиллиум	3, 4 г. овқат билан, кейинчалик бемор ахволдан келиб чиқиб
	Метилцеллюлоза	2 г. овқат билан
	Лактулоза сироп	30-60 мл/кунда 2 маҳал
	70% сорбитол	15 мл. кунда 2 маҳал
	Магний гидрооксид	Кунда 2-4 ош қошиқ
	Форлакс	2 пакетчадан кунда 2 маҳал
Қоринда оғрик	Силлиқ мушак релаксантлари (мебеверин, дюспаталин, ношпа, дротаверин)	Кунда 1-4 маҳал
	Трициклик антидепрессантлар (атаракс, амитриптилин, флпооксетин)	Бемор ахволдан келиб чиқиб

Ичак таъсирланиш синдроми, уни ташхислаш ва даволаш «Ичак дисфункциялари»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Ўт қопчаси ва ўт йўллари дискинезияси билан боғлиқ бўлган қориндаги оғриқлар

Ўт чиқариш йўллари дискинезияси ҳам кўп ҳолларда қориндаги оғриқларга сабаб бўлиши мумкин. Одатда кўпроқ аёлларда кузатилиб, холецистэктомиядан сўнг келиб чиқади. Аксарият ҳолларда оғриқ ўнг қовурға ёйи ости соҳасида, ханжарсимон ўсимтага яқинроқ жойлашади ва дискинезия шаклига боғлиқ бўлади. Унинг қуйидаги шакллари фарқланади:

1. гиперкинетик (гипертоник) дискинезия;

2. гипокинетик (гипогоник) дискинезия.

Ўт пуфаги дисфункциясини ташхислаш мезонлари:

✦ билиар типдаги оғриқларнинг (ўнг қовурға ости ёки эпигастрал соҳадаги хуржсимон, 20 дақиқадан кам бўлмаган вақт давом этувчи, 3 ой давомида ва ундан кўп вақт кузатиладиган оғриқлар) қуйидаги белгилар билан бирга келиши кузатилади – тананинг орқа қисми ёки ўнг куракка узатилиши, овқат қабул қилгандан сўнг ва кечки вақтларда юзага келиши, кўнгил айниши, қайт қилиши;

✦ ўт пуфаги фаолиятининг бузилиши;

✦ билиар тизимда органик ўзгаришларнинг йўқлиги.

Гипокинетик шаклида оғриқлар симилловчи, тирналувчи (соатлар, кунлар мобайнида) характерда бўлиб, баъзан чўзилган ўт пуфагини пайпаслаш мумкин. Беморлар тубаж ва холикинетик воситалардан сўнг энгиллик сезадилар. Спазмолитик воситалар қисқа муддатда энгиллик келтирсада, ўт пуфагидаги димланиш ҳолатларини кучайтириши мумкин. Гиперкинетик шаклда ўт санчиги туридаги оғриқлар хос. Оғриқ ўткир, тўлғоқсимон, санчувчи бўлиб, ўнг қовурға ости соҳасида жойлашади, қисқа муддатли бўлиши мумкин ва илик муолажалар ёки спазмолитик воситаларни қабул қилгандан сўнг тез ўтиб кетади. Бундай беморларга тубаж ўтказиш мумкин эмас.

Патологик жараёнга ошқозон ости беши йўлларининг қўшилиши кузатилса, оғриқ панкреатитдаги каби эпигастрал соҳада жойлашиб, тананинг орқа томонига узатилади ва доимий ёки даврий характерга эга бўлади. Ўт йўллари дискинезиясига шубҳа қилинганда, бемор қонидаги жигар ферментларининг фаоллиги, оғриқ вақтида ёки оғриқдан сўнг амилаза миқдори аниқланади. УТТ да умумий ўт ёки ошқозон ости беши йўлларининг кенгайганлигини аниқлаш мумкин. Ўт йўллари дискинезияси ташхиси ўзига хос клиник кечиши, жигар ёки ошқозон ости беши ферментлари фаоллигининг ошиши, умумий ўт йўли ёки ошқозон ости беши йўли кенгайишига асосланган ҳолда қўйилади. Бундай беморлар Одди сфинктери тонусини камайтирувчи дори воситалари (кальций антагонистлари, нитратлар, М-холиноблокаторлар) ёрдамида даволанадилар. Ўт қопчаси дисфункциясини даволаш тамойилларига унинг мотор фаолиятини меъёрлаштирувчи дори воситаларни 2 ҳафтадан кам бўлмаган вақт мобайнида тавсия этиш ва 2-4 ҳафта давомида ўт ҳайдовчи воситаларни қабул қилиш қиради.

Функционал касалликларнинг барча ҳолларида УАВ асаб тизими ҳолатини (эмоционаллик, кўзгалувчанлик) ва оғриқ синдромининг келиб чиқишини асабий зўриқиш билан боғлиқлигини ҳисобга олиши лозим. Барча ҳазм қилиш тизими функционал бузилишларида психотерапия ва беморларни руҳий қўллаб-қувватлаш унинг ҳолатига ижобий тасир кўрсатади.

Сурункали тошсиз холецистит ўт қопчасининг полиэтиологик яллиғланиши бўлиб, 6 ой дан ортиқ ўт йўллариининг мотор-тоник бузилишлари (дискинезия), ўтнинг физик-кимёвий хусусиятлари ва биокимёвий таркибининг ўзгариши (дисхолия) билан кечувчи касалликдир. Сурункали холециститни амалиётда қуйидаги классификациясидан фойдаланилади:

I. Этиологияси бўйича - бактериал; вирусли; паразитар; асептик; аллергик; “ферментатив”; идиопатик.

II. Клиник шакллари:

- яллиғланиш жараёни устунлиги билан;
- дискинетик жараён устунлиги билан.

III. Ўт қопчаси қисқариш фаолиятининг бузилишига қараб:

- ўт қопчаси гиперкинезияси;
- ўт қопчаси гипокинезияси (нормотония ёки гипотония).

IV. Ўт йўллари тонусининг бузилиши бўйича - Одди жомини гипертонуси; Люткенс жомини гипертонуси; иккала жомларни гипертонуси.

V. Кечишига қараб:

- яхши кўринишда;
- тез-тез қайталанувчи;
- монотон (доимий);
- атипик.

VI. Оғирлик даражаси бўйича: енгил; ўрта оғир; оғир.

VII. Даврлари бўйича: авж олиш; нотўлиқ ремиссия; ремиссия.

VIII. Асоратлари: реактив панкреатит; реактив гепатит; перихолецистит; сурункали дуоденит ва перидуоденит, сурункали дуоденал стаз ва бошқалар.

Ўткир холецистит - ўт қопчаси деворининг ўткир яллиғланиши ҳисобланиб, одатда ўт чиқариш йўллариининг ўт тошлари билан тикилишига аъзонинг жавоб реакциясидир.

Қориндаги оғриқ – юқорида кўрсатилган касалликларнинг асосий субъектив белгиси. Одатда оғриқ ўнг қовурга ёйи остида, айрим ҳолларда эса эпигастрал соҳада жойлашади. Сурункали холециститда оғриқнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши тўйиб овқат ейиш, ёғли, қовурилган, ўткир овқатларни истеъмол қилиш, газланган ва спиртли ичимликларни ичиш билан боғлиқ бўлади. Касаллик деярли доимо ўт қопчасининг дискинезияси билан бирга кечади.

Дискинезиянинг гипотоник ва гипертоник турлари фаркланади. Гипотоник турида оғриқлар одатда доимий, симилловчи кўринишда

бўлади. Айрим ҳолларда беморларни оғриқ эмас, балки ўнг қовурға ёйи ости соҳасида оғирлик ҳисси безовта қилиши мумкин. Гипертоник дискинезияда оғриқ хуружсимон ва кучли бўлиб, бу ўт қопи мушакларининг спастик қисқариши билан боғлиқ. Оғриқ ўнг елкага, куракка узатилади. Касалликнинг авж олиш даврида беморларда қайт қилиш (айрим ҳолларда ўт аралашмаси билан), кўнгил айнаш, оғизда аччиқ таъм сезиш, қориннинг дам бўлиши, ич кетиши, иситмалаш кузатилади.

Ўткир холециститнинг клиник кечишига ўнг қовурға ости соҳасидаги тўсатдан пайдо бўлган, кучайиб борувчи оғриқ, кўнгил айнаши ва енгиллик келтирмайдиган қайт қилиш каби белгилар хос. Ўткир ва сурункали тошсиз холециститнинг авж олиши давридаги бемор кўригида ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ, мусбат Ортнер (кафт қирраси билан ўнг қовурға ёйига урилганда оғриқ пайдо бўлиши) ва Керр белгиси (ўнг қовурға ости соҳаси пайпасланганда, нафас олишда оғриқнинг пайдо бўлиши), бир дақиқада 120 тагача бўлган тахикардия ва иситмалаш аниқланади.

Лекин айрим ҳолларда, оғриқнинг турли кўринишда намоён бўлиши сабабли, касалликни ташхислашда қийинчиликлар келиб чиқиши мумкин. Агар оғриқ спастик характерда бўлса, буйрак санчигини ва дуоденал ярани инкор қилиш зарур. Оғриқ белгисининг кучайган даврида беморда тана ҳороратининг ошиши ва лейкоцитоз аниқланса, аппендицит ва сальпингоофаритни, бўлишини эсда тутиш лозим. Баъзан оғриқ шокка олиб келувчи даражада бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда, албатта ҳомиладор найнинг ёрилишини, яранинг тешилишини, овариал кистанинг ўралишини ёки чурра сиқилишини инкор қилиш керак.

Объектив кўрик жараёнида беморнинг ўнг қовурға ости соҳасида ўсмасимон ҳосила пайпасланса, ташхисий йўналиш ўт пуфагининг истисқоси, холелитиаз ва ўт йўллари ракига қаратилган бўлиши лозим. Касалликни тўғри ташхислаш доимо мақсадга йўналтирилган анамнез маълумотларини тўғри тўплаш билан узвий боғлиқ. Қориндаги оғриқларга шикоят қилган бемор билан суҳбатда УАВ илгари ҳам шундай оғриқ хуружлари бўлганлигига, сариклик ва сийдикнинг тўқ рангга бўялиши (шарт эмас) кузатилганлигига, оғриқлар овқатнинг миқдори ва сифатига боғлиқлигига (кўзиқорин, бодринг, ёғли ва аччиқ таомлар) эътибор қилиши лозим. Шунингдек, ўт-тош касаллиги ривожланишига сабаб бўлувчи ортиқча тана вазнига, айниқса, аёлларда, ҳомиладорлик мавжудлигига (иккинчи ярми) аҳамият бериш зарур. Якуний ташхис кўйишда лаборатор ва асбобий текшириш усуллари натижалари (лейкоцитоз, ўткир холециститда баланд, умумий қон таҳлилида ЭЧТнинг ошиши, УТТда ўт пуфаги деворларининг қалинлашиши ва атрофида пуфак олди суюқлигининг пайдо бўлиши, сурункалида эса ўт қопчаси деворининг қалинлашиши ва зичлашиши, ўт микроскопиясида ўткир яллиғланиш белгилари) ёрдам беради. Ўткир холециститда УАВ вазифаси

дастлабки ташхисни аниқлаш ва беморни зудлик билан касалхонага ётқизишдан иборатдир.

Ўт-тош касаллиги (ЎТК) – гепатобилиар тизимнинг ўт пуфаги ва ўт йўлларида тошларининг ҳосил бўлиши билан характерланувчи патологик жараён дир. Ўт-тош касаллигининг оғриқли хуружсимон шакли – ўт санчиги алоҳида аҳамиятга эга. Ўт санчигининг асосий клиник хусусиятларидан бири ўнг қовурға ости соҳасидаги тўсатдан бошланиб, кучайиб борувчи оғриқ дир. У тирновчи, санчувчи ва кесувчи характерга эга бўлиб, ўнгга ва юқорига узатилади, 2-6 соат давом этиб, кўнгил айниши, қайт қилиш оғиз қуриш ва аччиқ таъм сезиш, қорин дам бўлиши билан бирга кечади. Хуруж вақтида беморлар кучли ифодаланган оғриқ туфайли, жуда нотинч ва безовта бўлиб, юқори овоз билан инграшлари мумкин. Объектив кўрикда қуйидаги маълумотлар олинади: Қорин ўрта даражада шишган, пайпасланганда ўнг қовурға ости соҳасида – ўт қопчаси проециясида кучли оғриқ ва қорин олд девори мушакларининг таранглиги, Ортнер, Керр, Мерфи, Мюсси белтиларининг мусбатлиги кузатилади.

Лаборатор ва исбобий ташхислаш. Ўт қопчаси ва жигардан ташқаридаги ўт йўллари УТТдан ўтказиш усули тиббиётнинг бирламчи тизимида кенг тарқалган, арзон, юқори маълумотли текшириш дир. Унинг ёрдамида ўт тош касаллигига 98% ҳолларда аниқ ташхис қўйиш мумкин. Шунингдек,, ушбу текшириш усули 1-2 мм. ўлчамдаги тошларни, ўт қопчидаги қумларни, айрим ҳолларда эса иш фаолияти тўхтаган ўт қопчасини (тош билан тўлган ва унинг бўшлиғида ўт кўринмайдиган ҳолатлар) ҳам аниқлаш мумкин. Кўрсатмалар бўлганда, ихтисослаштирилган бўлимларда қорин бўшлиғининг умумий рентгенографияси, холангиография ёки холецистография ўтказиш зарур бўлади.

Холецистэктомиядан кейинги синдром. Холецистэктомия жарроҳлик амалиётидан сўнг бир неча ой ёки йиллар ўтгач, деярли 50% беморлар қориндаги хуружсимон ёки доимий оғриқлар билан шикоят қиладилар ва бу ҳолат постхолецистэктомик синдромда (ПХЭС) деб аталади. Амалиётда унинг қуйидаги классификациясидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади:

✦ ўт йўлларида қолдирилган тошлар, умумий ўт йўлида тош ҳосил бўлишнинг қайталанишлари ва бошқалар;

✦ умумий ўт йўлларида яллиғланиш жараёнлари - папилит, Оддит, холангит, холангиогепатит, холангиопанкреатит;

✦ Одди жомини, умумий ўт йўллари дуодено-билиар дискинезиялари.

I. Жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар:

- ўт қопчаси етишмовчилиги синдроми;
- Одди жоми ва ўт йўллари дискинезиялари;
- ўт йўли тумтоқ синдроми;
- панкреатит, панкреопатия;
- мезентериал лимфаденит, лимфангаит;
- чандикли ва склерозли жараёнлар;

- жарроҳлик амалиётидан кейинги чандикланиш билан боғлиқ ўзгаришлар.

Ушбу синдромда иккиламчи панкреатит, энтерит, гастрит, жарроҳлик амалиётидан кейинги чурралар ва бошқа патологик ўзгаришлар ривожланиши сабабли, оғриқ баъзан тарқоқ характерга эга бўлиши мумкин. Бемор янги оғриқ сезгиларини жарроҳлик амалиётидан кейин пайдо бўлганлигини аниқ айтиши касалликни ташхислашда УАВ вазифасини анча енгиллаштиради. Шунингдек, кўп ҳолларда уларни диспептик ўзгаришлар, кўнгил айнаши, оғизда аччиқ таъм, ўт билан қайт қилиш безовта қилади. Бундай ҳолларда моторикани меъёрлаштирувчи (церукал, томид) ва ўт маҳсулотларини боғловчи (холестирамин, холестерол, полиспонин) каби воситалар буюрилади. Бундан ташқари, пигмент алмашинувини яхшиловчи хенофальк ва урсофальк гуруҳларига кирувчи дориларни ҳам тавсия этиш мумкин.

Ўт копчаси ва ўт йўллари касалликларининг келиб чиқиш сабаблари ва кечиши юқорида қайд этилганидек, турлича бўлганлиги учун, уларни даволашда дори воситаларини танлашда ҳам ҳар хил ёндошилади. Қуйида уларга кискача тўхталиб ўтамиз.

Консерватив даво:

- ▶ парҳез;
- ▶ инфекцияга қарши кураш;
- ▶ дискинетик бузилишларни даволаш;
- ▶ ўт таркиби ва унинг ажралишини меъёрлаштириш;
- ▶ ўт копчасидаги тошларни эритишга ҳаракат қилиш.

Парҳез:

- ▶ тез-тез ва кам-кам овқатланиш;
- ▶ таом тайёрлашда (қарши кўрсатмалар бўлмаса) ўсимлик клетчаткаларига бой сабзи, кабачка, ковок, гречка, бугдой ва перловкалардан кенг фойдаланиш;
- ▶ мева ва сабзавотлар ҳамда уларнинг шарбатларини (анжир, олхўри, туршак, банан, олма, ковок) тез-тез ва етарли даражада истеъмол қилиш;
- ▶ сут ва қатиқ маҳсулотларидан рационда кенг фойдаланиш;
- ▶ қабул қилинадиган суюқлик миқдорининг бир кунда 1,5 литрдан кам бўлмаслиги;
- ▶ аччиқ ва нордон таомлар, шоколад, қаҳва, олий нав ундан тайёрланган нон ва хамир маҳсулотлари, ёғли ва дудланган гўшт, консервалар истеъмол қилишни кескин чегаралаш;
- ▶ мунтазам равишда тоза тоғ асали кунда 3-4 марта бир чой қошиқдан иссиқ чой билан.

Антибактериал даво

Ўтқир ва сурункали холециститда антибактериал даво холецистэктомиядан кейин ёки йирингли асоратларнинг олдини олиш мақсадида қўлланилади. Бундай ҳолларда кўпроқ ўт билан ажраладиган

дори воситалари - цефоперазон ёки пefлоксацин (абактал) 400 мг, ципрофлоксацин кунда 500-1.000 мг ёки доксоциклин кунда 100-200 мг 7-14 кун давомида тавсия этилади. Анаэроб инфекцияга шубҳа бўлганда, 4-авлод цефалоспоринлар ёки метронидазол қўлланилади. Мукобил ўт ҳайдовчи воситани танлаш сурункали холециститнинг клиник даври (авж олиш ёки ремиссия) ва ёндош дискинезия турига (гипомотор ёки гипертоник) боғлиқ. Беморнинг аҳволдан келиб чиқиб касалликнинг кучли ифодаланган авж олишида дезинтоксикация терапияси буюрилади.

Дискинетик бузилишлар ҳамда ўт таркиби ва унинг ажралишини меъёрлаштириш

Ўт ҳайдовчи воситалар 2 гуруҳга бўлинади: ўт ҳосил бўлишини кучайтирадиган - **холеретиклар ёки холесекретиклар**; уни ўт копчасидан ичакка чиқишига ёрдам берадиган – **холекинетиклар**. Холекинетиклар ўз навбатида ўт чиқариш йўллари дискинезиясининг гипертоник шаклида қўлланиладиган спазмолитикларга ва гипомотор дискинезияда ўт копчаси қисқаришини кучайтирадиган ва умумий ўт йўли сфинктерини очадиган препаратларга бўлинади. Қуйида уларга батафсилроқ тўхталиб ўтамиз.

I. Ўт ҳосил бўлишини кучайтирадиган препаратлар – холеретиклар:

1. Ҳақиқий холеретиклар - ўт кислоталари ҳосил бўлишини ва ўт секрециясини оширади:

а) таркибида ўт кислоталари мавжуд бўлган препаратлар (аллохол, дехолин, хологон, холензим, золецин, лиобил);

б) синтетик препаратлар (никодин, оксафенамид, циквалон);

в) доривор ўсимликлар (кумтош бўзоч, жухори понуглари, ялшиз, наъматак).

2. Гидрохолеретиклар – таркибий қисми сув бўлганлиги туфайли ўт секрециясини кучайтирувчилар - натрий салицилат, минерал сувлар ва валериана асосли дори воситалари.

Аллохол. Унинг таркибидаги қуруқ ўт сафро секрециясини кучайтириб, ўт кислоталари ҳосил бўлишига ёрдам беради. Ичакдаги бижғиш жараёнларини пасайтиради ва йўғон ичак перистальтикасини (шу сабабли, сурункали холецистит, қабзият билан кечганда танлов дори ҳисобланади) кучайтиради. Дори 1 таблеткадан кунда 3 марта овқатдан кейин 1 ой давомида ичишга буюрилади.

Холензим. Унинг таркиби қуруқ ўтдан ташқари, қуритилган ошқозон ости бези (0,1) ва қора моллар ингичка ичагининг қурутилган шилик қавагидан (0,1) иборат. Холеретик таъсирдан ташқарқ, холензим (таркибидаги трипсин ва амилаза туфайли) овқатнинг ичакда ҳазм бўлишини яхшилайти ҳамда ошқозон ва ўт пуфаги атрофидаги оғрикларни камайтиради.

Лиобил. Унинг ҳар бир таблеткасида буқанинг 0,2 г лиофилизирланган ўти мавжуд. Сурункали холецистит, гепатит ва одатий қабзиятда қўлланилади. Обтурация оқибатида кузатилган сариклик ва панкреатит уни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Оксафенамид (осалмид) ўт ҳосил бўлиши ва чиқарилишига ёрдам беришдан ташқари, ўт йўлларига спазмолитик таъсир кўрсатади. Шундай қилиб, оксафенамид аралаш, яъни холесекретор ва холекинетик таъсир кўрсатади. **Оксафенамид** зарур бўлганда, микробга қарши ва спазмолитик дорилар билан бирга қўлланилади. Таблеткаларда 0,25 г чиқарилади. 1-2 таблеткадан овқатдан олдин кунига 3 маҳал ичилади. Даволаш курси 15-20 кун.

Циквалон нафақат холисекретор, балки яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Қабул қилишнинг биринчи кунларида оғизда аччиқ таъм, жигар ва ўт пуфаги атрофида оғирлик ҳисси пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолатлар ўзидан-ўзи кетади.

Никодин - никотин кислота ва формалдегиднинг амид ҳосиласи. Ўт чиқаришга ёрдам беради, жигар трофикасини яхшилайти, микробга қарши таъсирга эга.

Хреретиклар - доривор ўсимликлар.

Жўхори популарининг суюқ экстракти. Ўт ва сийдик ҳайдовчи таъсирга эга. Ўт секрециясини оширади, ёпишқоқлигини камайтиради, билирубин миқдорини камайтиради, қондаги протромбинни оширади ва қон ивишини тезлаштиради.

Холосас - шакар ва наъматак мевасидаги қуйилган сув экстрактининг шарбати.

II. Ўт чиқарилишини кучайтирадиган дори воситалар

1. Холекинетиклар - ўт йўллари тонусини оширадиган препаратлар (холецистокинин, магний сульфат, питуитрин, холеретин, зирк препаратлари).

2. Холеспазмолитиклар - ўт йўллари тонусини пасайтирадиган дори воситалар (дюспаталин, атропин, платифиллин, метацин, эуфиллин).

Ўт чиқарувчи йўллар дискинезиясининг гипомотор типига қўлланиладиган холекинетиклар (**сорбит, ксилит, манит ва магний сульфат**) 12 бармоқли ичкадаги осмотик босимни оширади ва шиллиқ қаватни кўзғатиб, холецистокинининг чиқарилишига олиб келади, ўт пуфаги мушакларининг қисқаришини ва Одди сфинктерининг бўшалишини чакиради.

2 жадвал

Холекинетиклар

Ўт чиқарувчи йўлларнинг гипомотор дискинезиясида қўлланиладиган воситалар	Ўт чиқарувчи йўлларнинг гипермотор дискинезиясида қўлланиладиган воситалар
Сорбит-олтиатомли спирт кунига 2-3 маҳал 10% эритмада овқатдан 30 дақиқа олдин 30, 50, 100 мл буюрилади	М-холинolitikлар (атропин 0.1% эритмада томчида (ёшга қараб 1 дан 10 томчигача) овқатдан 30 дақиқа олдин), платифиллин, метацин, пробантин, гастросепин (пирензипин)

Ксилит-20-25 г кунига 1-2 маҳал овқатдан кейин ичилади	Миотроплар, спазмолитиклар, папаверин гуруҳи (атропин), дюспаталин
Магний сульфат -20-25% эритмада 1 та чой, дисерт ёки ош қошиқдан (ёшга караб), кунига 1-3 маҳал овқатдан олдин берилади	

Холеретикларни қабзиятга қарши воситалар ва токсик моддаларнинг ичакдан сўрилишини камайтирадиган сурги дорилар билан бирга қўллаш мақсадга мувофиқ. Шунингдек, уларни спазмолитиклар билан бирга чиқарилган бирикмалари, айниқса, дехолин ва дигидрохолев кислотасининг платифиллин билан аралашмаси майда тошларнинг силжишига ва ичакка чиқишига ёрдам бериши мумкин.

Ўт йўллари дискинезиясининг гипертоник типига қўлланиладиган холекинетик дориларга периферик М холинолитик таъсирли воситалар ва папаверин гуруҳидаги миотроп дюспаталин (200 мг капсулаларда кунда 2-3 марта) киради.

Атропин сульфат - холеспазмолитик таъсирга эга бўлиб, гиперкинезда тонусни пасайтиради, гипокинезда эса меъёр даражасигача оширади ҳамда ўт ажралишини камайтиради.

Но-шпа ва папаверин гидрохлорид - холеспазмолитик таъсирга эга.

Эуфиллин - ўт йўллари дискинезиясининг гипертоник шаклида буюрилади.

Холагол - таркибида куркума илдизи, магний салицилат, эфир ва зайтун мойи ҳамда спирт бор. Зайтун мойи ўт ҳайдовчи, спазмолитик ва яллиғланишга қарши таъсирга эга ҳамда ичакларнинг мотор фаолиятини кучайтиради.

Обтурация оқибатида юзага келган сариғлик, ўткир панкреатит, жигарнинг ўткир ва ним ўткир дистрофиялари ўт ҳайдовчи воситаларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Ўт қопчасидаги тошларни эритишга ҳаракат қилиш

Ўт - тош касаллиги консерватив ва жаррохлик амалиёти (холецистэктомия) ёрдамида даволанилади. Холестеринли ўт тошларини эритиш учун урсодезоксихол (урсофальк, урсосан) ва/ёки хенодезоксихол кислоталари (хенофальк, хеносан) самарали ҳисобланади. Хенофальк ва урсофалькларнинг кунлик дозалари 750-1.000 мг бўлиб 2-3 марта бўлиб ичилади. Даво самарадорлигини баҳолаш учун (конкрементларнинг ўлчами, сони, зичлиги) ҳар 2 ойда ўт қопчаси ва ўт йўллари УТТ ўтказиб турилади. Дорини қабул қилиш тўхтатилгандан кейин, касалликнинг қайталанишлари кузатилиши мумкин. Шунинг учун кунда 250-500 мг дан ушлаб турувчи дозада препаратни мунтазам ичиб юриш буюрилади. Рентгенопозитив оҳак тошлар аниқланганда уларнинг диаметри 2 см.дан катта бўлса ва умумий ҳажми ўт қопчасининг 50%дан кўп жойини эгаллаган ("ўчирилган") ўт

қопчаси) ҳолларда тез-тез такрорланиб турадиган ўт санчиқлари, умумий ўт оқимининг қисман обтурацияси, ичакларнинг яллиғланиши, ҚД, сурункали панкреатит, СБЕ, хомиладорлик ушбу дориларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади. Турли сабабларга кўра, жарроҳлик амалиёти ўтказиш имконияти бўлмаганда (контактли литолитик терапия, дистанцияли литотрипсия ўтказиш) ва унга кўрсатмаларни мутахассис шифокор ҳал қилади. Консерватив даволаш усулининг камчилиги шундаки, дори воситалари барча турдаги тошларда ҳам самара бермайди ва даволаш тўхтатилгандан сўнг ўт-тошлари қайта пайдо бўлиши мумкин.

Қорин ва қорин орти бўшлиқлари аъзоларининг органик касаллиқлари

Деярли доимо қорин ва қорин орти бўшлиғи аъзолари ҳамда бошқа бир қатор патологик ҳолатлар қоринда оғриқ ёки нохуш сезгилар билан бирга кечади, лекин ҳар доим ҳам шошилинч жарроҳлик амалиётини талаб қилмайди. Қориндаги сурункали ва қайталанувчи оғриқларнинг сабаблари 3-расмда келтирилган.

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) – бу ошқозон ва 12 бармоқли ичак таркибининг қизилўнгачга мунтазам қайтиб тушиши натижасида унинг дистал қисми яллиғланиши ва ўзига хос белгиларнинг ривожланишидир.

ГЭРКнинг асосий белгиларидан бири - эпигастрал соҳадаги оғриқ ҳисобланади. Овқат истеъмол қилгандан сўнг, дарҳол ханжарсимон ўсимта соҳасида оғриқ пайдо бўлиши, тана олдинга эгилганда кучайиши унинг учун хосдир. Касалликнинг бошқа белгиларига қизилўнгач шиллик қаватининг нордон ошқозон таркиби билан таъсирланиши натижасида келиб чиқувчи зарда қайнаши, овқат истеъмол қилгандан сўнг кучаювчи кекириш, баъзан ейилган овқат билан қайт қилиш, қизилўнгач гипермотор дискинезияси сабаб бўлган дисфагиялар ҳам киради. ГЭРКни ташхислашда контраст воситалар ёрдамида ўтказилувчи рентеноскопия усулининг аҳамияти катта бўлиб, бунда ошқозоннинг проксимал бўлимидан қизилўнгачнинг дистал бўлимига барий сульфатининг отилиши аниқланади. Шунингдек,, эндоскопик текширув усули ёрдамида турли даражада ривожланган рефлюкс-эзофагит белгилари қайд этилади. Улардан ташқари, УАВ омепразолли синама ўтказиши мумкин. Бунда беморга 3-5 кун давомида ҳар куни 40 мг.дан омепразол қабул қилиш тавсия этилади. ГЭРК клиникаси сезиларли даражада камайса синама мусбат ҳисобланади.

ГЭРК билан оғриган беморлар соғлом турмуш тарзини олиб боришлари лозим. Жумладан, чекиш, спиртли ичимликларни сунистеъмол қилиш, тўйиб овқат ейишдан воз кечиш, кофеин сақловчи маҳсулотларни (қаҳва, шоколад), қизилўнгачнинг пастки жоми тонусини пасайтирувчи маҳсулотларни (саримсоқпиез, пиез, аччик қалампир, апельсинли шарбат, помидор шарбати)

истеъмол қилмаслик, уйқуга 2 соат қолганда, овқатланмаслик, тананинг олдинга эгилиши билан бажариладиган ишларни чегаралаш, 3-4 соат давомида овқатдан кейин горизонтал ҳолатда ётмаслик, озиш, тор кийимларни киймаслик, иложи бўлса баъзи дориларни (β -блокаторлар, нитратлар, калций антагонистлари, антихолинергик дорилар, теofilлин) ичишни тўхтатиш. Дорилар билан даволаш: прокинетиклар - домперидон кунда 20-40 мг дан, мотилиум, координакс кунда 3 маҳал 10 мг дан. H2 гистамин - рецепторларининг блокаторлари (ранитидин (зантак) кунда 300 мг дан 2 марта, фамотидин кунда 40 мг дан), протон помпа ингибиторлари (омепразол кунда 20-40 мг дан, лансопразол кунда 30-60 мг дан) тавсия этилади. Антацид дорилар ва аналгетиклар қўшимча аҳамиятга эга. Даволаш муддати 4-12 ҳафтани, ушлаб турувчи муддат 26-52 ҳафтани ташкил этади.

Гастрит – ошқозон шиллик қаватининг ўткир ёки сурункали яллиғланиши бўлиб, унинг структур ўзгаришлари, ошқозон секретор ва мотор фаолиятининг бузилиши билан характерланади ҳамда қуйидаги турлари фаркланади:

Сурункали гастрит:

✦ морфологик - юзаки, атрофиясиз ошқозон безлари шикастланиши билан, атрофияли, якқол, атрофик-гиперпластик, гигант гипертрофик (Менетрие касаллиги), гранулематоз, эозинофили, реактив, эрозив, полипоз;

✦ кислота ишлаб чиқариш фаоллиятига кўра - сурункали гастрит юқори ва меъридаги секреция билан, сурункали гастрит пасайган секреция билан;

✦ касаллик даври: а) авж олиш б) ремиссия;

✦ сурункали гастрит А типдаги (аутоимунн гастрит), сурункали гастрит В типдаги (хеликобактер пилори ассоцияланган гастрит), антрал шакли, диффуз шакли, аралаш (атрофик пангастрит А+В), С типдаги гастрит (кимёвий, реактив);

✦ патологик жараённинг жойлашиши бўйича: тарқалган (пангастрит), чегараланган, антрал (гастродуоденит), фундал.

Кўп ҳолларда гастритни *Helicobacter pylori* келтириб чиқаради.

Гастритда оғрик синдроми унинг турига боғлиқ. Сурункали атрофик бўлмаган гастритда (В тип, юзаки, диффуз антрал, гиперсекретор) эпигастрал соҳадаги оғрик яра касаллигига ўхшаса ҳам, якқол ифодаланмаган бўлади. Оғриклар зарда қайнаши, нордон таъм кекириш, кўнгил айнаши ва ошқозон таркиби билан қайт килиш билан бирга кечади.

Атрофик гастритда (А тип, ошқозон танаси, диффуз) беморлар эпигастрал соҳадаги оғирлик ва овқатдан сўнг ошқозонда тўлиб кетиш ҳиссига, ҳаво билан, айрим ҳолларда эса аччиқ таъмли кекиришга, иштаҳанинг пасайишига, қорин дам бўлишига ва ногурғун ич келишига шикоят қиладилар.

Реактив (кимёвий) гастритдаги патологик жараён дуоденогастрал рефлюкс ва ўтнинг ошқозонга тушиши ёки дори воситаларини қабул

қилиш билан изоҳланади. Шунинг учун белгилар учлиги: овқатдан сўнг эпигастрал соҳада оғриқ, ўт билан аралашган ҳолда қайт қилиш, тана вазнининг камайиши хосдир.

Шу билан бир қаторда, гастритнинг бошка алоҳида шакллари (**гранулематоз, эозинофилли ва лимфоцитар**) ҳам мавжуд бўлиб ҚВП ва ОП шароитида уларни ташхислаш мураккабдир. Қўшимча текширишлар УКТ, умумий нажас таҳлили ва яширин қон кетишига текшириш, ЭФГДС, ошқозон секретор фаолиятини ва *Helicobacter pylori* ни аниқлашни ўз ичига олади.

УКТ ёрдамида аксарият ҳолларда камқонлик белгилари аниқланади. Нажас таҳлилида ҳазм бўлмаган овқат маҳсулотларининг қолдиқлари ва айрим ҳолларда яширин қонни аниқлаш мумкин.

ЭФГДС гастритларни ташхислашда юқори ахборотли усул ҳисобланади. Атрофик бўлмаган гастритда шиллик қават ялтирок, шишган, гиперемияланган бўлиб, айрим ҳолатларда шиллик ости каватида қон куйилишлар аниқланади. Атрофик гастритда – шиллик қават юпқалашган, рельефи текислашган ва қон томирлар кўриниб туради. Реактив гастритда привратник очиқ, шиллик қават гиперемияланган, шишган, ошқозонда ўт бўлиши кузатилади. Атрофик бўлмаган ва реактив гастритда ошқозон секретор фаолияти меъёрида ёки ошган, атрофик гастритда эса пасайган бўлиши мумкин. Атрофик бўлмаган гастритни даволашда соғлом турмуш тарзига риоя қилиш, 1 парҳез дастурхонидан тез-тез ва кам овқатланиш, аччиқ, тузли қовурилган овқатларни чегаралашдан ташқари амал қилишдан қуйидагилар киради: *Helicobacter pylori* келтириб чиқарган гастритни даволашда яра касаллигида қўлланиладиган тамойиллардан фойдаланилади. *Helicobacter pylori* аниқланмаган ҳолларда фақат H_2 -гистаминблокаторлари (ранитидин 150 мг, фамотидин 20 мг.дан кунда 2 марта) ёки «протон помпаси» блокаторлари (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг.дан кунда 2 маҳал). Бундан ташқари, антацидлар маалокс, алмагел, алюмаг 1 таблеткадан овқатдан 1 соат кейин кунда 3-4 маҳал ва тунда 1 таблеткадан ичилади. Симптоматик даво сифатида 200 мг.дан кунда 2 маҳал дюспаталин қўлланилиши мумкин.

Атрофик гастритни дори воситалари ёрдамида даволаш ошқозон секретор фаолиятини кучайтиришга қаратилган ва қуйидагиларни ўз ичига олади: табиий ошқозон шираси 1 ош қошиқдан ½ стакан сувда эритиб, овқат билан бирга ацидин-пепсин 1 таб ¼ стакан сувда эритиб, овқатдан олдин ҳамда баргизубдан тайёрланган-плантоглоцид препарати 1 ош қошиқдан кунда 3 маҳал овқатдан олдин ичиш учун. Ошқозон ости безининг сусайган экскретор фаолиятини мувофиқлаштириш мақсадида - холензим, панкреатин, панзинорм, креон 1-2 таблеткадан кунда 3 марта овқат билан буюрилади. Симптоматик даво сифатида дюспаталин 200 мг. кунда 2 марта, метоклопрамид 1 таблеткадан кунда 4 марта овқатдан 15 минут олдин ёки 2 мл.дан мушак орасига кунда 2 марта ҳамда цитопротекторлар - сукралфат

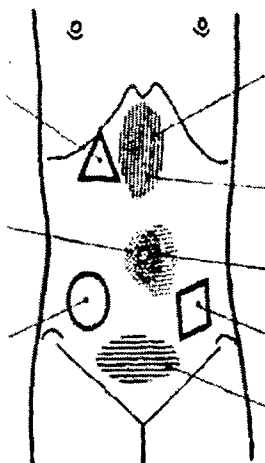
0.5-1 гр.дан кунда 4 марта, энпростил 35-70 мг.дан кунда 2 марта, актовегин 4 мл.дан мушак орасига юборилади.

Рефлюкс-гастритда ҳазм қилиш тизими ҳаракатини меъёрлаштириш (метоклопрамид); ошқозон шиллиқ қаватига зарарловчи таъсир кўрсатувчи ўт кислоталарини нейтраллаш (хенодезоксихол ёки урсодезоксихол кислотаси) тавсия қилинади. Баъзан ошқозон шиллиқ қаватини ўт кислоталаридан ҳимоя қилиш мақсадида алюмин сақловчи антацидлар ҳам одатдаги дозада қўлланилади.

Сурункали холецистит;
Ўт санчили;
Сурункали гепатит;
Юрак етишмовчилиги

Мезентирал кон
айланишининг сурункали
бузилиши

Сурункали аппендицит.
Крон касаллиги.



Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра
касаллиги:
рефлюкс-эзофагит, ошқозон раки

Сурункали панкреатит

Ичак таъсирланиш синдроми

Дивертикулит, кабзият

Гинекологик касалликлар.
Аёллар жинсий аъзоларининг
яллиғланиш касалликлари, овулятор
оғриқ, тухумдон ўсмалари.

3-расм. Қориндаги қайталаниб
турувчи ва сурункали оғриқ
сабаблари

Яра касаллиги – сурункали авжланиб борувчи, кўзғалиш ва ремиссия даврларининг алмашиниши, ошқозон ёки 12 бармоқли ичак деворида яра пайдо бўлиши билан кечувчи касалликдир. Кўп ҳолларда ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг сабаби *Helicobacter pylori* билан инфицирланиш, носпецифик яллиғланишга қарши воситаларни қабул қилиш ёки гиперхлоргидрия (масалан, Золлингер-Эллисон синдромида) ҳисобланади.

Яра касаллигининг кўп кузатиладиган белгиси – эпигастрал соҳадаги оғриқдир. Оғриқ овқат истеъмол қилгандан сўнг дарҳол (ошқозон қардиал бўлими ярасида), овқатдан ярим соатдан сўнг пайдо бўлиши (ошқозон танаси ярасида) мумкин. Ўн икки бармоқли ичак пилорик бўлими ва пиёзчаси ярасида кечки (овқатдан 1-2-3 соатдан сўнг), тунги, оч қоринда кузатиладиган ва овқат егандан ёки антацидларни қабул қилгандан сўнг йўқолувчи оғриқлар кузатилади.

Объектив текширишда бемор бир оз рангпар, қорин пайпасланганда эпигастрал соҳада оғриқ аниқланади.

Лаборатор текширув. УКТ (яра касаллигининг асоратсиз кечишида) ўзгаришлар аниқланмайди. Камқонликнинг аниқланиши аниқ ёки

яширин қон кетиш ҳақида, лейкоцитоз ёки ЭЧТнинг ошиши эса бошқа сабаблар бўлмаганда, асоратлардан (масалан, яранинг тешилиши) далолат беради. Бундан ташқари, нажасни яширин қон кетишига текшириш яра касаллигининг асоратларини ташхислашда катта аҳамиятга эга.

Асбобий текширишлар ёрдамида текшириш. Яра касаллиги ташхиси ЭФГДС (яра дефекти, жойлашиши, чуқурлиги, шакли, ўлчамлари, унинг туби ва чеккалари, шиллик қаватнинг бошқа ўзгаришлари, биоптат олиш) ёки рентгенологик текширувга (“токча” белгиси) асосланиб қўйилади.

Классификацияси:

I. Яранинг жойлашиши - ошқозон; ўн икки бармоқли ичак; ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак биргаликда;

II. Даврлари - авж олиш; ногўлик ремиссия даври; ремиссия даври;

III. Морфологик субстрати бўйича- ўткир яра; фаол яра; чандиклаётган яра; сурункали яра; ярадан кейинги деформация, ярадан кейинги чандик; гастрит (жойлашиши ва морфологик тури); дуоденит (морфологик); дуодено - гастрал рефлюкс; гастроэзофагеал рефлюкс, эзофагит;

IV. Яра касаллиги кечиши: яширин, енгил, ўрта оғир, оғир;

V. Асоратлари: қон кетиш, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация, реактив гепатит, реактив панкреатит.

Даволаш. Яра касаллигини дориларсиз даволашга чекиш ва спиртли ичимликлар истеъмол қилишдан воз кечиш, носпецифик яллиғланишга қарши воситалар ва диспепсия чақирадиган овқат маҳсулотларини истеъмол қилмаслик кабилар киреди.

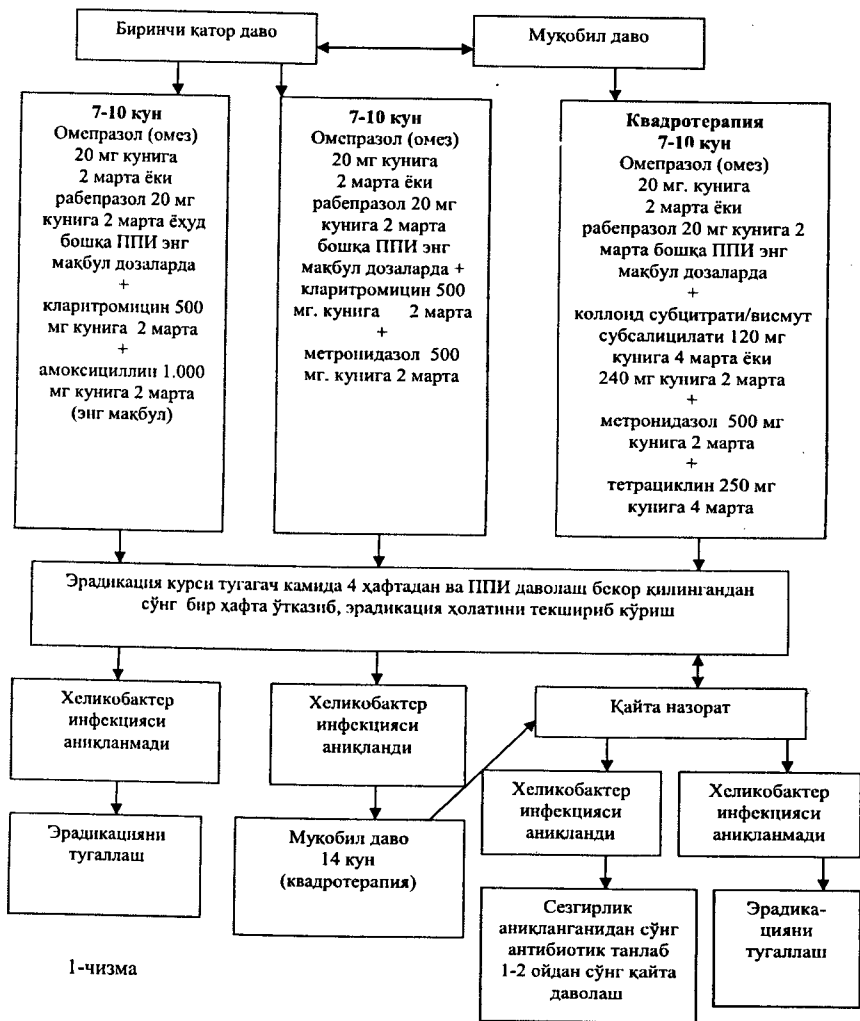
Дорилар билан даволашнинг куйидаги турлари фаркланади:

- уч таркибли эрадикацияли даво: омепразол (омез) 20 мг кунда 2 марта (соат 8 ва 20 да) 7 кун + амоксициллин 500 мг кунда 4 марта (соат 6, 12, 18 ва 24 да) ёки 1.000 мг кунда 2 марта, 7 кун + метронидазол 250 мг кунда 4 маҳал, ёки кларитромицин 500 мг дан 2 марта 7 кун. Агар 12 бармоқли ичак яра касаллиги бўлса 3-5 ҳафта мобайнида, ошқозон яра касаллиги бўлса 5-7 ҳафта мобайнида куйидаги препаратлардан бирини қабул қилиш давом эттирилади: фамотидин 40 мг дан соат 20.00 да, ранитидин 300 мг дан соат 20.00 да, омепразол (омез) 20 мг дан соат 8 ва 20.00 да;

- тўрт таркибли эрадикацияли даво: омепразол (омез) 20 мг. кунда 2 марта (соат 8 ва 20 да) 7 кун + коллоидли висмут субцитрати 120 мг. кунда 3 марта овқатдан 30 дақиқа олдин ва 4-си уйқудан олдин 7 кун + амоксициллин 500 мг. кунда 4 марта (соат 6, 12, 18 ва 24 да) ёки 1000 мг. кунда 2 марта 7 кун + метронидазол 250 мг. кунда 4 марта 7 кун.

Яра касаллиги ёки сурункали гастрит билан оғриган беморларда хеликобактер инфекцияси аниқланганда, 1-чизмада келтирилган ва 2005 йилда қабул қилинган «Маастрих-3 консенсуси» бўйича даволаш тавсия этилади.

Хеликобактерия инфекцияси билан ассоциацияланган яра касаллиги ва сурункали гастрит аниқланган беморларни даволаш ва унинг самарадорлигини назорат қилиш («МАОСТРИХ-3 КОНСЕНСУСИ» тавсияси, 2005 йил)



Яра касаллиги авж олишининг олдини олиш мақсадида беморга узок вақт давомида профилактик терапия - антисекретор воситалардан бирини ярим дозадан кечқурун қабул қилиш тавсия қилинади.

Яра касаллигининг асоратлари. Яра касаллигининг шошилинич шифокор ёрдамини талаб қилувчи асоратларига қон кетиш, перфорация, пенетрация, малигнизация, стенозлар киради ва улар ҳақида УАВ яхши маълумотга эга бўлиши лозим.

Ярадан қон кетиши учта асосий белги билан намоён бўлади: қонли қайт қилиш (haematemeis, қайт қилинган масса қаҳва қуйқасига ўхшаб кетади), нажасга қон аралашиб келиши (melena, 80-200 мл. қон йўқотилгандан сўнг пайдо бўлади, у қорамтир рангда, шаклланмаган, қон кетиш бошлангандан сўнг бир оз вақтдан кейин кузатилади) ва баъзан геморрагик шоккача бўлган ўткир қон йўқотиш белгилари (терининг рангпарлиги, кўл-оёқлар совуқлиги, пульс 100 ва ундан кўп, АҚБ пасайиб кетиши, олигурия, айрим ҳолларда нафас қисиши) кузатилиши мумкин. Ярадан қон кетишининг яна бир муҳим белгиси Бергман симптоми деб аталувчи оғрикнинг кескин пасайишидир. Ушбу асоратга шубҳа қилинганда, УАВ зудлик билан умумий қон таҳлили (постгеморрагик анемия), яширин қон кетишга умумий нажас таҳлилини (кўп сонли эритроцитлар топилиши) ўтказиши лозим. Дастлабки ташхис аниқ бўлганидан сўнг ёки унга шубҳа бўлганда беморнинг умумий ҳолатини эътиборга олган ҳолда, тез тиббий ёрдам кўрсатиш (эпигастрал соҳага совуқ нарса қўйиш, натрий хлориднинг 0,9% ли эритмасини томир ичига юбориб, умумий қон ҳажмини тиклаш) ва уни тезлик билан жарроҳлик бўлимига ётқизиш керак.

Ярадан перфорациясида қоринда ниҳоятда кучли, “ханжарсимон” оғрик кузатилади. Бемор мажбурий ҳолатда оёқларини қоринга йиғиб ётади, юзи рангпар, кул ранг-цианотик тусда, пульси брадикардияга мойил, нафас олиши юзаки, тезлашган. Қорин пайпасланганда, олд деворининг “тахтасимон” таранглиги ва ўткир қорин синдромининг юқорида кўрсатилган бошқа белгилари аниқланади. Унинг юқори соҳалари пайпасланганда, ошқозондан чиққан газнинг диафрагма ўнг гумбази остида тўпланиши сабабли, жигар усти тимпанити - Жобер симптоми қайд этилади. УҚТ лейкоцитоз ва ЭЧТнинг тезлашиши, биокимёвий таҳлилда эса билирубин ва АЛТнинг ошиши кузатилади. Дастлабки ташхис аниқ бўлганидан сўнг ёки унга шубҳа бўлганда беморнинг умумий ҳолатини эътиборга олган ҳолда, шошилинич ёрдам кўрсатилиши (эпигастрал соҳага совуқ нарса босилиши, натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси инфузияси ёрдамида умумий қон ҳажмини тиклаш) ва зудлик билан жарроҳлик бўлимига ётқизилиши зарур.

Яра пенетрацияси – яранинг ёндош аъзо ва тўқималарга кириб боришидир. Бу асорат эпигастрал соҳада оғрикларнинг кучайиши, кунлик ритмнинг йўқолиши каби белгилар билан характерланади. Ярани қайси аъзога пенетрациясига қараб, беморларда мос равишда клиник белгилар юзага келади. Қорин пайпасланганда - пенетрация соҳасида яққол оғрик ва аксарият ҳолларда яллиғланиш инфильтрати аниқланади. УҚТ лейкоцитоз ва ЭЧТнинг тезлашиши қайд этилади. Яра пенетрацияси шубҳа қилинган беморлар шошилинич равишда жарроҳлик бўлимига ётқизилишлари лозим.

Яранинг нисбатан кўп учрайдиган асоратларидан бири привратник ёки 12 бармоқли ичакнинг бошланиш қисми *стенози ҳисобланади*. Органик (ярадан кейинги чандик ўзгаришлар ҳисобига) ва функционал (пилородуоденал соҳанинг спазми ва шиши) стенозлар фарқланади ҳамда улар *пилородуоденал стеноз* ибораси билан аталади ҳамда бир хил клиник кўринишда намоён бўлади. Ушбу асоратда овқат истеъмом қилгандан сўнг, ошқозонда тўлиб кетиш ҳисси, тез-тез қайталанувчи жиғилдон қайнаши, касалликнинг кечки даврларида эса – бузилган тухум таъми билан кекириш, енгиллик ҳисси берувчи қайт қилиш, тез озиб кетиш каби белгилар кузатилади.

Объектив кўрикда ошқозон соҳасида ўнгдан чапга йўналган перистальтик тўлқинлар, овқатдан сўнг ёки очлик даврида қорин пайпасланганда сув шилдираши шовқини ва ошқозон пастки чегарасининг киндик соҳасидалиги аниқланади. УҚТ гемоглобин ва эритроцитлар кўрсаткичларининг пасайиши, ЭҚТнинг тезлашиши, биокимёвий қон таҳлилида эса умумий оксилни камайиб кетишиши қайд этилади. Беморлар зудлик билан жаррохлик бўлимига ётқизиладилар.

Яранинг малигнизацияси адабий манбалардаги ахборотларга кўра ушбу асорат 2% дан кам ҳолларда учрайди. УАВ эпигастрал соҳадаги оғриқларнинг доимий ва тарқалган тус олиши ҳамда тананинг орқа қисмига узатилиши, ишгаҳанинг йўқолиши, сабабсиз умумий ҳолсизлик, тана вазнининг камайиши каби белгилар пайдо бўлганда ошқозон малигнизациясига шубҳа қилиши лозим. Лаборатор текширувларда кучайиб борувчи камқонлик, ЭҚТнинг тезлашиши, Грегерсен реакциясининг доимий тарзда мусбат бўлиши, ошқозон шираси кислоталигининг камайиши аниқланади. Биопсия олиш йўли билан ўтказилган ЭФГДСда ёмон сифатли ўсманинг морфологик белгилари топилади. Малигнизацияга шубҳа қилинган барча беморларни УАВ клиник ташхисни тасдиқлаш ва даволаш учун онколог маслаҳатига юбориши зарур.

Золлингер-Эллисон синдроми ошқозон ости беши ёки ўн икки бармоқли ичак девори ўсмаси гастриномадан кўп миқдорда гастрин ёки гастринсимон модданинг ишлаб чиқарилиши натижасида вужудга келади. Бу касалликка қуйидаги белгилар учлиги хос: а) ўн икки бармоқли ичакнинг доимий қайталанувчи пептик яралари; б) ошқозон гиперсекрецияси; в) ошқозон ости беши Лангерганс оролчаларининг гиперплазияси.

Беморларнинг 2\3 қисмида эпигастрал соҳада одатда узоқ вақт давом этувчи, кучли оғриқлар кузатилади. Аксарият ҳолларда улар яра касаллигидаги оғриқларни эслагани. Аммо УАВ гастриномада 93% ҳолларда пептик яралар оғир кечиши, тез-тез қайталаниши ва ўтказилган консерватив даво самарасиз бўлишини ёдда сақлаши лозим. Бундан ташқари, беморга нотўғри яра касаллиги ташхиси қўйилиб, ошқозон резекцияси ўтказилса ҳам, жаррохлик амалиётидан сўнг тез вақт ичида касалликнинг қайталаниши характерли. Юқоридагилар билан бир қаторда, беморларда

сувсимон характердаги ич кетиши кузатилиб, у ўзида кўп миқдорда ёғ парчаларини сақлайди. Объектив кўрикда тана вазнининг у ёки б даражада пасайиши оғир ҳолларда эса сувсизланиши ва В-гурух витаминлар етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади. Қорин пайпасланганда эпигастрал соҳада оғриқ ва мушаклар таранглашиши аниқланади. Золлингер-Эллисон синдроми лаборатор-асбобий текширишда ошқозонда кислота ишлаб чиқарилишининг кўпайиб кетиши, қон зардобида гастрин миқдорининг 1000 пкг\мл ва ундан баланд бўлиши, УТТда ошқозон ости беши ёки ўн икки бармоқли ичак девори ўсмаси (гастринома) ва ЭГДФСда ўн икки бармоқли ичак ярасининг ғайритабiiй катта ўлчамда бўлиши аниқланади.

Юқорида кўрсатиб ўтилганларга асосланиб, Золлингер-Эллисон синдроми ташхисини кўйиш учун беморни ихтисослаштирилган клиникаларга юбориш лозим. Золлингер-Эллисон синдромига шубҳа бўлганда, УАВ куйидагиларга эътибор бериши керак: яранинг ўлчамлари ва жойлашиши, одатий эмаслиги, дорилар билан ўтказилган давонинг самарасизлиги ва жарроҳлик амалиётидан кейинги қайталаниш. Шу билан бир қаторда, кўп ҳолларда унинг кечиши оддий ярадан фарқ қилмайди. Шунинг учун НЯҚВ қабул қилмаган ва *Helicobacter pylori* топилмаган беморларда яранинг ривожланиши ва гастриноманинг бошқа белгилари (диарея ва рефлюкс-эзофагит) мавжудлиги Золлингер-Эллисон синдроми тахмин қилишга асос бўлади ва улар мутахассис шифокорга юборилдилар.

Ўткир панкреатит ошқозон ости безининг ўткир асептик яллиғланиши бўлиб, унинг асосида ошқозон ости беши ва қорин бўшлиғида жойлашган аъзоларнинг аутоферментатив некрози ва эндоген яллиғланиши ётади. Ўткир панкреатитнинг асосий белгилари оғриқ, қайт қилиш ва метеоризмдир (мондор учлиги). Оғриқ одатда кечкурун ёки кечаси, спиртли ичимликлар ва ёғли овқат қабул қилгандан сўнг тўсатдан пайдо бўлиб, кучли ва тўхтовсиз характерга эгадир. Баъзан беморлар оғриқдан хушларини йўқотишлари мумкин. Улар киндикдан юқорида, эпигастрал соҳада жойлашиб, қовурға ёйи бўйлаб тана орқасига, белга, елка ва куракларга, чап қовурға-умуртка бурчагига узатилади ва белбоғ билан қаттиқ ўраб олгандек ҳиссиёт туғдиради. Ўткир панкреатитдаги оғриқ баъзан шунчалик кучлики, беморда терлаш, артериал қон босимининг пасайиб кетиши, тахикардия, пульснинг сусайиши каби қоллапс ёки шок белгиларини юзага келтиради. Оғриқлар билан бир вақтда кучли ва тез-тез қайт қилиш кузатилади. Қайт қилиш бемор оз миқдорда овқат ёки суюқлик қабул қилса ҳам кучаяди ва унга енгиллик келтирмайди. Баъзан диарея ҳам кузатилиб, бу ошқозон ости безининг ифодаланган экзокрин етишмовчилигидан дарак беради.

Тана ҳарорати касаллик бошланишида субфебрил характерда бўлиб, беморлар безовта, юз-қўллари цианотик рангда, қорин пайпасланганда оғриқ ва дамланиш кузатилади. Қорин олд девори мушакларининг таранглашиши, аорта қорин қисми пульсациясининг йўқолиши, мусбат Воскресенский ва Шеткин-Блюмберг симптомлари аниқланади.

Лаборатор-асбобий текшириши. Гиперферментемия феномени - конда ошқозон ости беши ферментлари (амилаза, липаза, трипсин) фаоллигининг ошиши. Касалликнинг биринчи кунларидаёқ конда амилаза микдорининг 3 ва липазанинг 2 баробар ошиши панкреатостаз борлигини кўрсатиб, клиник белгилар билан биргаликда ўткир панкреатит ташхисини тасдиқлайди.

Асбобий текширувлардан арзон ва қулайи – УТТ ҳисобланиб, ошқозон ости безининг бош, тана ва дум қисми ўлчамларининг ошиши, эхоструктураси бир хилда эмаслиги, контурлари нотекислиги, парапанкреал соҳа ва қорин бўшлиғида суюқлик борлиги аниқланади. Ўткир панкреатитга шубҳа бўлган беморлар зудлик билан интенсив терапия ёки жарроҳлик бўлимларига ётқизилади.

Сурункали панкреатит. Бу касаллик қоринда хуружсимон ёки доимий оғриқ, кўп ҳолларда стеаторея, Баъзан эса иккиламчи қандли диабет билан бирга кечиши мумкин.

Касалликда оғрик синдроми характери патологик жараёни безнинг қайси қисмида (думи, танаси, бошчаси) кечаётганлиги билан боғлиқ. Кўпинча оғрик эпигастрал соҳанинг чап квадратида ва киндик устида жойлашиб, тананинг орқа қисмига узатилади. Қуёш чигали таъсирланганда эса ўраб олувчи характерга эга бўлади. Оғрик одатда кучли, давомий, чуқур бўлиб, антацид воситаларни қабул қилгандан кейин ҳам тўхтамайди. Айрим ҳолларда оғрик шу даражада кучли бўладики, наркотик анальгетикларни қўллашга тўғри келади. Оғриқлар кўп ҳолларда овқатлангандан 2-3 соатдан сўнг, айниқса, спиртли ичимликлар ёғли овқатлар истеъмол қилгандан кейин пайдо бўлади. Бу ошқозон секретор фаолиятининг кучайиши ва ўн икки бармоқли ичак муҳитининг нордонлашиши негизида ошқозон ости безининг ҳазм қилиш фаоллигининг ошиши билан боғлиқ. Беморлар эпигастрал соҳадаги ўраб олувчи ёки ярим ўраб олувчи характердаги оғриқлар билан бир қаторда кекиришга, кўнгил айнишига, қайт қилишга, қориннинг дам бўлишига, сўлак ажралишининг кучайишига, озишга, нажаснинг бўтқасимон суюлишига шикоят қиладилар. Сурункали панкреатитда физикал текширувлар етарли даражада маълумот бермайди. Қорин пайпасланганда эпигастрал соҳада кучли оғрик, айрим ҳолларда зичлашган ошқозон ости беши аниқланиши мумкин.

Лаборатор-асбобий текширишда конда ферментлар (амилаза, диастаза) микдорини аниқлаш, беморда ўт тош касаллиги ёки сурункали холецистит, алкогольизм, пархезга риоя қилмаслик ҳолатлари мавжудлигини ҳисобга олиш зарур. Ошқозон ости беши чуқур жойлашганлиги туфайли УТТнинг ташхислашдаги аҳамияти бирмунча камаяди ва тана вазни кам бўлган беморларда бу усул билан маълумот олиш эҳтимоли юқорирок. Кўрсатмалар бўлганда ихтисослаштирилган бўлимларда ретроград панкреатодуоденография ўтқизилади. Ошқозон ости безини текширишнинг энг аниқ усули МРТ ҳисобланади.

Сурункали панкреатит классификацияси:

I. Этиологияси бўйича - бирламчи ва иккиламчи;

- бирламчи - алкоғолли, алиментар, метаболик, наслий, идиопадик;
- иккиламчи - ўт йўллари касалликларида, сурункали гепатит ва циррозларда, яра касаллигида, сурункали гастрит ва дуоденитларда, ярали колит ва бошқа ҳолатларда;

II. Клиник турлари: қайталанувчи, оғрикли, сохта ўсмали, склерозловчи, яширин.

III. Кечиши - енгил, ўрта оғир, оғир.

IV. Даври- авж олиш, нотўлиқ ремиссия, ремиссия даври.

V. Асоратлари - кисталар, кальцификация, ҚД, талоқ веналари тромбози, ошқозон ости бези йўли стенози ёки раки.

Даволаш парҳезга риоя қилиш, спиртли ичимликлардан воз кечиш, таркибида кам миқдорда ёғ бўлган овқат маҳсулотларини тез-тез ва оз миқдорда истеъмол қилиш, оғриқни тўхтатиш, ферментлар ёрдамида даволаш, витаминлар етишмовчилигини ва баъзи ҳолларда эндокрин бузилишларни бартараф этишдан иборат. Патогенетик даво сифатида креон 25.000 1-2 таблеткадан овқат вақтида, Н₂ гистаминрецепторларининг блокаторлари-зантак (ранитидин) 150 мг 1 таблеткадан кунда 2 марта, протон помпаси блокаторлари-омепразол 20 мг эрталаб, протеолитик ферментлар - гордокс кунда 20.0000-50.0000 бирликда. Сандостатин 50 мгк вена ичига оким билан аввал бир соатда 50 мгк дан в/ и, кейин кунда 50 мгк дан 2 марта т/о. Спазмолитиклар-дюспаталин 200 мг дан кунда 2 марта 14 кун, кўрсатмалар бўлганда - аналгетиклар, антибиотиклар ва трициклик антидепрессантлар буюрилади.

Сурункали энтерит. Сурункали энтерит – ингичка ичакнинг полиэтиологик касаллиги бўлиб, яллиғланиш–дистрофик жараёнлар, дисрегенератор ўзгаришлар, турли даражадаги ингичка ичак шиллик қаваги атрофиясининг ривожланиши, унинг барча фаолияти, биринчи навбатда, сўрилиш ва ҳазм қилиш фаолиятининг бузилиши билан кечади. Сурункали энтеритнинг клиник кечишида маҳаллий ва умумий белгилар фарқланади.

Маҳаллий энтерал белгилар: кунга 4-20 мартагача ич кетиши, полифекалия, оч сариқ рангли суюқ ёки бўтқасимон нажасда ҳазм бўлмаган овқат бўлаклари ва мушак толалари (креаторея) аниқланади; кўп миқдорда ёғ бўлса (стеаторея) ахлат кулранг, ялтироқ ва суртмасимон бўлади; ичак қулдиллаши ва қорин дам бўлиши куннинг иккинчи ярмида янада сезиларли бўлиб, ширинлик ва суг маҳсулотларини истеъмол қилгандан сўнг кучаяди; киндик атрофида, ўнг ёнбош соҳада, айрим ҳолларда эса бутун қорин соҳаси бўйлаб тарқалган оғриқ аниқланади.

Умумий энтерал белгилар сурункали энтеритнинг ўрта оғир ва оғир шаклларида ривожланади ҳамда мальдигестия (ингичка ичакда ҳазм бўлишнинг бузилиши) ва мальабсорбция (ичакда сўрилишнинг бузилиши) белгиларининг ривожланиши билан характерланади. Бу белги оқсил, ёғ, углеводлар, минераллар ва витаминлар алмашинувининг ҳамда эндокрин

безлар фаолиятининг бузилиш белгиларини ўз ичига олади.

Сурункали энтеритларда субъектив ва объектив белгилар касалликнинг оғирлик даражаси билан узвий боғлиқдир. Енгил шаклида маҳаллий ичак белгилари билан бир қаторда тана вазнининг бир оз камайиши (5 кг гача); ўрта оғирлик шаклида сезиларли даражадаги тана вазнининг камайиши (10 кг гача) ва трофик ўзгаришлар, электролитлар миқдорининг ўзгариши; оғир шаклида эса тана вазнининг кескин камайиши, тери, тирнок, сочларнинг дистрофик ўзгаришлари, гиповитаминоз, болдир мушаклари ва суякларда оғрик, гипопротеинемия, анемия, ҚБнинг пасайиши, аёлларда ҳайз циклининг бузилиши, эркакларда жинсий кучсизлик кузатилади. Қориндаги оғрик касалликнинг асосий белгиси ҳисобланмайди ва кўпинча киндик атрофида жойлашади. У сиқувчи узоқ давом этувчи хусусиятга эга бўлиб, беморга доимо нокулайлик туғдиради. Қорин перкуссиясида метеоризмда тарқоқ тимпанит аниқланиб, дефекациядан ва газлар чиққандан сўнг камаяди. Яллиғланиш жараёнига ингичка ичак туткичлари кўшилганда, Поргес нуқтасида (XII кўкрак ва I бел умурқаси соҳасида киндикдан юкори ва чаңда) оғрик аниқланади. Аускультацияда қориннинг баланд кулдиллаши эътилади.

Сурункали энтеритда лаборатор-асбобий текшириш натижалари ҳам касаллик кечишининг оғирлик даражасига боғлиқ. Қон таҳлилида камқонлик белгилари, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипогликемия, айрим ҳолларда жигар ферментларининг ошиши, электролитлар миқдорининг камайиши аниқланади. Умумий сийдик таҳлили одатда ўзгаришсиз, лекин касалликнинг оғир кечишида протеинурия ва микрогематурия бўлиши мумкин. Беморларнинг копрологик таҳлилида куйидаги специфик ўзгаришлар характерли:

- ▶ полифекалия (қунига 300 г ва ундан ортик);
- ▶ нажас тўқ сарик ёки яшилсимон сарик рангда бўлиши ва озгина миқдорда шиллик аралашishi;
- ▶ ҳазм бўлмаган овқат маҳсулотлари бўлақларининг аниқланиши;
- ▶ стеаторея (нажасда кўп миқдорда ёғ кислоталари ва совун аниқланиши);
- ▶ креаторея (нажасда ҳазм бўлмаган мушак толалари аниқланиши);
- ▶ амелорея (нажасда ҳазм бўлмаган крахмал аниқланиши);
- ▶ газ пуфакчалари, бижғишли диспепсияда эса кўпikli нажас.

Ингичка ичакни рентгенда текширишда ичак шиллик қаватининг нотекис қалинлашиши ва деформациялашган рельефи, текисланган бурмалар, моторикаси кучайиши, суюқлик ва газ тўлланиши аниқланади.

Сурункали энтерит классификацияси

I. Этиология бўйича – инфекцион, паразитар, токсик, медикаментоз, дисбактериоздан кейин пайдо бўлган, аллергик, радиацион, наслий энзимопатия сабабли юзага келган, механик, ингичка ичакда жаррохлик амалиётдан кейинги, алиментар;

II. Даврлари:

- авж олиш;
- ремиссия.

III. Оғирлик даражалари: енгил; ўрта оғир; оғир;

IV. Кечиши : монотон, қайталанувчи, узлуксиз қайталанувчи, яширин;

V. Морфологик ўзгаришлар бўйича:

- атрофиясиз еюнит;
- ўртача парциал тукли атрофия;
- ифодали парциал тукли атрофия;
- субтотал тукли атрофия.

I. Функционал бузилишлари:

- ҳазм қилиш етишмовчилиги синдроми (иккиламчи мальдигестия) ;
- сурилиш етишмовчилиги синдроми (иккиламчи мальабсорбция) ;
- эксудатив энтеропатия синдроми;
- иккиламчи ичак дискинезияси.

Даволашда ичакни механик, кимёвий ва термик таъсирлардан эҳтиёт қиладиган парҳез тавсия қилинади. Барча овқатлар бугда ёки қайнатиб тайёрланади ва майдаланиб истеъмол қилинади. Кескин сезилувчи диспептик ўзгаришлар ва тинимсиз ич кетишда 4–парҳез дастурхони буюрилади. Бу парҳез турида оқсил меъёрда, ёғ ва углеводлар эса чегараланган бўлиб, ичакда бижғиш ва чириш жараёнларини кучайтирувчи маҳсулотлар истисно қилинади. Ҳазм қилиш тизимининг ўртача даражада намоеъ бўлган яллиғланишида 4б–парҳез дастурхони тавсия қилинади. Унда оқсил, ёғ, углеводлар меъёрда бўлиб, ош тузи кунда 8-10 мг гача чегараланади, ичакда бижғиш ва чириш жараёнларини кучайтирувчи маҳсулотлар буюрилмайди. Ремиссия даврида 4а–парҳез дастурхони – оқсил, ёғ, углеводлар меъёрда, ичакда бижғиш ва чириш жараёнларини кучайтирувчи маҳсулотларни истисно қилиш ҳамда овқатни майдаланмаган ҳолда истеъмол қилиш мумкин.

Сурункали энтеритни дори воситалари билан даволашда касаллик кўзгатувчисига мос антибактериал воситалар 7-8 кун (кўрсатмалар бўлганда 2 ҳафта) давомида буюрилади. Уларни қўллашдан сўнг ичакнинг меъёрий флорасини тиклаш мақсадида бифидумбактерин ёки бификол кунига 5 дозадан 2-3 маҳал ёки бактисубтил 0,2 г дан кунига 3 маҳал 2-3 ҳафта тавсия қилинади. **Лоперамид (имодиум), дифеноксилат** - ичак моторикасини пасайтиради ва суюқлик сўрилишини узайтиради ҳамда ичаклар бўйлаб ҳаракатни секинлаштиради. Диареяга қарши таъсири нафақат моториканинг секинлашиши, балки ичакларда суюқликнинг ва электролитлар секрециясининг пасайиши, тузлар ва сув реабсорбцияси кучайиши билан ҳам боғлиқ. Имодиум катга дозада қабул қилинганда хлорид кислотаси секрецияси пасаяди (таъсир давомийлиги 4-6 соат). Бундан ташқари, ушбу гуруҳга **реасекни (ломотилни)** киритса бўлади. Реасек (ломотил) ингичка ичакнинг сегментар қисқаришларини кучайтиради ва йўғон ичак ҳаракати фаоллигини меъёрлаштиради. Пасайган ва ошган моторикада

реасек универсал диареяга қарши восита ҳисобланади. Уни 1 таблеткадан (2,5 мг) ёки 35 томчидан кунда 2-4 маҳал овқатдан олдин ич кетиш тўхтагунча буюрилади. Даволаш давомийлиги 6 кун.

Нажасни қаттиқлаштирувчи – ўраб олувчи ва яллиғланишга қарши хусусиятга эга дори воситалар: кальций ва висмут препаратлари - **аттапулгит, смекта, викалин, асосий нитрат висмути** (1 таблеткадан кунига 3-4 маҳал овқатдан 15-30 дақиқа олдин ичишга буюрилади) ва бошқалар ҳам айрим ҳолларда сурункали энтеритни даволашда қўлланилади. Висмут сақловчи дорилар бемор аҳволидан келиб чиқиб 1-3 ой буюрилади. УАВ ушбу дорилар қабул қилингандан сўнг нажас яшил ёки қора рангга бўялишини эсда тутишлари ва беморга бу ҳақида тушунтиришлари лозим.

Далачой ўти - 1:10 дамламаси, ўраб олувчи, антисептик, яллиғланишга қарши таъсирга эга. 1/2 стакандан кунига 3 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин тавсия этилади. **Аттапулгид** – тозаланган коллоид алюмин-магнийли силикат. Ичакларда ушбу дори токсинларни шимади, микрофлорани меъёрлаштиришга ёрдам беради, шиллик қаватни яллиғланишига қарши таъсир кўрсатади. Препарат 1,5 гдан ҳар сафар ич кетгандан сўнг тавсия (кунлик дозаси 9 гдан ошмаслиги керак) қилинади.

Юқоридагилардан ташқари оддий мирт, зирк, беҳи, бўёкли эманларни буюриш ва таркибида ўсимликлар сақловчи энтобан препарати самарали ҳисобланади. Сўнгги препарат нафақат турли этиологияли диареяларни даволашда, балки гижжага қарши дори сифатида ҳам фойдаланилади.

Шундай қилиб, диареяга қарши воситалар турли таъсир механизмга эга бўлиб, уларни танлашда нафақат диареяни ривожланиш сабабини, балки ич келиш характерици ҳам ҳисобга олиш тавсия этилади. Гипермотор шаклида ва оғриқ белгиси яққол намоён бўлганда, миотроп спазмолитик ва холинолитиклар; холестирамин, алюмин гидроксиди, билигнин ва бошқалар эса ўт кислоталарининг кўзгатувчи таъсири ёки ваготомия сабаб бўлган ич кетишларда самарали ҳисобланади.

Диареяли ичак таъсирланиш синдромида лоперамидни 2-4 мг дан кунига 4 маҳал, айникса, парҳез ва антихолинергик воситалар билан бирга қабул қилиш фойдалидир. Аммо реасек (ломотил) ёки лоперамиднинг шигел ёки салмонелл инфекциялари сабаб бўлган диареяга қўллаш мумкин эмас. Шунингдек, улар оғир ярали колити бор беморларга токсик мегаколон чақириш эҳтимоли борлиги сабабли қўлланилмайди. Ўраб олувчи ва адсорбцияловчи препаратлар ич кетиши кузатиладиган касалликларда нажаснинг характериға таъсир қилади. Ўткир диареяда ва йўғон ичак таъсирланиш синдромида (айникса, диареялар қабзиятлар билан навбатма-навбат алмашиб келганда) бу дориларнинг самараси катта. Бундай ҳолларда уларни спазмолитиклар билан қўллаш мақсадга мувофиқ.

Носпецифик ярали колит – йўғон ичакнинг ярали-некротик зарарланиши бўлиб, жараён шиллик қаватдан бошланади. Одатда тўғри ичак шикастланади.

Этиологияси ҳозирга қадар номаълум, аммо кўпчилик олимлар касалликнинг аутоиммун характерда эканлигини таъкидлашади. Ярали колит кам учрайдиган касаллик бўлиб, кўпроқ 20-50 ёш оралиғида аниқланади.

Касалликнинг клиник кечиши зарарланган соҳанинг жойлашишига ва чуқурлиги, асоратлар бор ёки йўқлигига боғлиқ. Беморлар ич кетишига, қориндаги (йўғон ичак соҳаси бўйлаб) оғриқларга, нажасда шиллик ва баъзан қонли ажралмалар борлигига, умумий ҳолсизликка шикоят қилинади. Касаллик йиллар давомида кечиб, беморлар аксарият ҳолларда асоратлар пайдо бўлганда шифокорларга мурожаат қилишади. Уларда қон кетиш, псевдополипплар, ичак стриктураси, перфорацияси, токсик дилатация, органлараро оқмалар ҳосил бўлиши, ҳатто малигнизация кузатилиши мумкин. Касалликнинг якуний ташхиси мутахассис – гастроэнтерологлар томонидан ректоскопия, колонофиброскопия, ирригография, йўғон ичак микрофлораси, иммунологик ва морфологик кўрсаткичлар асосида қўйилади.

Ярали колит билан оғриган беморларни даволаш мураккаб ва оғир муаммолардан бири. Консерватив даволашда қуйидаги дори-дармон воситалари-саладопиридазин ёки сульфасалазин, антибиотиклар, коннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи ва гармонал препаратлар қўлланилади. Асоратлар кузатилганда, беморни жарроҳлик бўлимига ётқизиш лозим. Носпецефик ярали колит йиллар давомида кечувчи касаллик бўлганлиги сабабли даволаш гастроэнтероог ва УАВ ҳамкорлигида олиб борилади.

Крон касаллиги – ҳазм тизими турли қисмларининг сегментар зарарланиши ва трансмурал гранулематоз яллиғланиш билан кечувчи сурункали қайталанувчи касалликдир. Умумий белгилардан диарея, қоринда оғриқ, иситмалаш ҳоллари ва ноаниқ сабабли камқонлик, тана вазнининг камайиши, тизимли белгиларнинг намоён бўлиши билан характерланади. Қориндаги оғриқ хуружлари бир неча йиллар давомида ягона белги бўлиши мумкин. Оғриқлар аниқ жойлашиш нуқтасига эга бўлиб, тана ҳароратининг фибрил ошиши билан кечиши, фаол даврида баъзан оғриқли ҳосила – абдоминал инфилтрат пайпасланиши мумкин.

*Лаборатор-асбобий текширув*да Крон касаллигининг фаол даврида периферик қон, С-реактив оксил, серомукоид текширилганда ўткир яллиғланиш белгилари, камқонлик, диспротеинемия аниқланади. Копрологик таҳлилда: қон ва шиллик аралашмаси, кўп миқдордаги эпителиал хужайралар ва лейкоцитлар топилади.

*Эндоскопик текширув*да чуқур ёриқсимон яра-тирналмалар аниқланиб, улар ичакнинг барча қаватларидан ўтиши ва турли йўналишларда жойлашиши мумкин. Шиллик қаватнинг яра-тирналмалар орасида гиперплазия соҳалари ва стриктуралар ҳам характерлидир.

ҚВП ва ОПларда копрологик текширувни малакали ўтказиш кўп ҳолларда дастлабки ташхисни аниқлашга катта ёрдам беради. Аммо УАВ беморда Крон касаллигига шубҳа бўлганда, албатта уни

ихтисослаштирилган бўлимга юбориши ва ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, компьютер томография текширувлар ўтказилишини ва ичакнинг ўсма касалликлари инкор қилиниши керак. Касалликнинг авж олиш даврида беморлар шифохонада ремиссия даврида эса КВП ёки ОП шароитида даволанишлари лозим.

Даволаш мақсадида тавсия қилинадиган парҳездан асосий мақсад ичакни механик, кимёвий ва термик таъсирланишлардан эҳтиёт қилишдир. Юқорида тавсифланган аввал 4, сўнг эса 4б–парҳез дастурхони тавсия қилинади. Дори воситалар билан даволашда сульфасалазин (олдин 0,5 гдан кунда 4 марта, кейин дозаси ошириб борилади) ёки салофальк (кунда 3,0 г дан), оғир кечишида ва тизимли асоратлар кузатилганда преднизолон (40–60 мг дан), азатиоприн (касалликнинг оғир кечиши ёки бошқа дори воситаларининг самараси бўлмаганда кунига 50-100 мг дан) буюрилади. Бундан ташқари антибиотиклар, диареяга қарши ва антигистамин дори воситалари ёрдамида симптоматик даво ўтказилади. Шу ўринда беморлар доимий мутахассис шифокор ва УАВ кузатувида бўлишлари лозимлигини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

Ўткир аппендицит - кўричак чувалчангсимон ўсимтасининг яллиғланиши бўлиб, илмий маълумотларга кўра, ҳар 1000 кишидан 4-5 тасида учрайди.

Ўткир аппендицитнинг кўп кузатиладиган бошланғич клиник белгиси қориндаги оғриқ ҳисобланади. У кўпинча кечки пайт ёки тунда бошланади ва одатда гипогастрал соҳада эмас, балки эпигастрал ёки бутун қорин соҳасида пайдо бўлиб аввал кучсиз, тўмтоқ характерга эга бўлади. Касаллик бошланганидан 2-3 соат ўтгач, оғриқ, аста-секин кучайиб ўнг гипогастрал соҳада жойлашади. Беморларнинг 40 %да касалликнинг биринчи соатларида рефлектор характердаги қайт қилиш кузатилиши мумкин. Уларнинг умумий аҳволи кам ўзгаради, пулси бир оз тезлашади, тили нам, караш билан қопланган бўлади. Қорин юзаки пальпация қилинганда ўнг гипогастрал соҳада гиперестезия зонаси ва чуқур пальпацияда эса шу соҳада оғриқ аниқланади. Қатарал яллиғланиш даврида жараён чувалчангсимон ўсимтанинг шиллик пардаси билан чекланганлиги сабабли, одатда қорин парда таъсирланиш белгилари кузатилмайди. Лекин ўткир аппендицитга хос бошқа белгилар аниқланиши мумкин. Масалан, Ровзинг симптоми – чап кўл билан қорин девори орқали сигмасимон ичакни чаноқ суюгининг қанотиға босиб, унинг бўшлиғи беркитилади, ўнг кўл билан эса ўнг гипогастрал соҳага турткисимон ҳаракат қилинади. Бунда беморнинг ўнг гипогастрал соҳасида оғриқ пайдо бўлади, бу йўғон ичак ичидаги газларнинг силжиши туфайли кузатилади. Кўпинча Ситковский симптоми ҳам мусбат бўлиб, бемор чап ёнига ётганда ўнг гипогастрал соҳада оғриқ пайдо бўлади ёки мавжуд оғриқ кучаяди. Бу симптом касалликнинг биринчи эмас, балки такрор хуружларига хосдир. Баъзан шу жой пайпасланганда қорин девори мушакларининг ҳимоявий қаттиқлашуви (*defence musculaire*) аниқланади.

Бу қоринпарда таъсирланишининг хос белгиси бўлиб, чувалчангсимон ўсимтанинг барча қаватлари, шу жумладан, сероз пардаси яллиғланишидан дарак беради. Беморда қоринпарда таъсирланишининг бошқа белгилари, жумладан, Щёткин–Блюмберг (қўл билан қоринни босиб, тез қайтариб олинса, бемор оғриқнинг тўсатдан кучайишини сезади), Воскресенский (беморнинг қорнида қобирға соҳасидан то чов боғламига қадар чап ва ўнг томонда навбатма–навбат қўлни тез сирпантириб ҳаракат қилинади), Бартомье–Михельсон (бемор чап ёнига ётганда ўнг гипогастрал соҳасини пайпаслаганда оғриқ кучаяди). Ўткир аппендицитнинг илк белгиларидан бири тана ҳароратининг кўтарилиши (катарал аппендицитда 37-37,5°C атрофида) ҳисобланади.

Аппендицит ташхисини аниқлашда ёрдам берадиган қўшимча текшириш усулларидан бири УҚТ ҳисобланади. Унда лейкоцитларнинг кўпайиши ($10 \cdot 10^9$ - $12 \cdot 10^9$ / л ва ундан юқори) кузатилади.

Ўқорида келтирилган маълумотларга асосланиб, беморларда ўткир аппендицит ташхиси шубҳа қилинганда, уларни зудлик билан жарроҳлик бўлимига юбориши зарур.

Ичакнинг ўткир тугилиши сабаби қуйидагилар: ичакнинг ташқаридан (қорин бўшлиғидаги жарроҳлик амалиётидан кейинги чандиқ, ўсма, тугилган чуррада унинг дарвозаси мушаклари билан, ичак буралишида эса бошқа ичак чамбари билан) ёки ичкаридан (ўсма, нажас тошлари, овқат лўкмаси ёки паразитлар билан) босилиши. Ичак буралиши асосан ёшларда учраса, ўсма, нажас тошлари, ҳазм бўлмаган овқат лўкмаси катта ёшдаги бемор ёки қарияларда кузатилади.

Чурра тугилишида аввал унга хос ўзгаришлар, сўнгра эса ичак тугилиши белгилари билан намоён бўлса, чандиқ касаллиги ичакда илгари ўтказилган жарроҳлик амалиёти натижасида вужудга келган бириктирувчи тўқимадан ташкил топган қўпол чандиқдан эзилиш белгилари билан ифодаланади. Касалликнинг патогенези, тугилиш натижасида вужудга келган очлик, қайт қилиш, сувсизланиш ва электролитлар етишмовчилиги ҳамда ичак деворининг зарарланиши оқибатида кузатиладиган унинг девори ўтказувчанлигининг ошиши, микробларнинг ичакдан қонга ва қорин бўшлиғига ўтиши, захарланиш ва бундан сўнг некроз ва перитонит ривожланишидан иборатдир. Касаллик бир неча соат ичида ривожланиб, қориннинг дам бўлиши, тарқалган оғриқлар, кўнгил айниши ва ичак ичи массаларини (яшил ва/ёки жигарранг тусда) қайт қилиш ва перитонеал белгиларнинг тез ривожланиши билан характерланади. Бу оғир асоратга дегидратация ва умумий интоксикация белгиларининг тез намоён бўлиши хосдир. Бунда УАВ тактикаси, тугилган чуррадаги каби бўлиб, жарроҳлик амалиёти қанча тез ўтказилса, ичак некрози ва бошқа унга боғлиқ асоратлар шунчалик кам кузатилади. Шунинг учун ўткир ичак тугилиши гумон қилинганда, УАВ беморни зудлик билан касалхонага юбориши лозим.

Тўғри ичак раки. Тўғри ичак раки инсонларда учрайдиган ўсмаларнинг 4-6% ини ташкил қилади. Унинг келиб чиқишида рак олди ҳолати

деб баҳоланувчи якка ва кўп сонли полиплар ҳамда турли яллиғланиш касалликларининг (носпецифик яралли колит, Крон касаллиги ва бошқалар) аҳамияти каттадир. Аксарият ҳолларда касаллик 40-60 ёшларда кузатилади. Нажаснинг қон, шиллик, йиринг аралаш келиши ичак фаолиятининг ўзгариши - ич кетиши ёки қабзият, ва уларнинг алмашиб туриши, оғриқли, энгиллик келтирмайдиган қонли шиллик ажралиши билан кечувчи тenezмлар, нажас шаклининг ўзгариши, нажас ва ел ушлай олмаслик тўғри ичак ёки ёндош соҳаларда оғриқ ва нохуш сезгилар унга хос белгилар ҳисобланади. Бавосил тутунчаларида ич келишининг охирида кузатилишидан фарқ қилган ҳолда, қон ва қонли ажралмалар ичак ракида ич келишидан аввал кузатилади. Давомий қон кетиши камқонликнинг ривожланишига сабаб бўлади. Иштаҳанинг йўқолиши, сабабсиз ҳолсизлик, авж олиб боровчи тана вазнининг камайиши кузатилади.

Лаборатор текширишида авж олиб боровчи камқонлик, турғун ЭЧТнинг ошиши, доимий Грегерсон реакциясининг мусбат бўлиши аниқланади.

Тўғри ичак раки юкорида кўрсатилганлардан ташқари, уни *бармоқ билан текшириш, ректороманоскопия ва рентген текширувлар* асосида қўйилади. 75-90% ҳолларда ташхисни тўғри ичакни бармоқ билан текшириш ёрдамида аниқлаш мумкин. Шунинг учун УАВ ушбу текшириш усулини мукамал («Ичак дисфункциялари» маърузасига қаранг) эгаллашлари керак. Зич консистенция, қаттиқ ва болишсимон қирралар, ичак деворининг ригидлиги, текширишдан сўнг бармоқда қон қолиши раkning ўзига хос белгилари ҳисобланади.

Тўғри ичак ракиннинг рентген белгиларига ичак шиллик қавати бурмаларининг узилиши, девор олди тўлиш нуксони, айрим ҳолларда “токча” белгиси билан, ичак деворларининг нотекислиги ва ригидлиги, унинг ёриги торайиши кабилар киради. Беморларда тўғри ичак ракига шубҳа бўлганда, УАВ уларни зудлик билан онколог маслаҳатига юборишлари керак.

Қориндаги оғриқлар билан кечувчи урологик касалликлар

Буйрак ва сийдик йўллари аъзоларининг айрим касалликлари баъзан қоринда кучли оғриқлар қақариши мумкин. Бунга сабаб улар ва қориндаги аъзолар иннервацияси ўртасида яқин алоқа мавжуддигидир. Шу сабабли қориндаги, айниқса, унинг пастки қисмларидаги оғриққа шикоят қилиб келган беморларда ўткир жарроҳлик ҳамда сийдик - таносил тизими касалликлари ўртасида ўзаро киёсий ташхислаш ўтказиш керак бўлади.

Буйрак ва сийдик йўлининг санчиги - кучли санчиксимон оғриқлар, шунингдек, кўнгил айнаиши ҳамда қайт қилиш билан кечади. Бунда одатда оғриқлар бел соҳасида бошланиб, сийдик чиқариш йўли бўйича чов, оралик, жинсий аъзолар ва соннинг ички юзасига узатилади. Оғриқлар аксарият ҳолларда жуда кучли бўлиб, беморлар оғриқдан жой топа олишмайди, турли ҳолатларга ўзларини солиб кўришади, аммо ундан қутула олмайдилар. Айнан

ушбу ҳолат уларни перитонит билан оғриган беморлардан ажратиб туради – улар қўзғалмасдан маълум бир ҳолатда ётишни маъқул кўрадилар. Буйрак ёки сийдик йўлининг санчиғида кўп ҳолларда пешоб ажралиши бузилади. Бундай беморларни объектив текшириб кўрилганда қоринда перитониал белгилар бўлмаган ҳолда энгил ёки ўртача ифодаланган оғриқ аниқланади. Агар тош сийдик чиқариш йўлининг юқори қисмларида ёки буйракнинг жомчаларида жойлашган бўлса, унда оғриқлар умуртқа-ковурга бурчагида кузатилади. Буйрак ёки сийдик йўлининг санчиғи бўлган беморларда баъзан паралитик ичак тутилиш ва қорин шиши кузатилади. Айрим ҳолларда субфебрил ҳарорат қайд этилади. Рухий зўриқиш ҳамда оғриқ сабабли томир уриши тезлашиб, кон босимининг кутарилиши кузатилиши мумкин.

Одатда бундай ҳолларда умумий пешоб таҳлилида микро ёки макрогематурия қайд этилади, аммо шуни унутмаслик лозимки, сийдик йўли тўла бекилиб қолганда, унинг таркибида эритроцитлар аниқланмаслиги ҳам мумкин. **Буйрак ва сийдик йўллари санчиғи мавзуси «Белдаги оғриқлар»га бағишланган маърузада батафсил ёритилган.**

Цистит билан оғриган беморларда одатда тез-тез сийишга чақирувлар ва таҳлида пешоб таркибида ўзгаришлар пайдо бўлади. Улар ҳам қориннинг пастки қисмларида жойлашувчи оғриқларга шикоят қилишлари мумкин. Одатда оғриқлар қов устида жойлашади ва беморлар тез-тез сийишга чақирувларга шикоят қиладилар. Қорин парда таъсирланиш ҳамда ўткир жарроҳлик касалликларига хос бўлган бошқа белгиларнинг йўклиги, шунингдек, сийдик лойқа, қўланса ҳидли бўлиши ва кўрув майдонида ўзгармаган эритроцитлар аниқланиши юқоридаги белгилар билан биргаликда тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Ушбу касалликда УАВ тактикаси қуйидагилардан иборат: беморга 5 кун давомида нитрофурантоин 75 мг.дан кунига 2 маҳал ёки цефалоспорин гуруҳидаги антибиотиклар (цефуроксим 750-1500 мг.дан кунига 3 маҳал) ёки 7 кун давомида ципрофлоксацин 250 мг.дан кунига 2 маҳал қабул қилиш буюрилади.

Қоринда оғриқлар билан бирга кечувчи кўкрак қафаси аъзолари касалликлари

Кўкрак қафаси аъзолари касалликларидан куруқ плеврит, плевропневмония ва МИ “ўткир қорин” белгилари билан кечиши мумкин.

Куруқ плеврит ва крупоз пневмония айрим ҳолларда қорин бўшлиғида кучли оғриқлар ва унинг олдинги девори мушакларининг таранглашиши билан бирга кечади. Бу белгилар одатда касалликнинг 2-3-кунларида кузатилиб, шифокорнинг нотўғри хулоса чиқаришига сабаб бўлиши мумкин.

Крупоз пневмония – ўпка паренхимасининг (альвеоляр бўшлиқлар ва интерстициал тўқима) бутун бўлаги ёки бир неча бўлақларининг

(рентгенда тасдиқланган) ўткир инфекцион зарарланишидир. **Плеврит** – плевранинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, кўпинча оғриқ нафас олиш ва йўталда кучаяди.

Пневмония ва плеврит ҳам айрим ҳолларда қоринда кескин оғриқлар ва қорин олди девори мушакларининг таранглиги, баъзан қайт қилиш каби белгилар билан бошланиши мумкин. Лекин қоринда оғриқлар билан кечувчи жарроҳлик амалиёти талаб этувчи касалликнинг бошланишида тана ҳарорати меъёрида бўлса, крупоз пневмонияда эса касалликнинг биринчи соатларидан бошлаб тана ҳарорати тезда 38-40,5°C гача кўтарилади, бундан ташқари танада қақшаш, ҳансираш, нафас олиш сонининг бир дақиқада 35-40 мартагача тезлашиши, зарарланган томонда нафас олиш билан боғлиқ бўлган оғриқ, юз гиперемияси, herpes labialis кузатилади. Шу билан бирга, плевропневмония билан оғриган беморларда аввал куруқ, кейинчалик эса йирингли қон аралашмалари билан “зангли” балғам ажралиши мумкин. Ушбу белгилар мавжуд қориндаги оғриқ йўқадаги жараён билан боғлиқ дейишга асос бўлади.

Фибриноз плевритда оғриқ париетал плевранинг яллиғланиши ҳисобига келиб чиқади. Чунки у қовурғалараро нерв толалари томонидан иннервацияланади ва улар ўзидан узок бўлган соҳаларга ҳам оғриқни узатишига сабаб бўлади. Пастки олтига кўкрак нервлари билан иннервацияланувчи диафрагмал плевранинг орқа ва периферик бўлимларининг таъсирланиши кўкрак қафасининг пастки қисмига узатилувчи ва қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини эслатувчи оғриқларни келтириб чиқариши мумкин. **Пневмония ва плеврит тўғрисида батафсил маълумот “Кўкрак қафасидаги оғриқлар» ҳамда «Йўтал ва қон тупуриш» маърузаларида келтирилган.**

Миокард инфарктининг гастралтик (некроз ўчоғи чап қоринча орқа деворида жойлашганда) шаклида баъзан кўпол ташхисий хатоликлар кузатилиши мумкин. Чунки унинг клиник намоён бўлиши айрим ҳолларда қорин ўткир патологиясини эслатади. Бунга қориндаги томирларнинг спазми ва шунга мос оғриқ синдроми сабаб бўлади. Қориндаги оғриқлар билан бирга беморларда диспептик ўзгаришлар (ҳиқичоқ, кекириш, қайта-қайта қайт қилиш, қориннинг дам бўлиши) кузатилади. Ошқозон ва ичаклар парези, қон кетиш билан асоратланган ўткир яралар клиникаси кўшилиши мумкин. Шу сабабли, шубҳали ҳолатларда УАВ ҳар бир бемор анамнезипи синчковлик билан ўрганиши, ЮИК ва АГ ҳамда уларнинг хавф омилларини аниқлаши зарур (стеноскардия, ҚД, семизлик наслий мойиллик, чекиш ва бошқалар). Ташхисни тасдиқлашда ЭКГ даги ўзгаришлар ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Шунинг учун шифокор ЮИК хавф омиллари мавжуд бўлган ва қориндаги (айниқса, унинг юқори қисмида) оғриқлар билан кечувчи беморларни албатта ЭКГ текширишидан ўтказиши лозим.

МИ ва унинг турли клиник шакллари тўғрисидаги маълумот “Кўкрак қафасидаги оғриқлар» маърузасида батафсил баён этилган.

Аёллар ички жинсий аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари

Ўткир эндометрит бачадонда ривожланидиган бирламчи яллиғланиш билан кечувчи касаллик ҳисобланади ва одатда бачадон бўйнидан ичкарига тарқаладиган инфекция сабабли юзага келади. Ўткир эндометритнинг клиникаси кўп жиҳатдан микроорганизм тури, аёлнинг ёши ва саломатлик ҳолати, бачадонда ўтказилган (амалга оширилган бўлса) муолажалар хусусиятига боғлиқ.

Амалий тиббиётда сунъий ёки ўз-ўзидан юз берган абортдан кейинги ўткир эндометрит кўпроқ учрайди. Одатда абортдан 2-5 кун кейин тана ҳарорати субфебрилдан юқори даражагача кўтарилади. Қориннинг пастки қисмида оғриқ пайдо бўлиб, чов ва думғаза соҳасига узатилади. Қиндан келадиган ажралма йирингли, қон аралаш йирингли, йирингли – шилликсимон, чириндисимон бўлиб, унинг характери касалликни чақирган инфекция турига боғлиқ. Беморнинг ташқи кўринишида яққол ўзгаришлар аниқланмайди, пульси тана ҳароратига мос келади, тили нам ҚБ меъёрида бўлади. Қорин юмшоқ, пальпацияда пастки қисмларида оғриқ сезгиси. Абортда кўп қон йўқотган бўлса, териси оқарган, томир уриши тезлашганлиги кузатилиши мумкин. Гинекологик текширилганда, бачадон оғриқли субинволюция ҳолати, шакли шарсимон. Ортиқлари ва параметрий соҳасида патологик ўзгаришлар кузатилмайди. УҚТ лейкоцитоз ва ЭҚТ юқорилиги аниқланади. Ўткир эндометритга шубҳа бўлганда, УАВ беморни зудлик билан шифохонага юбориши лозим.

Бачадон ортиқлари яллиғланишининг патологик асосида ҳам инфекциянинг юқorigа кўтарилиши ётади. Ҳайз кўриш, бачадон ичи муолажалари, шу жумладан, спирал кўйиш, аборт кабилар касаллик ривожланишига туртки бўлади. Ортиқларнинг ўткир яллиғланиш жараёни яққол ифодаланган манзарага эга. Беморлар қориннинг пастки қисмида оғриқ ва унинг думғаза, сон ички юзаси ва баъзан тўғри ичакка узатилишига шикоят қиладилар. Оғриқ билан бирга тана ҳароратининг кўтарилиши, беҳоллик, бош оғриғи, кўнгил айниши, ичак дам бўлиши кузатилади.

Сурункали яллиғланишнинг қайталанишида ҳам касаллик юқоридаги клиник белгилар билан кечади. Унга аксарият ҳолларда совуқ таъсири, оғир жисмоний иш, каттик чарчаш ва стресслар сабаб бўлади. Одатда бемор териси ва шиллик қаватлари ранги ўзгармаган, тили нам, пульси ҳароратига мос келади, қориннинг пастки соҳалари пульпация қилинганда оғриқ, аммо қоринпарда таъсирланиш белгилари аниқланмайди. Бимануал текширилганда бачадон ортиқлари соҳасида оғриқ аниқланиб, у силжитиб кўрилганда оғриқ кучаяди. Касалликни ташхислашда бемор шикоятлари, анамнези ва объектив текширувдан ташқари, қиндан келаётган ажралма хусусияти, бимануал текширишдаги ўзгаришлар, лаборатория натижалари муҳим аҳамиятга эга. Қонда лейкоцитлар сони ортгани ва ЭҚТ

юкорилиги аниқланади. Бачадон ортиқларининг ўткир яллиғланишида беморларни шифохона шароитида даволаш лозим. Ўз вақтида кўрилган монанд даво чоралари касалликнинг қатор асоратларининг олдини олиш имкониятини яратади. Касалликни даволаш уни чақирувчи омилни ҳисобга олган ҳолда, антибактериал дорилар билан ўтказилади. Шу билан бирга, оғрикни босувчи, ҳароратни пасайтирувчи ва яллиғланишни сусайтирувчи дорилар буюрилади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик. Бачадон бўшлиғидан ташқарида ривожланадиган ҳомиладорликларнинг барчаси аёлнинг саломатлиги ва ҳаётига хавф солувчи ҳолатлардир. У турли жойда - бачадон найида, тухумдонда, қорин бўшлиғида, бачадон бўйнида ривожланиши мумкин. УАВ ўз фаолиятида кўпроқ най ёрилиши ёки най аборти билан тўқнашади. Касаллик яққол намоеъ бўлмаган клиник белгилардан ички қон кетишнинг оғир кўринишигача бўлиши мумкин. Най ёрилиши шаклида ҳомиладорликни аниқлаш унча мураккаб бўлмайди. Касаллик соғлом юрган аёлда ўткир бошланиб, қориннинг пастиди чап ёки ўнг томонида тўсатдан кескин оғрик пайдо бўлади ва у орқа чиқарув тешигига, ўмров суяги устига, елка ёки куракка, қобирға остига узатилиши мумкин. Оғрик баъзан кўнгил айниши, қайт қилиш, бош айланиши (ҳатто ҳушдан кетиш) билан кечади. Беморнинг умумий аҳволи борган сари оғирлашиб, оғир геморрагик шоккача етиши мумкин. Шок ҳолат баъзиларда 20-30 дақиқа ичида рўй берса, бошқаларда бир неча соатдан сўнг ривожланади ва қон кетиш тезлиги ҳамда беморнинг касалликкача бўлган аҳволига боғлиқ.

Объектив текширилганда териси ва шиллик пардалари оқарган, оёқ-қўллари совуқ, нафас олиши юзаки ва тезлашгани кузатилади, тахикардия, пульс тўлиши заиф, артериал қон босими пасайган, тили нам карашланмаган. Қорни бир оз шишган, аммо унинг девори мушаклари таранглашмаган, пальпация қилганда пастки қисмида, айниқса, касал томонда кучли оғрик ва қорин пардасининг таъсирланиш белгиларини кузатиш мумкин. Перкуссияда қориннинг пастки қисмларида тўмтоқлашув қайд қилинади. Қинни кўзгу билан кўрганда, шиллик парда ва бачадон бўйни цианози аниқланади. Бимануал текширганда қиннинг орқа гумбази бўртиб чиққани ёки яссилангани сезилади, бачадон осон силжийди, гўёки суяқлик ичида сузиб юради. Бимануал текширишни эҳтиётлик билан бажариш лозим, чунки қаттик оғрик сезгиси беморни шок ҳолатига тушириши мумкин. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик ташхисига шубҳа бўлганда, УАВ беморни зудлик билан гинекология бўлимига юбориши зарур.

Тухумдон апоплексияси нисбатан кам учрайди, бунда тухумдон ичига қон қуйилиб, унинг сиртки пардаси шикастланса, у қорин бўшлиғига ҳам ажралиб чиқади. Апоплексия одатда овуляция пайтида содир бўлиб, унинг асосида ҳайз циклида юз берадиган физиологик ўзгаришлар ётади. Тухумдон ҳайз олди гиперемияси, сариқ тананинг кучли ривожланган қон томирлар тизими, овуляция жараёнида тўқималар шикастланиши оқибатида тухумдонда гематома вужудга келиши ва шу билан бир қаторда, қорин

бўшлиғига қон қуйилиши мумкин. Унга мойиллик туғдирувчи омилларга ўтказилган яллиғланиш жараёнлари ва улар туфайли тухумдон тўқималари ҳамда томирларининг склеротик ўзгаришлари, қон димланиши ва варикоз кенгайишлар киради. Тухумдон апоплексияси туғиш ёшидаги аёлларда кузатилади. Клиник кўринишида ҳайз циклининг ўртасида ёки иккинчи ярмида қоринда кучли оғриқ пайдо бўлиши етакчи ўринни эгаллайди. Оғриқ қов соҳасида, ўнг ёки чап гипогастрал соҳада кузатилади. У орқа чиқарув тешигига, ташки жинсий аъзоларга, думғазага узатилиши мумкин, баъзан френекус-симптом аниқланади. Оғриқ билан бирга беҳоллик, бош айланиши, кўнгил айнаши, баъзан қайт қилиш, совуқ тер чиқиши, хушни йўқотиш ҳоллари учрайди. Бемор териси ва шиллик пардалари оқариши, ҳарорати меъёрида бўлса ҳам, тахикардия кузатилиши мумкин. Йўқотилган қоннинг миқдорига мос равишда ҚБ пасаяди. Бемор қорни юмшоқ, бир оз дам бўлиши мумкин, аммо унинг девор мушаклари таранглашмаган, пальпацияда пастки қисмининг ҳар иккала, баъзан чап ёки ўнг томонда оғриқ сезгиси. Қоринпарда таъсирланиш белгилари турли даражада ифодаланган. Бимануал текширганда, бачадон ўлчамлари меъёрида, баъзан катталашган, оғриқли, тухумдон аниқланади. Қорин бўшлиғига кўп миқдорда қон қуйилганда, қиннинг орқа гумбази яссилангани ёки унинг бўртиб чиққани сезилади. УҚТ анемия белгилари. Ҳайз кечикмагани, ҳомиладорлик белгилари йўқлиги тухумдон апоплексиясини бошқа юқорида баён этилган ўткир гинекологик касалликлардан фарқлаш имконини беради. Тухумдон апоплексиясини мутахассис шифокорлар даволаши туфайли, УАВ беморга жисмоний осойишталик буюриши, қорин пастки қисмига совуқ қўйиши ҳамда зудлик билан уни шифохонага юбориши лозим.

Оғриқли ҳайз - альгодисменорея. Айрим ҳолларда УАВга бевосита ҳайз цикли билан боғлиқ бўлган қориндаги оғриқларга шикоятлар қилган беморлар ҳам мурожаат қиладилар. Ҳайз вақтида қориннинг пастки қисми, чаноқ, бел ва думғаза соҳасида оғриқ безовта қилиши - альгодисменорея деб аталади ва кўпроқ қизларда учрайди, Оғриқ баъзан кучсиз, айрим ҳолларда эса ўта интенсив бўлади ва ҳайз кунига 2-3 кун қолганда бошланиб, унинг бошланиши билан кескин пасайиши мумкин. Баъзан оғриқ кўнгил айнаши, қайт қилиш билан кечиб, бемор иш қобилиятининг пасайишига олиб келади. Альгодисменорея асосида нисбий гиперэстрогения ётиб, прогестерон этишмаслиги сабабли, бачадон мушаклари кучли қисқариб, ҳайз қонининг бачадон бўйни каналидан чиқилиши қийинлаштиради. Баъзан унга илгари ўтказилган яллиғланиш касалликлари, эндометриоз чаноқ соҳасидаги чандиқлар сабаб бўлиши ҳам мумкин.

Бу ҳолларда УАВ, зарурият бўлса, гинеколог билан ҳамкорликда қуйидаги даволаш ишларини олиб боради. Ҳайзни тўғри назорат қилиш учун 2-3 ой давомида унинг 5-25 кунлари эстроген-гестоген (жанин, регулон, диане-35, новинет) синтетик прогестогенлар бериши ёки иккинчи босқичида, яъни 16-25 кунлари соф гестогенлардан бирини (дюфастон,

туренал, нарколут) тавсия қилиш мумкин. Ҳайзнинг келишига 1 ҳафта қолганда, симптоматик даво (но-шпа 1 таблеткадан кунда 2 марта, тўғри ичакка папаверин шамчаларини қўйиш, НЯҚВ 3-6 ой давомида ҳайзнинг 14-кунидан бошлаб 14 кун давомида буюрилади.

Қориндаги оғрик билан кечувчи қон-томир касалликлари

Қорин аортаси қаватланувчи аневризмаси ва унинг ёрилиши беморни шошилинч махсус томир касалликлари бўлимига ётқизишни талаб қилувчи патология ҳисобланиб, УАВ унинг асосий белгиларини билиши зарур.

Аневризма – бу қон томирининг маҳаллий кенгайиши бўлиб, асосан аорта ва периферик артерияларда, 75% ҳолларда қорин аортасида кузатилади. Қорин аортаси аневризмасида оғрик кўпинча бел-думғаза соҳасида сезилиб, чуқур, тешувчи, висцерал турда ва доимий характерга эга бўлади. Қорин диққат билан пайпасланганда одатда ўрта чизикнинг иккала томони бўйлаб қорин аортасининг кучли пульсацияси аниқланади. Аневризманинг ёрилишида қориннинг пастки қисмида ва тананинг орқа томонида кескин оғрик, пайпаслаганда унинг кучайиши кузатилади. Аускультацияда аневризма устида систолик шовкин эшитилади. Ташхисни аниқлашда ЭХО доплерография ёрдамида текшириш муҳим аҳамиятга эга. Кучли қон кетиши гиповолемик шокка олиб келади ва кўпинча ўлим билан тугайди. Шунинг учун бу жараён шошилинч жарроҳлик амалиёти талаб қилинадиган ҳолатларга киради.

Аорта аневризмасининг қаватланиши ҳам юқори ўлим кўрсаткичларига эга касаллик бўлиб, аорта ички қаватининг ёрилиши натижасида ўрта қаватни адвентициядан ажралиб, аорта деворининг қаватларига қон кириши билан характерланади. Қаватланишининг давом этиш вақтига кўра касалликнинг ўткир (2 ҳафтагача) ва сурункали (2 ҳафтадан кўп) шакллари фарқланади. Асосий белгиси – қоринда кучли ва кесувчи характердаги тўсатдан пайдо бўлган оғриқдир. Айрим ҳолларда аорта аневризмасининг қаватланиши МИ га хос клиник белгилар билан кечади.

Иккала ҳолатда ҳам атеросклероз белгилари ва беморларнинг ёши катталиги, юрак-қон томир этишмовчилигининг тез ривожланиши ҳамда оғрик синдромида “ёруғлик” ораликларининг бўлиши ташхисий асос бўлиб хизмат қилади. Одатда бу белгилар ҳеч қачон ўткир жарроҳлик касалликларида кузатилмайди. Қорин пайпасланганда юмшоқ бўлиб, унинг деворининг таъсирланиш белгилари аниқламайди. Қонда лейкоцитоз, камқонлик Виллебрандт омилининг 1,5-3 баробар ошиши, гиперфибринемия, кузатилади. Бундай ҳолатларда УАВ вазифаси беморларни шошилинч равишда шифохонага ётқизишдан иборатдир.

Антикоагулянтларни, айниқса, билвосита таъсирга эга воситаларни қабул қилиш абдоминал оғриқларга сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларни ташхислашда малакали ва тўлиқ йиғилган анамнез, оғрик синдромининг

бурун, мишк ва бошқа аъзолардаги геморрагиялар билан бирга кечиши ҳамда коагулограммадаги маълумотлар муҳим аҳамиятга эга.

Юқорида келтирилган маълумотлар УАВ фаолиятида қориндаги оғриқ синдромини ташхислашда қатор мураккабликлар мавжудлигини тасдиқлайди. Шунинг учун улар касалликларнинг клиник кечишини яхши билишлари, анамнез маълумотларини тўғри таҳлил қилишлари, ўз вақтида ва мақсадли лаборатор ва асбобий текширувларни ўтказишлари ҳамда энг муҳими қориндаги ўткир оғриқларда ўз вақтида беморни тор мутахассисларга юборишлари керак. Шифохонага ётқизишга кўрсатма бўлиб ташхиснинг ноаниқлиги ва оғриқ синдромининг келиб чиқишини аниқлаш мақсадида махсус текшириш усулларини (кўпинча ноинвазив) ўтказиш зарурияти ҳисобланади. Шунингдек,, ҚВП ва ОП шароитда ўтказилган давонинг самарасизлиги, асосий касаллик белгиларининг кучайиб бориши ва асоратлар пайдо бўлиши ҳам беморларни зудлик билан шифохонага юборишни такозо этади.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Сурункали юзаки гастрит нормал секреция билан, авж олиш даври;
- ✓ Сурункали антрал гастрит юқори секреция билан, авж олиш даври;
- ✓ Сурункали атрофик гастрит пасайган секреция билан, компенсация даври;
- ✓ Сурункали атрофик гастрит пасайган секреция билан, субкомпенсация даври;
- ✓ Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, ўрта оғир даражаси, авж олиш даври. Юзаки гастрит, перидуоденит, реактив гепатит;
- ✓ Ошқозон яра касаллиги, авж олиш даври. Дуодено гастрал рефлюкс, ўрта оғир кечиши. Асорати: компенсирланган привратник стенози I даража;
- ✓ Сурункали вирусли гепатит. Ўт йўлларининг гипертоник дискинезияси;
- ✓ ўт тош касаллиги, нотўлиқ ремиссия даври. Ўт йўлларининг гипотоник дискинезияси;
- ✓ Сурункали алкоғолли гепатит. Ўт йўлларининг гипертоник дискинезияси;
- ✓ Сурункали қайталанувчи алкоғол этиологияли панкреатит, авж олиш даври, ўрта оғир кечиши. Асорати: ошқозон ости беши бошчаси кальцификацияси;
- ✓ Алиментар оғриқли панкреатит, ўрта оғир кечиши, авж олиш даври. Асорати: ошқозон ости беши йўли стенози;
- ✓ Ўт-тош касаллиги, нотўлиқ ремиссия даври. Ўт йўлларининг гипотоник дискинезияси. Иккиламчи қайталанувчи панкреатит, авж олиш даври, ўрта оғир кечиши;
- ✓ Сурункали бактериал тошсиз холецистит авж олиш даври, дискинетик жараён устунлиги билан (ўт қопчаси гиперкинези), тез- тез қайталанувчи

кечиши. Асорати: реактив гепатит;

✓ Сурункали лямблиоз, тошсиз холецистит авж олиш даври. дискинетик жараён устунлиги билан (ўт қопчаси гиперкинези). Асорати: йўғон ичакнинг иккиламчи гипермотор дискинезияси, оғриқ синдроми устунлиги билан;

✓ Сурункали бактериал тошсиз холецистит ремиссия даври. Тез - тез қайталанувчи кечиши;

✓ Холецистэктомиядан кейинги синдром (холецистэктомия 2008 й), Одди жоми ва ўт йўллариининг дискинезияси аралаш тури;

✓ Холецистэктомиядан кейинги синдром (холецистэктомия 2004 й), холангиогепатит. Жарроҳлик амалиётидан кейинги чандикланиш жараёни;

✓ Холецистэктомиядан кейинги синдром (холецистэктомия 2002 й). Иккиламчи сурункали оғриқли панкреатит, ўрта оғир кечиши, авж олиш даври. Асорати: ошқозон ости беши йўли стенози;

✓ Сурункали паразитар (лямблиоз) энтерит, ўрта оғир даражаси, қайталанувчи кечиши, авж олиш даври. Атрофиясиз, ифодали ялиғланишли ўзгаришлар билан, сунит;

✓ Сурункали аллергияк энтерит, енгил даражали, монотон кечиши, ремиссия даври. Ўртача ялиғланишли ўзгаришлар билан, сунит;

✓ Сурункали медикаментоз энтерит, иккиламчи ичак дисбактериози (II даража) , ўрта оғир, қайталанувчи кечиши, авж олиш даври.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. «Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону». В 2-томах. Перевод с английского. Под редакцией Э.Фаучи др. Москва, «Практика» -Мак-Гроу-Хилл, 2002.

2. Беркоу Р. «Руководство по медицине. Диагностика и терапия». Перевод с английского. Москва, «Мир», 1997, 1-том.

3. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л. и Назиров Ф.Г. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.

4. Захидова М.З., Пак Г.Л., Захидова М.У. «Тактика ведения заболеваний органов пищеварения врачом общей практики». Практическое руководство для ВОП. Ташкент, 2007.

5. Комаров Ф.И. «Диагностика и лечение внутренних болезней». Практическое руководство для врачей. 2-Том. М.: Медицина, 1998.

6. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.

7. Кохен М.М. «Общепрактическая и семейная медицина». Минск, Беларусь, 1997.

8. Мерта Дж. «Справочник врача общей практики». Перевод с английского. Москва: Практика, 1998.

9. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г «Общая врачебная практика». Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2005

10. Окорочков А.Н. «Диагностика и лечение болезней внутренних органов». В 12 томах. Москва: Медицинская литература, 1998.
11. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином, 2003.
12. Собиров Д.И., Захидова М.З., Жураева З. и др. «Сборник клинических протоколов». Учебно-методическое пособие для ВОП. Ташкент, 2005.
13. Тейлор Р.Б. «Трудный диагноз». Перевод с английского. Москва: Медицина, 1995.
14. «Терапия». Руководство для врачей и студентов. М.: Медицина, 1998.
15. Шевченко Ю.Л., Денисов И.Н., Кулаков В.И. и др. «Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине». Перевод с английского. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2002.
16. Improving health systems: the contribution of family medicine. A guidebook. Wonca. World Organization of Family Doctors. Ch.Boelen end eto. Singapore, 2002.

ИЧАК ДИСФУНКЦИЯЛАРИ

Ўзинг касал бўлганингда қандай муносабатда бўлишларини истасанг беморга ҳам худди шундай муносабатда бўл. Аввало унга зиён етказма.

Гиппократ

Сўнгги йилларда республикамизда ошқозон-ичак тизими хасталиklarининг сезиларли ўсиши кузатилиб, умумий касалликларнинг 25-30% ини ташкил қилмоқда. Улар орасида ичак дисфункцияси алоҳида ўрин тутади. Худудимизда овқатланиш характери (ёғли ва қовурилган овқатларни кўп истеъмол қилиш), иқлим хусусияти (иссиқ ва қуруқ), ноқулай экологик вазият (Орол денгизи атрофи) ва бошқа қатор омиллар ичак дисфункциясига олиб келувчи сабаблар ҳисобланади. Секретор етишмовчилик, ичак пересталтикаси (моторика) ва нормал флора бузилишлари ҳам ичак дисфункциясига сабаб бўлиши мумкин. Ичак дисфункцияси синдроми қорин соҳасида оғриқ ёки нохушлик ҳисси, унинг дам бўлиши, ич келишининг бузилиши - диарея ёки қабзият, ёки уларнинг алмашиб туриши каби белгилардан иборат. Ичак дисфункциялари тиббиётнинг бирламчи тизимига мурожаат қилувчи беморларда энг кўп учрайдиган гастроэнтерологик касалликларнинг белгилари ҳисобланади. Катта ёшдаги беморларда кўпроқ қабзият, ёш болаларда эса ич кетишлар кузатилади. Бу иккита бир-бирига қарама-қарши ич бузилишининг юзага келиш сабаблари турли хил бўлиб, улар функционал ўзгаришлардан тортиб, даволаш мураккаб бўлган онкологик касалликлар ҳам бўлиши мумкин.

Беморларда ингичка ва йўғон ичак касалликларига хос белгилар кузатилмаса, одатда ичак дисфункцияларига марказий нерв, эндокрин ва бошқа тизимлардаги ўзгаришлар сабаб бўлади. Ичак бузилишларининг сабабларини эрта аниқлаш, самарали патогенетик даво ўтказишнинг асосий омили ҳисобланади. Шунинг учун соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи тизимида ишлаётган УАВ кенг тарқалган ичак дисфункциялари билан кечадиган патологик ҳолатлар ҳақида яхши билим ва амалий кўникмаларга эга бўлишлари лозим. Юқоридаги ўзгаришлар механизмини яхши билиш эса ўз навбатида, ичаклар анатомияси ва физиологияси тўғрисидаги билимларга эга бўлишни тақозо этади ва қуйида уларга тўхталиб ўтамиз.

Ичак анатомияси. Анатомик ва функционал хусусиятларига кўра ингичка ва йўғон ичак фарқланади. Ингичка ичак ошқозондан кейин бошланиб, бир неча қовузоқлар ҳосил қилади. Унинг узунлиги 4 дан 11 метргача бўлиб, ўртача 5-7 метр, аёлларда эркакларга нисбатан калтгароқ. Диаметри проксимал қисмида 50 мм, дистал қисмида 30 мм ни ташкил қилади. Ингичка ичак 3 қисмга бўлинади: ўн икки бармоқли, оч ва ён бош ичаклар. Оч ва ён бош ичаклар орасида чегара йўқ. Ингичка ичак девори шиллик, шиллик ости, мушак ва сероз қаватлардан ташкил топган. Шиллик қават юзаси айланма бурмалар, ичак туклари ва ичак крипталари ҳисобига нотекис. Шиллик

ва шиллик ости қаватлари ҳисобига ҳосил бўлган айланма бурмалар ичак ўқиға перпендикуляр жойлашган ва унинг периметрининг $1/2-2/3$ қисмини ташкил қилади. Бурмалар узунлиги 5 см ва баландлиги 8 мм бўлиб, уларнинг умумий сони 650-700. Энг катта бурмалар оч ичакнинг бошланғич қисмида жойлашади ва дистал қисмларда унинг баландлиги ва сони камайиб боради. Ичак сўргичлари шиллик қаватнинг бўртишлари ҳисобига ҳосил бўлади. Оч ичакда улар энг узун (1,2 мм) ва зич жойлашади (1 мм^2 30-40), ён бош ичакда эса калтароқ (0,6 мм) ва зичлиги камроқ (1 мм^2 20-30). Мушак қават^и 2 қатор силлик мушаклардан (қундаланг ва айланма) ташкил топган. Оч ичак қорин бўшлиғининг чап қисми ва юқорисида, ён бош ичак ўнгда ва пастда, баъзан кичик чаноқ бўшлиғида жойлашади. Йўғон ичак ингичка ичакнинг давоми бўлиб, олдин бўртиб кўр ичак ва аппендикс ҳосил қилади. У 6 қисмдан ташкил топган: кўр ичак, чамбар ичакнинг юқорига чиққан қисми, қундаланг ва пастга тошлан қисми, сигмасимон ва тўғри ичак. Қисмларнинг бир-бирига ўтиш соҳаларини чамбар ичак эгриликлари дейилади - ўнгда жигар ва чапда талок эгрилиги фаркланади. Йўғон ичак узунлиги 110 дан 215 см гача, ўртача 1,5 м ва аёлларда эркакларга нисбатан 5-10 см калтароқ. Унинг диаметри 7-14 см га тенг. Ингичка ичакда овқат хазм бўлади ва организмга зарур бўлган моддалар, жумладан, электролитлар, витаминлар, оксил, темир ва бошқалар, йўғон ичакда эса асосан суюқлик сўрилади. Қуйида биз амалиётда кенг қўлланиладиган ичак функционал бузилишлари классификациясини келтирамиз.

1. Функционал ичак бузилишлар:

- ичак таъсирланиш синдроми - қабзият билан кечадиган (I субтип); диарея билан кечадиган (II субтип); аралаш тури (III субтип); фарклар бўлмайдиган тури (IV субтип);

- функционал қорин дам бўлиши;
- функционал қабзият;
- функционал ич кетиши;
- носпецифик функционал ичак дисфункцияси.

2. Функционал абдоминал оғриқ синдроми

3. Ўт қопчаси ва Одди жомини функционал бузилишлари

4. Функционал аноректал бузилишлар

Ичак дисфункцияси безовта килувчи беморларда кўп ҳолларда қабзият аникланади.

Қабзият

Қабзият деганда қаттиқ нажаснинг қийин ва кам миқдорда ажралиши тушунилади. Шу ўринда 2-3 кунда бир марта ажраладиган юмшоқ нажас қабзият деб аталмаслиги, аксинча бир кунда 2-3 марта, аммо қийин ва қаттиқ ажралиши унинг борлигидан дарак берувчи белги эканлигини эслатиб ўтмоқчимиз. Мавжуд маълумотларга кўра, врачга мурожаат қилганларнинг 1.000 тасидан 12 таси қабзиятга шикоят қилади. Ривожланган мамлакатлар

а ҳолисининг аксариятида оддий қабзият учраб, унга тез-тез асаб бузилиши, ам ҳаракат ҳаёт тарзи, енгил ҳазм бўладиган озиқ-овқатларни кўп истеъмол қилиш сабаб бўлади. Ривожланаётган давлатларда эса қабзиятга озиқ - овқатлар истеъмол қилиш тартибига яхши риоя қилмаслик ва ошқозон-ичак тизимининг юкумли касалликлари олиб келади. Қабзиятга олиб келувчи асосий сабаблар 1-расмда келтирилган.

Қабзият ривожланишининг асосий механизмлари куйидагилардир:

- ичак моторикасининг бузилиши;
- дори воситаларини тартибсиз қабул қилиш;
- нажас ажралишининг сусайиши;
- ичак ҳаракатланишига қаршилик туғдирадиган органик ўзгаришлар;
- ичак таркибининг унинг ҳажмига тўғри келмаслиги.

Келиб чиқиш сабабларига кўра қабзият бирламчи, иккиламчи ва дископатик гуруҳларга бўлинади:

Бирламчи қабзият сабаблари бўлиб йўғон ичак аномалиялари, ривожланиш ва иннервация нуқсонлари, **иккиламчида** йўғон ва тўғри ичак касалликлари ва шикастланишлари, дори воситаларининг ноўй таъсири, **дископатик қабзиятларда** эса сабаби аниқ бўлмаган тўғри ва йўғон ичаклар мотор фаолиятларининг бузилишлари ҳисобланади.

Патогенетик ривожланиш механизмига кўра қабзиятлар куйидаги учта гуруҳга бўлинади: алиментар, механик ва дискинетик.

1. Алиментар (нажас ҳажмининг камайиши):

- сув алмашуви мувозанатининг бузилиши (ичакдан ташқарида сув юқотишнинг кўпайиши, сув истеъмолининг камайиши);
- кам овқат истеъмол қилиш;
- овқат таркибида толалар (клетчаткалар) камайиши, сурункали бир хил овқат истеъмол қилиш.

2. Механик:

- ичакда овқат қолдиқлари ҳаракатининг (ичакнинг ташқаридан ёки ичакдан босилиши) қийинлашиши.

3. Дискинетик (ичак бўйлаб нажас ҳаракатининг пасайиши):

- ичак ривожланишидаги аномалиялар (долихомегаколон, мегаколон, мегаректум, Гиршпрунг касаллиги);
- периферик асаб тизими касалликлари (ичак псевдообструкцияси, клеродермия, ҚД, гипотиреоз, семизлик);
- рухий (Паркинсон касаллиги, паралитик синдром, тарқоқ склероз, депрессия, стресс, деменция) касалликлар;
- дори воситалар (алюминий гидроксид, кальций карбонат ва тунгучи антацидлар, антихолинэргик препаратлар, спазмолитиклар, антидепрессантлар, НЯҚВ, наркотик анальгетиклар, тутқаноққа ва силга қарши воситалар, антигипертензив дорилар (БАБ, КА, АРА, ААФИ), тетрациклин, фулоспорин гуруҳига кирувчи антибиотиклар, диуретиклар, гестогенлар, эстрогенлар, транквилизаторлар);

- ичакдаги функционал бузилишлар (ичак таъсирланиш син функционал кабзият);
- дефекация рефлексининг бузилиши;
- идиопатик кабзият;
- дисхезия - бавосил, орқа чиқариш йўли ёрилиши, тўғри ичакда туриб қолиши ҳисобига оғрикли ва қийинлашган дефекация.

Шунингдек,, давомийлиги бўйича кабзиятларнинг ўткир ва су турлари фарқланади.

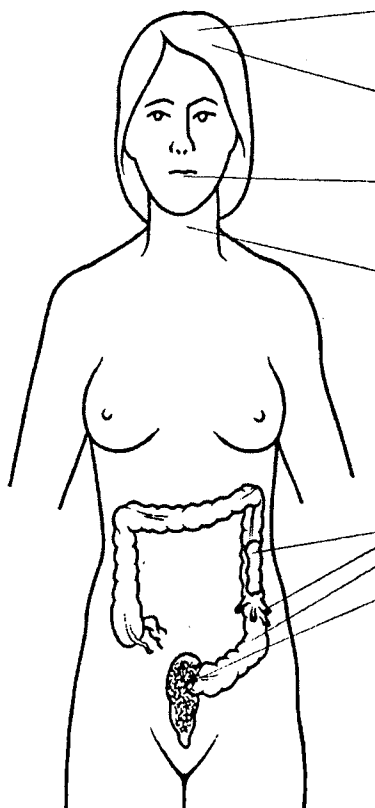
Қабзият одатда кам ҳаракат ҳаёт тарзи олиб бораётган ва узоқ муддат ётоқ тартибини сақлаган беморларда кўпроқ Бундай ҳолларда нажас тошларининг ҳосил бўлиши ва орқа йўли сфинктерининг ўтиб кетувчи етишмовчилиги кузатилади. дефекация пайтида бўладиган оғрик кўрқуви, бавосил, перианал ишиоректал парапроктит ҳисобига ҳам юзага келади. Шу кабзият депрессия (антидепрессантлар қабул қилиниши кабзият кучайтиради), гипотиреоз, (айниқса, аёлларда), гиперпаратиреоз гиперкальциемиянинг асосий клиник белгиларидан бири ҳисоб. Айрим ҳолларда ҚД, ошқозон-ичак тизими дисфункциялари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда ривожланган вегетатив ичак ҳаракатларининг чекланишига олиб келади. Қабзият баъзан параличга чалинган болаларда ҳам кузатилади.

Ўқоридагилардан ташқари, баъзан кабзиятга кофеин, таркиби да ва алюминий тузлари бўлган антацидлар, диареяга, парки қарши дори воситалари, барбитуратлар, бензодиазепин, Н1-блок верапамил, ганглиоблокаторлар, моноаминооксидаза ингибиторлар клонидин, миорелаксантлар, НЯҚВ, темир препаратлари, ўт секвестрантлари, барий сульфати, тиазидли ва ковузлоққа таъ диуретиклар ҳам олиб келади.

Қабзиятга ташхис қўйишда мукамал ва тўғри анамнез аҳамиятга эга. Унда бемордан қандай ҳолатни кабзият деб дефекациялар сони, нажас консистенцияси, дефекация пайтида ёки нажаснинг қон ва шилимшиқ аралаш келиши тўғрисида шуни Шунингдек,, беморга куйидаги саволларни бериш мақсадга муво

- ▶ Бир кеча кундузда неча марта ичингиз келади?
- ▶ Нажаснинг ташқи кўринишини айтиб беринг. Кўп ми қаттиқ ёки юмшоқми? Майда, юмалоқ шаклда эмасми? Таркибида шилимшиқ борми?

- ▶ Ички кийимлар ифлосланмайдими?
- ▶ Дефекация вақтида оғрик бўладими?
- ▶ Тўғри ичакда доимо бегона нарса борлик ҳисси йўқми?
- ▶ Дефекациядан кейин ўзингизни қандай ҳис қиласиз?

**Рухий бузилишлар:**

- депрессия
- нерв анорексияси

Неврологик бузилишлар:

- инсульт
- вегетатив нейропатия

Дори воситаларини салбий таъсири ва захарланишлар**Эндокрин касалликлар ва модда алмашинувини бузилиши:**

- гипотиреоз
- гиперкальциемия

Функционал қабзият:

- оддий қабзият
- ичак гипокинезияси
- таъсирланган ичак синдроми

Кўндаланг ичак касалликлари:

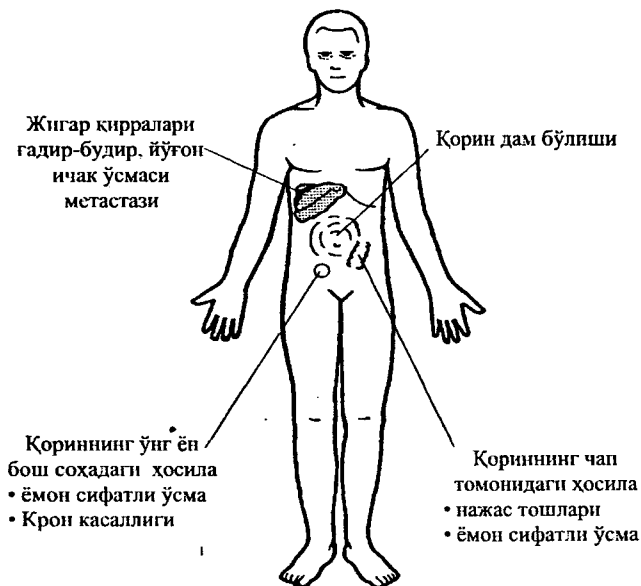
- ёмон сифатли ўсмадар
- дивертикулёз
- яллиғланиш касалликлари
- нажас тошлари ва тўғри ичак касалликлари
- тўғри ичак раки
- орқа чиқарув йўли ёрилиши
- бавосил ва бошқа ҳолатлар
- йўғон ичак гипокинезияси (Гиршпрунг касаллиги, ёши ўтган кишиларда, орқа мия жаррохатланишларида)
- коллагенозлар, масалан тичимли склеродермия

1-расм. Қабзиятнинг асосий сабаблари

Бемор билан суҳбатда касаллик давомийлиги, иш фаолияти ва овқатланиш тартиби, ишхонада зарарли таъсир этувчи моддалар мавжудлиги, дори, айниқса, антибактериал воситаларни суниестемол килиши тўғрисида сўраш лозим. Шунингдек, улардан эндокринология ёки психоневрология диспансерларида кузатувда туриш-турмаслиги, қандай юқумли касалликларни ёшлигида бошидан ўтказганлиги, гижжа белгилари борлиги («эшак еми», тери қичиши ва ҳ.к.) ва бошқа этиологик омиллар ҳақида суриштириш. Кўрик пайтида беморнинг ҳулқ-атвориға ва руҳий ҳолатиға (депрессия белгилари, кўркув хислари ва бошқалар) алоҳида аҳамият берилади.

Ичак дисфункцияларини аниқлашда объектив текширувлар катта аҳамиятга эга. Айниқса, қоринни пайпаслаш ва ректал текширувларга алоҳида эътибор берилади. Перианал соҳа кўздан кечирилади, тугунлари ва тўғри ичакнинг ташқарига чиқишини аниқлаш учун бемордан кучаниш сўралади. Кейин эса анал рефлекс ва оралик сезувчанлиги текширилади. Қорин пайпасланганда, ғадир-

2-расм. Қабзиятда объектив текшириш



будир (ёмон сифатли) ўсмани, нажас тошларини (айниқса,, озғин беморларда), оғриқли спазмга учраган йўғон ичакни (таъсирланган ичак синдромида) аниқлаш мумкин. Бармоқлар ёрдамида ректал текширувни ўтказиш қатга аҳамиятга эга. Бу усул ёрдамида ўсмалар ва нажас тошлари, тўғри ичак ампуласи тонуси ва унинг ўлчами аниқланади. Тўғри ичак ампуласи тонусининг ошиши ва унинг кичик ўлчамда бўлиши, бемор ҳаётининг дастлабки кунларидан қабзият мавжудлиги Гиршпрунг касаллигини тахмин қилишга асос бўлади. Тўғри ичак ампуласининг кенгайиши орттирилган мегаколонда ҳам учрайди. Қабзиятда ўтказилган объектив текшириш натижасида аниқланиш эҳтимоли бўлган паталогик ҳолатлар 2-расмда келтирилган.

Ичак дисфункциясида *ректал* текширув ўтказиш муҳим аҳамиятга эга ва унда қуйидагиларга амал қилиш керак:

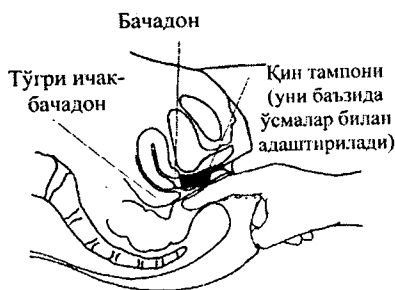
- ✦ беморга ўтказиладиган текширув услубини тушунтириш;
- ✦ беморни чап ёнбошга ётқизиш ва оёқларини қорнига торттирилиб, перианал соҳани кўриқдан ўтказиш;
- ✦ бемордан секин ва чуқур нафас олишни илтимос қилиш;
- ✦ ўнг қўлга резина қўлқоп кийиб, кўрсаткич бармоққа гель суртгандан сўнг, уни аста-секин умуртқа поғонаси томонига қараб беморнинг орқа чикарув йўлига киргизиш ва ундан кучанишни сўраш;
- ✦ бармоқни аста-секин айлантрииб тўғри ичак ҳамда унинг деворларини пайпаслаш;

† ректал кўрик ёрдамида тўғри ичакнинг орқа йўлини 7-8 см. чуқурликкача текширишдан ўтказиш мумкин.

Текширувни тўғри ва самарали ўтказиш учун УАВ тўғри ичак топографиясини билиши лозим ва у қуйидагича: унинг орқасида думғаза ва дум, ёнларида кичик чаноқ деворлари, аёлларда олдинда бачадон бўйни ва тўғри ичак-бачадон чуқурчаси, эркакларда эса - простата бези ва тўғри ичак-сийдик қопчаси чуқурчаси жойлашган (3 ва 4-расмлар).



3-расм. Эркакларда ректал текширув



4-расм. Аёлларда ректал текширув

Ректал текширувда орқа чиқарув йўли жоми тонуси, нажас консистенцияси, проктит ва ич кетишда – оғриқлар (орқа чиқарув йўлининг ёрилишларида кучли оғриқлар кузатилади ва шу сабабли бундай беморларга ректал текширув ўтказилмайди) аниқланади. Орқа чиқарув йўли ёрилишларида ёки сурункали парапроктитда – тўғри ичак деворларининг зичлашиши ва ҳосилалар пайпасланиши мумкин. Пайпасланганда, яхши сифатли ўсмалар юмшоқ, ёмон сифатли ўсмалар эса каттик ва юзаси нотекис бўлади.

УАВ анамнезни ўрганиш ва объектив кўрик жараёнида олинган маълумотларга асосланиб, беморни қуйидаги лаборатор-асбобий текширувларга юбориши лозим:

- гемоглобин миқдори ва ЭЧТни аниқлаш;
- нажасни яширин қонга текшириш;
- қоннинг биокимёвий текширувлари (қон зардобиди кальций ва калий миқдори, рак эмбрионал антигенини аниқлаш ва бошқалар);
- қалқонсимон без гармонлари кўрсаткичини аниқлаш;
- ректороманоскопия, колоноскопия;
- рентген ва бошқа текширув усуллари.

ҚВП ва ОП шароитида ичак касалликларига шубҳа бўлганда, беморларни қулай эндоскопик текшириш усулларида бири ректороманоскопия

ҳисобланади. Орқа чиқарув йўлидан нажаснинг кон ва шиллиқ аралаш келиши ва тўғри ичак ўсмасига шубҳа туғилганда, ректороманоскопия ўтказилади. Дивертикул, полип ва ёмон сифатли ўсмалар 60% ҳолларда орқа чиқарув йўлининг ташқи юзасидан 60 см.гача чуқурликда жойлашиши мумкин. Эндоскопик текширувда аниқланадиган муҳим белгилардан яна бири меланоз ҳисобланади. У қабзиятнинг кўп вақт давом этганлиги ва узок муддат сурги дорилар истеъмол қилинганлигини кўрсатади.

Колоноскопия йўғон ичакнинг барча қисмларини кўриш ва бир вақтнинг ўзида биопсия олиш имконини берувчи текшириш ҳисобланади.

Рентген усуллари қуйидаги ҳолатларда кўп қўлланилади:

- ирригоскопия - йўғон ичак касалликларида, масалан мегаколонда;
- ичакнинг эвакуатор фаолиятини текшириш - бемор рентгенконтраст капсулани қабул қилади, кейин бир неча маротаба қорин бўшлиғи рентгенографияси ўтказилиб, тўғри ичакда капсуланинг пайдо бўлиш вақти белгиланади;

Қуйидаги қатор бошқа текширишлар одатда махсус кўрсатмалар бўлганда, амалга оширилади:

- ректал монометрия – шиширилган баллон орқали тўғри ичак жоми тонуси ва унинг ампуласи сезувчанлик даражасини аниқлаш;
- дефекацияли проктография (дефекация бузилишларини аниқлаш);
- тўғри ичак биопсияси (Гиршпрунг касаллигида аганглиозни аниқлаш).

УАВ ўз иш фаолиятида нафақат катталар, балки ёш болаларда ҳам учрайдиган қабзиятлар муаммосига дуч келади ва у аксарият ҳолларда нотўғри овқатланиш билан боғлиқдир. Аммо шунинг эслатиб ўтиш лозимки, болаларда катталарга хос ич келиши тўрт ёшлардан кузатила бошлайди. Шу ўринда, қабзият болаларга нисбатан катталарда, улар орасида нисбатан қарияларда кўпроқ учрашини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

Бирламчи бўғинда ишлаётган врачларнинг кундалик амалиётларида яллиғланишга боғлиқ бўлмаган (функционал, алиментар, невроген, рефлектор, медикаментоз, эндокрин, сув-электрлит мувозатининг бузилиши) ва унга боғлиқ бўлган қабзиятлар кўп учрайди. Монан патогенетик даво чораларини танлаш учун қабзиятнинг сабабини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга ва қуйида уларнинг айримларига (республикамиз аҳолиси орасида кўп учрайдиганларига) қисқача тўхталиб ўтамиз.

Яллиғланишга боғлиқ бўлмаган қабзиятлар

Функционал қабзият – бу ичак фаолиятининг функционал бузилиши бўлиб, узок давом этувчи ва қийин ажралувчи, кам ва тўлиқ бўлмаган дефекация акти билан характерланади.

Унинг ташхиси қуйидагиларни ўз ичига олади:

► қабзиятнинг охириги 3 ойдан кўп муддат давомида кузатилиши;
 ► куйида келтирилган белгиларнинг 6 ойдан кам бўлмаган муддат кайд этилиши:

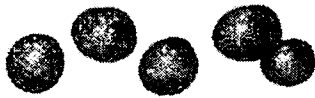



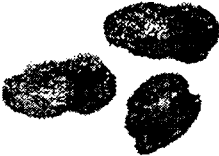
- дефекация актини 25% кучаниш ёки нажаснинг қаттиқ ва ғадир-будир бўлиши ёки тўлиқ бўшалмаслик ҳисси билан кечиши ёки уни енгиллаштириш мақсадида мануал усуллар (бармоқ билан, чанок тубини ушлаб туриш)дан фойдаланиш;


- дефекциянинг ҳафтада 3 мартадан кам бўлиши, сурги дориларсиз ич келмаслиги ва ичак таъсирланиш синдроми ташхисини куйиш учун унга хос бўлган белгиларнинг етишмаслиги.

Амалиётда нажас шакли ва консистенциясини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга ва унинг учун Бристол (1-жадвал) шкаласидан фойдаланилади. Қабзиятда нажас унда келтирилган 1-3 шаклда (алоҳида ёнғокни эслатувчи қаттиқ, колбасасимон ва юзаси ёрилган бўлакчалар) бўлади.

1-жадвал

Бристол шкаласи бўйича нажас шакли

№	Нажас шакли	Кўриниши
1	Ёнғоксимон	
2	бўлаклардан иборат колбасасимон	
3	Юзаси ёрилган колбасасимон	
4	Силлиқ юзали, юмшоқ колбасасимон ёки илонсимон	
5	Аниқ чегарали, енгил ажралувчи юмалоқ кўринишли	

6	Нотекис чегарали, юмшоқ бўткасимон	
7	Суюқ сувсимон	Суюқ нажас

Функционал қабзиятларнинг 3 тури фарқланади:

1. Оддий қабзият;
2. Ичак гипокинезиясидаги қабзият;
3. Ичак гипокинезияси кузатилмайдиган ҳоллардаги қабзият (таъсирланган ичак синдромининг қабзият билан кечиши).

Оддий қабзият аҳоли орасида кенг тарқалган бўлиб, нотўғри овқатланиш ва кам ҳаракатлик билан боғлиқдир.

Алиментар қабзият овқат таркибида клетчатка (гуруч, оқ нон, чой, какао, қахва), кальций тузлари, витаминлар кам бўлганда ва овқатланиш тартиби бузилганда кузатилади. Ҳар хил вақтда овқат истеъмол қилиниши ичак ҳаракати ритмиклиги бузилишига, гастроцекал рефлекснинг сусайишига ва нажаснинг ичакларда силжишининг секинлашишига олиб келади. Клетчаткага бой озиқ-овқатлар – қора нон, сабзавотлар, кўкатлар нажас ҳажмининг катталанишига ва ичак ҳаракатланишининг тезлашишига ёрдам беради. Қабзиятнинг бу тури овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари, овқатни чайнаш аъзоларида камчиликлари бўлган ва кам ҳаракат шахсларда кўп учрайди. Шунингдек, оддий қабзиятнинг сабаби ёмон иш шароитлари, сафарларда, меҳмонда бўлганда дефекацияга чақирув ҳиссини зўрлаб босиш ва одатий овқатларни истеъмол қилмаслик бўлиши мумкин. Дефекацияга чақирув ҳиссини доимий босиб туриш тўғри ичак ампуласининг чўзилишига, сезувчанлик пасайишига ва натижада дисхезияларга олиб келади. Ичак гипокинезияси одатда кўпроқ ёшларда кузатилади. Қабзият ёшликда бошланиб, туғруқдан, озиш учун қўлланилган парҳезлардан кейин кучаяди. Зарур текширувлардан ўтказилиб, қабзиятга олиб келувчи органик сабаблар аниқланмаса, беморга парҳезни ўзгартириш лозимлиги ва соғлом турмуш тарзи тўғрисида тавсиялар берилади.

Ичак гипокинезияси билан боғлиқ бўлмаган яъни ичак таъсирланган синдроми (ИТС)да кузатиладиган қабзият. ИТСда қабзиятни қоринда оғриқ ёки дискомфорт билан бирга келиши ҳамда уларни сўнгги уч ойнинг ҳар ойида уч кундан кўп вақт давомида кузатилиши ҳамда касаллик белгиларининг 6 ойдан узоқ давом этиши хосдир.

Унинг ташхисий мезонларига қуйидагилар киради:

- қоринда оғриқ ва дискомфорт ҳамда унинг дефекациядан кейин ўтиб кетиши;
- нажас шаклининг ўзгариши (ташқи кўриниши, консистенцияси);
- бир кеча-кундуздаги нажас келиш сонининг ўзгариши (Римдаги III келишув-2006 й.)

Юқоридагилардан ташқари, қуйидаги тасдиқловчи мезонлардан фойдаланиш ҳам мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

1. Нажас ажралош сонининг меъёрида бўлмаслиги:

- ҳафтада 3 мартадан кам ёки бир кунда 3 мартадан кўп дефекация.

2. Нажас шаклининг ўзгариши:

- ғадир-будир, қаттиқ нажас;
- бўшашган, сувли нажас;
- дефекацияда кучаниш;
- тўлиқ бўшашмаслик ҳисси, шиллик ажралоши ва қориннинг дам бўлиши.

Невроген (асаб, дискинетик) қабзият – кўп учрайдиган ҳолатлардан бири бўлиб, асаб тизими бошқарув механизмларининг бузилишлари билан боғлиқ. Физиологик ҳолатда ҳожатга чакирувларнинг сунъий сусайтирилиши (шошилганда, ҳожатхонада навбат кутганда), гигиеник кўникмалар етарли бўлмаганда, ич келишининг бир хил вақтга тўғри келмаслиги, руҳий зўриқишлар, дискинетик бузилишлар, асаб тизимининг органик ва функционал касалликларида (неврит, миелит, авж олиб борувчи фалаж, энцефалит, арахноидит, паркинсонизм, неврозлар) кузатилади. Асаб тизимининг органик касалликларида баъзан турғун колоспазмлар, оғриқлар кузатилиб, улар умумий неврозлар, руҳий бузилишлар, эмоционал кризлар, фобиялар (кўркувлар), кўзгалувчанлик, характер ўзгариши, уйқусизлик билан кечади. Одатда қабзият турғун бўлмайди. Бундай ҳолларда УАВ биринчи навбатда, қабзиятларнинг органик сабабларини инкор қилиши лозим. Уларни даволаш невроген сабабларни бартараф этишга қаратилган бўлиб, асосий касаллик муолажалари ич келишини меъёрлаштиради.

Рефлектор қабзият турли хил, кўпроқ ҳазм аъзолари ва сийдик чиқариш тизими касалликлари (ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, сурункали холецистит, аппендицит, пиелонефрит, аёллардаги кичик чанок касалликлари) да учрайди. Одатда касалликни кўзиш даврида қабзият кучаяди ва тузалиш даврида сусаяди. Асосий касалликнинг даволаш рефлектор қабзиятни бартараф этади.

Дорилар таъсирида юзага келган қабзиятни морфин, кодеин, холинolitikлар, ганглиоблокаторлар, седатив дори воситалари ва транквилизаторлар чакириши мумкин. Уларнинг қабзият чакириш хусусияти ичакнинг ҳаракатланиш фаолиятини сусайтирувчи таъсири билан боғлиқ. Ангацидлар нажаснинг қуришига олиб келади ва шунинг ҳисобига қабзият юзага келади. Махсус даволаш усулларини қўллаш шарт эмас, юқорида кўрсатилган дори воситаларини қабул қилиш тўхтатилса, ич келиши меъёрлашади.

Эндокрин қабзият гиперпаратиреоидизм, микседема, Аддисон касаллиги, гипофизар бузилишлар, жинсий ва буйрак усти безлари фаолияти сусайиши, полигландуляр эндокринопатиялар, баъзида ҚД, климакс, феохромоцитом ва диэнцефалитларда кузатилади. Ҳомиладор аёллардаги қабзият ҳам эндокрин тизим мувозанатининг бузилишига боғлиқдир. Бу ҳолларда асосий касаллик давоси ич келишини яхшилайди.

Сув-электролит мувозанатининг бузилиши натижасида юзага келган қабзият организмнинг кўп миқдорда сув йўқотиши, асцит, жигар ва буйрак етишмовчилиги, калий танқислиги, холестаза кабиларга боғлиқдир. Бундай қабзиятни даволаш бемордаги сув-электролит бузилишларини йўқотишга ва асосий касаллик давосига қаратилган бўлиши лозим.

Юкорида таъкидлаганимиздек, қарияларда қабзият ёшларга нисбатан кўпроқ учрайди ва унинг асосида қатор аъзолардаги мураккаб (асаб-рефлектор, алиментар, эндокрин ва бошқа бузилишлар) ўзгаришлар ётади. Шу билан бир қаторда, ёш улғайган сари оддий қабзият билан бирга йўғон ичак раки учрашини доимо ёдда тутиш лозим. Шунингдек,, ёши улўғларда қабзиятга сабаб Паркинсон касаллиги ҳам бўлиши мумкин.

Яллиғланишга боғлиқ бўлган қабзиятлар

Қабзиятлар ингичка ва йўғон ичакнинг яллиғланиши (сурункали энтерит ва колитлар) билан кечадиган касалликларда кузатилади. Унинг ҳар бешинчиси сурункали энтерити ва ҳар иккинчиси сурункали колити бўлган беморларда аникланади. Одатда улар қабзият билан бирга шиллик, йиринг, қон аралаш нажас, ичакларда оғриқлар ва спазмлар, елли оғриқ хуружига шикоят қиладилар. Яллиғланишга боғлиқ қабзиятлар кўп ҳолларда субфебрилитет ва қоринда оғриқлар билан кечади. Шунингдек,, умумий интоксикация билан кечадиган юқумли касалликлар ҳам (токсик диспепсия, илеотифлит, силли ва носпецифик мезаденит) қабзиятга олиб келиши мумкин. Йўғон ичак шиллик каватининг яллиғланиши билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар умумийлаштирилиб, колитлар деб аталади. Қуйида колитларнинг амалиёт учун қўллаш қулай бўлган классификациясини келтираимиз.

- Этиологияси бўйича – инфекцияга, интоксикацияга боғлиқ, паразитлар, алиментар, носпецифик ярали ва гранулематоз колит, энтероколит (Крон касаллиги), ишемик, псевдомембраноз ва аралаш колит;

- Жойлашиши бўйича - тотал (панколит), сегментар (тифлит, сигмоидит, транзверзит, проктит);

III. Морфологик ўзгаришлар бўйича - катарал, эрозив, ярали, атрофик, аралаш;

IV. Оғирлик даражасига кўра - енгил, ўрта оғир, оғир;

Кечишига қараб - қайталанувчи, монотон, узлуксиз, интермитирловчи, баъзан пайдо бўладиган;

Даври бўйича - авж олиш, ремиссия (нотўлиқ, тўлиқ) ;

Функционал ўзгаришлар бўйича:

- мотор функцияга қараб - гипермотор ва гипомотор;

- ичак дисфункцияга қараб - ачитадиган, чиритадиган ёки аралаш диспепсия устунлиги билан, диспепсиясиз;

Аллергик ёки аллергия синдромисиз.

Баъзи юқумли касалликларда (зотилжам, грипп) қабзият иситманинг

кўтарилиши, пархез, ётоқ тартибини сақлаш ва симпатик нервларга таъсирлар билан боғлиқ бўлади. Бемордаги қабзият сабаби яллиғланиш жараёни билан боғлиқлиги исбот қилинса, унинг кўзғатувчиси инобатга олинган ҳолда, антибактериал дорилар билан даволаш тавсия этилади. Бошқа чоралар яллиғланишга боғлиқ бўлмаган касалликлардаги қабзиятдагидек ўтказилади.

Проктоген қабзият - аноректал соҳа касалликларида (проктит, парапроктит, сфинктерит, бавосил, орқа чиқарув йўли ёрилишлари, аднексит) учрайди. У тўғри ичак касалликлари ва анус жоми рефлектор торайиши билан боғлиқ. Бемор шикоятлари дефекация актининг бузилиши, анусда оғрик, ёрилишлардан қон кетиш, бавосил тугунлари ва тўғри ичак шиллик каватининг тушиб қолиши ҳисобланиб, улар натижасида қабзият келиб чиқади. Бундай ҳолларда нажас ичакнинг ректо-сигмоидал қисмида тўхтаб қолади. Даволаш аноректал соҳанинг асосий касалликларини бартараф этишга ва дефекация актини тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Токсик қабзият баъзи касбий касалликларда (қўрғошин, симоб, таллийдан заҳарланишда) чекувчиларнинг никотиндан заҳарланишида, ични қотирадиган озик-овқатларни (чой, какао, қаҳва ва бошқалар) кўп истеъмол қилишга боғлиқ. Даво дезинтоксикация терапиясини ўтказишга ва ични қотирадиган озик-овқатларни истеъмол қилишни камайтиришга қаратилиши зарур. Қабзиятга шикоят қилувчи беморларда доимо ичак аномалияси ҳисобланган Гиршпрунг касаллигини инкор қилиш кераклигини эса тутмоқ лозим.

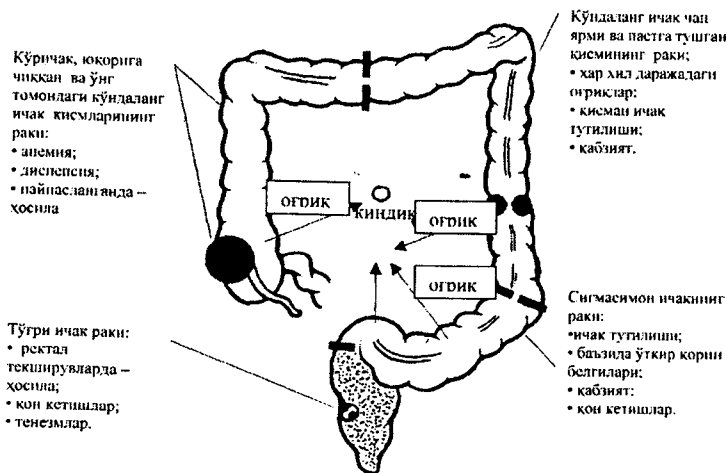
Гиршпрунг касаллиги - бу йўғон ичак аганглиози билан кечадиган туғма хасталиқдир. У ўғил болаларда қизларга қараганда 8 марта кўпроқ учрайди. Беморлар қорин дам бўлиши, қабзиятнинг ҳаётининг дастлабки кунлариданоқ пайдо бўлиши, иштаҳа йўқолиши ва қайт қилиш каби шикоятлар билдирадilar. Ректал текширувларда тўғри ичак ампуласи меъёрида ёки торайган бўлади, ирригоскопияда эса кўндаланг ичак кенгайганлиги ва тўғри ичак торайганлиги кузатилади. Тўғри ичак биопсиясида аганглиоз аниқланади.

Орттирилган қабзиятнинг сабабларидан бири мегаколоннинг асосий омили бўлиб сурги дори воситаларини узоқ муддат қабул қилиб юргандан сўнг тўхтатиб қўйиш, гипотиреоз, тизимли склеродермия ҳисобланади. Касаллик клиникасида қориннинг кучли дам бўлиши, ректал текширувларда тўғри ичак ампуласининг кенгайиши ва орқа чиқарув йўли жоми тонусининг пасайиши кузатилади. Ирригографияда йўғон ичакнинг кенгайганлиги ва унинг нажасга тўлганлиги аниқланади. Даволаш: аввал колостома қўйилади, кейинчалик эса ичакнинг ганглиялари бўлмаган қисмлари резекция қилиниб, параллел равишда асосий касаллик ҳам даволанади.

Қабзиятда нажаснинг вақти-вақти билан тўқ қизил рангли қон билан келиши *йўғон ичак ракига* шубҳа туғдириши лозим. Йўғон ичак раки қабзият сабаби сифатида - ошқозон-ичак тизимининг энг кенг тарқалган ёмон сифатли ўсмаси ҳисобланади. У ўлимга олиб келиши бўйича барча

Ўсмалар ичида иккинчи ўринни эгаллайди. Кўпроқ 50 ёшдан ошган эркакларда учрайди ва кеч аниқланиши сабабли ўлим 60% ни ташкил қилади. 70% ҳолларда ўсма тўғри ичакда жойлашади. Носпецифик ярали колит ва туғма оилавий йўғон ичак полипозининг ракини келтириб чиқарувчи хавфли омиллар ҳисобланади.

Йўғон ичакнинг нажасни ўтказиш фаолиятининг бузилиши механик қаршилиқлар ҳисобига бўлиши мумкин. Шартли равишда ушбу тўсиқлар органик ва функционал гуруҳларга ажратилади. Органик қаршилиқларга ичак деворларидаги ўсма, чандикли торайиш, унинг тонусининг кескин ошиб кетиши, бўшлиғининг капролитлар (нажас тошлари) билан тўсилиб қолиши ҳисобланади. Нажас ўтишининг қийинлашишига баъзида асцит, катталашган бачадон, қорин бўшлиғидаги бошқа аъзолар ўсмаси ҳисобига ичакнинг эзилиши сабаб бўлади. Функционал колоностазлар сабаби рефлектор механизмларнинг бузилиши, бевосита ичаклар билан боғлиқ бўлган оғриқлар бўлиши мумкин. Йўғон ичак ўсмасида унинг ўсиш тезлигига боғлиқ равишда нажас ҳаракати секин ёки тез силжиши кузатилади. Торайган соҳадан олдин ичак кенгайиши кузатилиб, унинг деворлари айланма мушак қавати гипертрофияси ҳисобига қалинлашади. Касаллик клиникаси унинг жойлашишига, тарқалишига ва ичакнинг кўндаланг диаметрига боғлиқ. Клиник манзарасида нажаснинг қон ва шиллиқ аралаш келиши, қабзият ва ич кетишларнинг алмашиб туриши, ичакларни тўлиқ бўшата олмаслик, қоринда нохуш ҳисларнинг кучли тўлғоқсимон оғриқлар билан бирга келиши, орқа чиқарув йўли соҳасида нохуш сезги, кучайиб боровчи анемия хосдир. Ўсмада унинг жойлашишига боғлиқ ҳолда учрайдиган белгилар 5-расмда келтирилган.



5- расм. Йўғон ичак ракининг турли жойлашишларида кузатиладиган белгилар

Йўғон ичак ракиннинг асосий давоси – жарррохлик усулидир.

Қабзиятни даволаш ичакнинг мунтазам бўшалишига ва нажас консистенциясини меъёрлаштиришга эришишдан иборатдир. Агар қабзият бирор касаллик белгиси бўлса, даволаш у билан параллел равишда амалга оширилади ва дорилар ҳамда дориларсиз ўтказиладиган муолажалардан иборат бўлади.

Қабзиятни дориларсиз даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- мунтазам спорт билан шуғулланиш ва пиёда юриш;
- дефекацияга чақирув ҳисларини босиб турмаслик ва ҳар куни ичакларни бўшатишга ҳаракат қилиш;
- сурги дориларни доимий қабул қилишдан воз кечиш;
- агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, овқат рациониди ичак бўшашини тезлаштирувчи маҳсулотлар (ўсимлик клетчаткаларига бой сабзи, кабачка, ковок, ноннинг буғдой қипиқлари қўшиб тайёрланган турлари, гречка, буғдой, перловкадан тайёрланган бўтқалар) ни кўпайтириш;
- мева ва сабзавот (анжир, олхўри, туршак, банан, олма) шарбатлари;
- сут ва қатик маҳсулотлари;
- қабул қилинадиган суюқлик миқдори бир кунда 1,5 литрдан кам бўлмаслиги;
- олий нав ундан тайёрланган нон, хамир маҳсулотлари, ёғли гўшт, дудланган консерва маҳсулотларини истеъмол қилмаслик;
- аччиқ ва нордон овқатлар, шоколад, пишлок (брынза) қаҳва ва чой, гуруч ва крупадан тайёрланган бўтқа, вермешель, картошка қабул қилишни чегаралаш;
- ошқозон-ичак тизимида газ ҳосил (дуккаклилар, карам, узум шарбати) қилувчи маҳсулотларни тавсия қилмаслик;
- овқатдан эфир мойларига бой маҳсулотлар, турп, шолғом, пиёз, саримсоқ пиёз, шолғомчаларни истисно қилиш;
- ичак ҳаракатини кучайтириш мақсадида буғдой қипиқларидан (бошлангич даврда кунда 3 қошиқ, кейинроқ 3-6 қошиқгача овқатга аралаштириб ёки 3 қошиқ эрталаб 1 стакан сувда эритиб оч қоринга ичиш ва чақирик бор-йўқлигидан қатъи назар ҳожатга бориш) фойдаланилади;
- жисмоний машқлар (юриш, сузиш, чанок тубини ва қорин прессиини мустаҳкамловчи машқлар ва уларнинг ҳар бирини 30 мартагача ошириб бориш);
- эрталаб тургандан сўнг (чақирик бор йўқлигидан қатъи назар) ҳар куни бир вақтда ҳожатга бориш.

Дорилар билан даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади ва йўғон ичак моторикаси бузилишини ҳисобга олиб ўтказилади. Гипомотор дискинезияда **прокинетиқлар** (тегасерод, прукалопрд, мосапрд, суматриптан, метоклопрамид, домперидон), спастик дискинезияларда **миотроп таъсирли спазмолитиқлар** (но-шпа, платифиллин, спазмалгон, мебеверин гидрохлорид-дюспаталин) буюрилади. Шунингдек, айрим ҳолларда сурги

воситалардан ҳам фойдаланилади. Улардан антрагликозид тутувчи ўсимлик препаратлари (ревоч, крушина, сано барги) асосан сурункали қабзият безовта қилувчи беморларга тавсия этилади ва таъсири 8 -12 соатдан кейин бошланиб, кунда бир марта тунда ичишга буюрилади. Уларнинг асосий таъсир қиладиган жойи – йўғон ичак бўлиб, силлик мушакларни бевосита қўзғатади. Йўғон ичак секрецияси ошиши оқибатида унинг бўшлиғи тортилиб, рецепторларга таъсир натижасида қисқариш кучаяди. Ушбу гуруҳдан асосан сenna препаратлари (сенаде, сенадексин, пурсенид) ва таркибида сена тутувчи аралаш дори (агиолакс, регулакс, калифиг) лар буюрилади. Аммо ичак меланози келтириб чиқариш эҳтимоли борлиги сабабли уларни узоқ вақт қўллаш мумкин эмас.

Ичак фаолиятини қўзғатувчи препаратларга дифенилметан деривантлари- фенолфталин ва изафенин кириб, улар йўғон ичак ҳаракатини оширади. Ушбу гуруҳга кирувчи синтетик дори бисакодил организмга тушиш йўлидан қатъи назар (ректал, орал), йўғон ичак деворидаги рецепторлар сезгисини кучайтиради. Унинг таъсири натижасида ичакда шиллик ажралиш ва қисқариш ошади. Оғиз орқали қабул қилинганда, таъсири бир неча соатдан, ректал юборилганда эса бир соатдан кейин бошланади. Худди шундай таъсирга гуталакс ҳам эга.

Шунингдек,, қабзиятни даволашда қўлланиладиган **гидрофил коллоидлар** (денгиз карами, агар-агар, кипиқлар, лактулоза-дюфалак, макроголлар-форлак), ошқозон-ичак тизимига тушгандан кейин кучли шишади ва ҳажми ошади. Бунинг натижасида ичак шиллик қаватидаги рецепторлар қўзғалиб, қисқариш кучаяди. Таъсири одатда 8-10 соатдан кейин бошланади. Улар орасида лактулоза (дюфалак) алоҳида ўрин тутади. У синтетик дисахарид бўлиб, қабул қилингандан кейин ингичка ичак дисахаридазасини бузмайди, сўрилмайди ва осмотик сурги сифатида таъсир кўрсатади. Ичак рН ни камайтириб, микроорганизмлар томонидан аммонийлар ишлаб чиқарилишини ва ионизацияланмаган аммонийлар диффузиясини сусайтиради. Шунинг учун лактулоза фақатгина қабзиятда эмас, балки жигар энцефалопатиясида ҳам қўлланилади. Уни қабул қилганда баъзан беморларда метеоризм ва қоринда дисконфорт кузатилади ва бундай ҳолларда дори дозасини камайтириш керак.

Қабзиятни даволашда қўлланиладиган тузли **сурги препаратлари** (натрий сульфат, магний сульфат, карловар ва маршан тузи) ичилганда умуман сўрилмайди, юқори осмотик босим ҳосил қилади, ичакларда сув резорбциясини камайтиради ва уларни таранглаштириб, перистальтикасини кучайтиради оқибатда дефекация тезлашади.

Таркибида кўплаб **овқат толаларини сақловчи** воситалар бугунги кунда қабзиятни даволашда ишлатиладиган замонавий дори гуруҳларидан бири ҳисобланади. Ушбу гуруҳга псилиум ва мукофальк кириди.

Нажасни юмшатувчи дори воситалари (вазелин, гуталакс пиколакс фенхел ва бодом мойи) ичакда сўрилмайди, унинг сақламалари ҳаракатланишини ва эвакуациясини тезлаштиради.

Шунингдек,, ичак диспепсияси комплекс терапиясида **фермент препаратларидан** (мезим форте, креон, панзинорм, фестал, дигестал панкреатин) фойдаланилади. Улар таблеткаларда овқат вақтида ёки ундан кейин дарҳол ичилади. Даволаш курси 4-6 ҳафтадан 2 -3 ойгача.

Барча қабзият турларини даволашда **ичак биоценозини тикловчи воситалар** (колибактерин, бификол, бифидобактерин, лактобактерин, хелак форте) қўлланилади.

Функционал аноректал обструкция билан кечган қабзиятда **глицеринли шамчалар** яхши самара беради. Тўғри ичак шиллиқ қавати сезувчанлиги пасайганда, карбонат ангидрид газини камайтирувчи шамчалардан фойдаланилади.

Қабзиятни самарали даволаш учун шифокор ва бемор орасида ўзаро ишонч муносабати ўрнатилиши муҳим аҳамиятга эга эканлигини УАВ доимо ёдда тутиши лозим.

Ич кетиш

Рouxнинг классик ибораси бўйича, диарея (ич кетиш) деб, одатдагига нисбатан унинг суюқроқ ва тез-тез келиши билан ифодаланадиган клиник ҳолатга айтилади. Диарея ичак касалликлари, шунингдек, бошқа аъзоларнинг зарарланиши туфайли унинг ҳаракати ва секретор фаолияти бузилган ҳолларда юзага келади. Ич кетишнинг қуйидаги асосий патогенетик механизмлари фарқланади: ичакдаги осмотик жараённинг бузилиши; ичак секретациясининг кучайиши; ичакда хужайра мембранаси орқали ионлар ўтиш фаоллигининг тормозланиши; ичак эпителиялари ўтказувчанлигининг ортиши; ичак ҳаракат фаолиятининг бузилиши. Аксарият ҳолларда ич кетиш, юқоридаги омилларнинг биргаликда таъсир этиши туфайли содир бўлади. Беморларда ич келишининг тезлашганлиги ёки суюқлигига бўлган шикоятлар кўпинча ингичка ёки йўғон ичакнинг зарарланиши билан боғлиқ бўлади. Клиник намоён бўлиши ва зарарланиш даражасига қараб энтерал (ингичка ичак) ва колитик (йўғон ичак) ич кетишлар фарқланади. Уларни бир-биридан ажратиш учун ич келишининг такрорланиш тезлиги, оралиқ даври, нажаснинг туси, ич келишга чақириқ вақти, диарея бошлангандаги беморнинг ёши, ич кетиши давридаги беморнинг иш қобиияти ва тана вазнига таъсири, илгари ўтказилган касалликлар ва жарроҳлик амалиётлари, йўлдош касалликлар каби омилларни аниқлаш лозим.

Энтерал ич кетишда чақириқ кўп бўлмаса ҳам (кунда 4-6 марта), нажас микдори кўп бўлади ва унда ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари яққол кўрилади. Беморда кўпроқ киндик атрофиди, турғун қорин оғриғи ҳамда стеаторея (нажасда ёғнинг микдори 10% дан ортик бўлиши) кузатилади.

Колитик ич кетиш, ичининг тез-тез (бир кунда 10-15 ва ундан ортик марта) келиши, нажаснинг оз-оз ажралиши ва кўпинча унда шиллиқ ва қон аралашмасининг бўлиши билан характерланади. Кучаниш мавжудлиги

колитга хос белги бўлиб, аксарият ҳолларда патологик жараёнга тўғри ичак ҳам қўшилади.

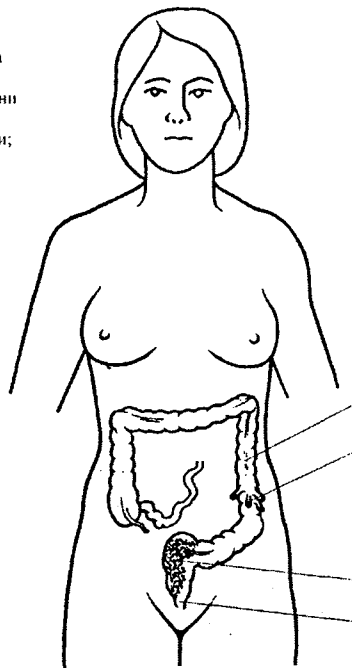
Катта ёшдаги соғлом кишиларда бир кеча-кундузда ажраладиган нажас овқатдаги клетчатка, суюқлик миқдори ва ҳазм бўлмаган моддаларга боғлиқ бўлиб, ўртача 100-300 граммни ташкил этади. Ич кетишнинг давомийлигига қараб, унинг ўткир (2-3 ҳафта) ва сурункали ёки қайталанувчи (2-3 ҳафтадан ортиқ) турлари фаркланади. Сурункали диарея деганда, бир кеча-кундузда мунтазам 300 граммдан ортиқ нажас ажралиши тушунилади. Диарея - нажасдаги суюқлик миқдори 60% дан ошганда кузатилади ва келиб чиқиш сабабларига кўра қуйидаги турларга бўлинади.

- **яллиғланишга боғлиқ бўлмаган** (функционал, таъсирланган ичак синдроми, муковисцидоз, целиакия);
- **яллиғланишга боғлиқ бўлган** (ўткир юқумли касалликлар, сурункали энтерит ва колит, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги);
- **бошқа сабаблар туфайли** (ичак дивертикулези, мезентериал кон айланишининг сурункали бузилиши, дисбактериоз).

Ич кетишига олиб келувчи айрим ҳолатлар 6-расмда келтирилган.

Умумий сабаблар:

- овқатланишнинг ўзига ҳослиги;
- антимикроб воситаларни қабул қилиш;
- сурғи воситалар қабули;
- таъсирланган ичак синдроми;
- лактаза танқислиги



Ичак

касалликлари:

- сурункали инфекциялар, масалан лямблиоз;
- йуғон ичак раки;
- дивертикулит;
- ичакнинг яллиғланиш касалликлари;
- носпецифик ярали колит;
- Крон касаллиги

6-расм. Сурункали диареянинг асосий сабаблари

УАВ бирламчи кўрик вақтида диареяга олиб келадиган сабаблар ва унинг клиник кўринишларини яхши билиши лозим ва қуйида уларни келтирамиз:

▶ диарея баъзан жуда тез ўтиб кетади ва бемор аксарият ҳолларда врачга мурожаат қилмайди ҳамда унинг сабаби ичак инфекциялари ҳисобланади;

▶ ошқозон-ичак тизими юқори қисмлари касалликларида нажас кўп миқдорда, оч-сарик ёки яшил рангда, ёғли, ялтироқ, пастки қисмлари касалликларида кам миқдорда, жигарранг, кўпинча қон ва шиллиқ аралаш, консистенцияси ҳар хил бўлади;

▶ ўткир гастроэнтерит ташхиси бошқа сабаблар инкор этилгандан сўнг қўйилади;

▶ сурункали диарея сабаблари – протозойлар, вируслар бактериал инфекциялар, масалан шигелёзлар, салмонелёзлар шартли патоген микроблар бўлиши мумкин;

▶ антимикроб ва бошқа дори воситаларнинг кўпчилиги ичакнинг мсьёрий микрофлорасини ўзгартиради;

▶ йўғон ичак касалликларида бемор тез-тез ич келиши ва кучли қакирувлар ҳиссини сезади, аммо нажас одатда кам миқдорда ажралади.

Юқоридагилардан ташқари, диарея сабабларини аниқлашнинг муҳим омили бемор шикоятлари ва касаллик белгиларини тўғри таҳлил қилишдир.

Бемор сўраб-суриштирилганда, қуйидагиларни инобатга олиш керак: киндик соҳасидаги оғриқлар ингичка ичак, гипогастриядаги оғриқ эса йўғон ичак касалликларига хосдир. Юқорида қайд этилганидек, нажас хусусияти ҳам аҳамиятга эга бўлиб, унинг кам миқдордалиги яллиғланиш касалликларида ва йўғон ичак ракида, кўп миқдордалиги эса ингичка ичак касалликларида, узок муддат сурги дориларни қабул қилиш натижасида ва сўрилишнинг бузилиш синдромида кузатилади. Агар ич келиши кечалари кузатилса, ичакнинг органик касалликларини инкор этиш зарур. Нажас билан бирга кўп миқдордаги тўқ рангли қон чиқиши дивертикулит ва йўғон ичак ракига хос. Шунингдек,, қон ва шиллиқ аралаш нажас ичак яллиғланиш касалликларида ҳам кузатилишини унутмаслик лозим.

Стеатореяда нажас оч рангда, сассиқ ҳидли, ёғли ялтироқ, унитаздан қийин ювилади ва ёғли овқатлар истеъмол қилинганда кучаяди. Суюк, гомоген нажас ингичка ичак касалликларида, кичкина юмалок нажас - йўғон ичак, сувли, сассиқ ҳидли, кўпиксимон – лямблиозда, суюк ёки юмшоқ шиллиқ баъзида қон аралаш – амебиазда, кўп миқдорда, оч рангли, сассиқ ҳидли - сўрилишни бузилиш синдромида, лента ёки шарсимон нажас таъсирланган ичак синдромида кузатилади.

Беморни текширишлар ҳажми ич келиш тезлиги ва ёндош белгиларнинг қайси даражада ифодаланганлиги билан боғлиқ. Тўлиқ физикал текширувлар қайт қилиш билан бирга, кучли ич кетишлар кузатилганда ўтказилиши зарур. Бу ҳолатларда сув-электролит бузилишларини ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Сўрилишнинг бузилиш синдромида мушаклар қувватсизлиги (гипокалиемия ва гипомагниемия белгилари), талваса (гипокальциемия белгилари), геморрагик тошмалар (авитаминоз белгилари) кузатилади. Барча ҳолларда диққат билан тери кўрилади, қорин пайпасланади, ректал текширувлар ўтказилади. Диареяга шикоятлар бўлганда, албатта нажас таҳлили ва унда стеаторея, қон ва шиллиқ аралашмаси борлиги аниқланади. Беморда ич кетишга шикоятлар бўлганда, объектив текширишнинг эҳтимолли натижалари 7-расмда келтирилган.

Ич кетиши аниқланган беморларда қуйидаги лаборатор ва асбобий текширувлар ўтказилиши лозим:

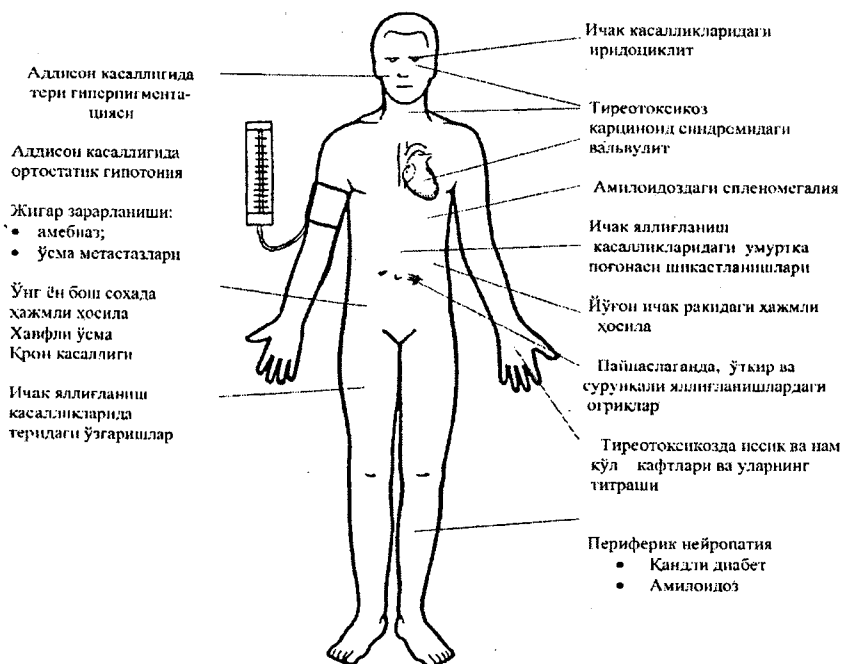
- ✦ нажасни текшириш - микроскопия, экиб кўриш;
 - ✦ қонни текшириш - умумий таҳлили, темир, витамин В₁₂, электролитлар, қалқонсимон без гармонлари, эритроцитлардаги фолий кислотаси миқдори, ЭЧТ, одам иммунодефицити вирусига антианачаларни аниқлаш;
 - ✦ амбиазга шубҳа бўлганда, билвосита гемагглютинация реакциясини ўтказиш;
 - ✦ ичакларда сўрилишни текшириш;
 - ✦ эндоскопик текширувлар - ректороманоскопия, колоноскопия биопсия билан;
 - ✦ рентген текширувлар - тўғри проекцияда қорин бўшлиғи рентгенографияси, контрастли ирригоскопия, ингичка ичакда барий пассажи.
- Шу ўринда юқорида қайд этилган текширишларнинг айримлари фақат аниқ кўрсатмаларга асосан мутахассис врач маслаҳати билан ўтказилиши лозимлигини алоҳида эслатиб ўтмоқчимиз.
- Қуйида УАВ фаолиятида учрайдиган ва диарея билан кечадиган касалликларга қисқача тўхталамиз.

Яллиғланишга боғлиқ бўлмаган диареялар

Сурупкали диарея. УАВунинг қуйидаги энг кўп учрайдиган сабабларини яхши билиши лозим:

- таъсирланган ичак синдроми, алкоголь, лактоза, сорбитол, сурги воситалар ва антибиотикларни суиистеъмол қилиш. Шу билан бирга ич кетишлар кузатиладиган ва тез ташхис қўйилиши талаб қилинадиган қатор касалликларни доимо назардан қочирмаслик;

- целиакия ва муковисцидоз, шунингдек, ичак инвагинациясида ҳам ич кетишлар кузатилиши мумкин. Охиргисида нажас «смородина» қиёмига ўхшаш бўлади. Ўткир аппендицитда ич кетиш ва бир маротаба қайт қилиш унинг кичик чанокда жойлашган ҳолатларида кузатилади. Ич кетишларнинг сабаби Крон касаллиги, носпецифик ярали ва псевдомембраноз колит ҳам бўлади;



7-расм. Ич кетишига шикоят қилган беморларни объектив текширишда аниқланиши эҳтимоли бўлган касалликлар

- Узоқ муддат давом этган ич кетишларда йўғон ичак раки ва иммун танқислик вируси мавжудлигига гумон қилиш лозим. Ушбу патологик ҳолатларга шубҳа туғилса, табиийки касалликни аниқлаш учун ташхисий изланишларга тегишли мутахассисларни (инфекционист, жарроҳ ва бошқаларни) жалб қилиш зарур.

Органик ва функционал диареяларни фарқлашда қуйидаги мезонлар аҳамиятга эга:

- Шикоятларнинг камида 24 ой давомида бўлиши;
- турғун диарея;
- кечкурунги диарея;
- тўсатдан диареянинг бошланиши;
- тана вазнининг 5 ва ундан кўп кг.га камайиши;
- ЭЧТ ошиши;
- гемоглобиннинг пасайиши;
- альбуминларнинг камайиши;
- сийдикда сурги дорилар синамаси мусбат бўлиши;
- нажас 4 кун давомида йиғилганда, ўртacha оғирлиги 225 гр. ёки ундан кўп бўлиши;

- дуоденал суюқликда патологик ўзгаришлар;
- ректосигмоскопияда ўзгаришлар аниқланиши;

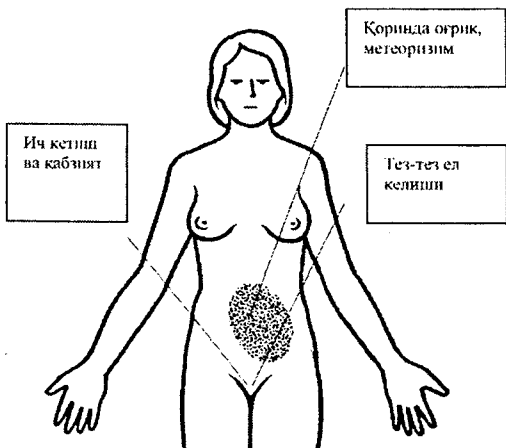
Агар шу юқоридагилардан 3 ва ундан ортиғи беморда аниқланса, диарея сабаби органик ўзгаришлар ҳисобланади.

Таъсирланган ичак синдроми функционал касаллик бўлиб, кўпроқ 20-40 ёшдаги аёлларда учрайди.

Клиник кўриниши: беморлар киндикнинг ўнг ёки чап ёнидаги тўлғоқсимон оғриқларга шикоят қиладилар. Оғриқлар ел келгандан кейин бир оз камаяди. Ич кетиши кабзият билан алмашиб туради ва диарея кўп ҳолларда овқат истеъмол қилгандан кейин кузатилади. Кабзиятда нажас кичик шар (қумалок) ёки лента шаклида бўлиб, беморларни қорин дам бўлиши ва қулдираш безовта қилади (8-расм).

Таъсирланган ичак синдроми ташхиси ич кетиш ва кабзиятларни органик сабаблари аниқланмаган ҳолларда қўйилади.

Даволаш: парҳез - касал-ликнинг авж олишига олиб келадиган озиқ - овқатлар, алкоголь, чекишдан воз кечиш ва анальгетиклар, сурғи дори воситаларини қабул қилмаслик тавсия қилинади.



8-расм. Таъсирланган ичак синдромининг клиник манзараси

Муковисцидоз кўп учрайдиган наслий касаллик ҳисобланиб, биринчи белгилари бола туғилиши билан пайдо бўлади. Нафас йўллари инфекциялари, жисмоний ривожланиш ва сўрилишнинг бузилиш синдроми кузатилади. Ташхис қўйиш учун нажасда трипсин фаоллиги аниқланади. Даволаш учун ошқозон ости беzi шираси таркибий қисмлари тавсия қилинади ва нафас йўллари инфекцияларининг олдини олиш лозим бўлади.

Целиаксия (глютен энтеропатия) ёш болаларда ва катталарда учрайди, лекин ташхис болаликда қўйилади. Уни аниқлашда нажас билан ёғлар

ажралишининг ошиши, тана вазнининг камайиши, темир ва фолат кислотаси етишмовчилиги камқонлиги аниқланиши, ингичка ичак биоптати гистологик текширилганда, ички қават тўқималарида кучли ўзгаришлар ва безли эпителий атрофияси асос бўлади. Шунингдек, беморларда В12 етишмовчилиги камқонлиги, остеопороз, коагулопатия, афтоз стоматит, бепуштлик кузатилиши мумкин.

Даволаш:

- таомдан глютен сақлаган озиқ-овқатлар, хамиртурушли нон, қотган нон, макарон ва ун маҳсулотлари, пиво, балик, шўрвалар истисно қилинади;
- таркибида кўп миқдорда оқсил, углевод, клечатка, кам миқдорда ёғ моддалари бўлган озиқ-овқатлар тавсия этилади;
- авитаминоз ҳолати даволанилади.

Сўрилиш фаолияти бузилиш синдромининг сабаблари бўлиб, целиакция, спру, лактоза етишмовчилиги, Крон касаллиги, протозой инфекция, лямблиоз ҳисобланади. Бундан ташқари ошқозон-ичак тизимида ўтказилган жарроҳлик амалиёти натижасида, тизимли склеродермия, ошқозон ости беги касалликларидан учраши мумкин.

Қуйидагилар сўрилиш бузилиши синдромига хос белгилар ҳисобланади: кўп миқдорда, оч рангли, кўпиксимон, ёғли, ялтироқ нажас ва унинг унитаздан кийин ювилиши; озиб кетиш, болаларнинг жисмоний ривожланишдан орқада қолиши; 3 кеча-кундузда тўпланган нажас таркибида кўп миқдорда ёғлар бўлиши; А, D, E, K авитаминозлар; тилдаги огриклар (глоссит).

Сўрилишни бузилиши синдромига шубҳа бўлганда, умумий қон таҳлили, ошқозон-ичак тизими рентгеноконтраст текширувлари, ингичка ичак биопсияси ўтказилади ва ёғлар экскрецияси аниқланади.

Яллиғланишга боғлиқ бўлган диареялар (энтеритлар)

Инфекцияга боғлиқ ўткир диарея. УАВ ўткир диареянинг қуйидаги энг кўп учрайдиган сабабларини яхши билиши лозим:

- инфекцияга боғлиқ ўткир гастроэнтерит (бактериялар, сальмонеллалар, стафилококклар, ичак таёқчалари, бактерия токсинлари, вируслар ва бошқа инфекциялар);
- овқатлардан захарланиш ва уларни меъёридан ортик истеъмол қилиш;
- ўткир энтерит, айниқса, узоқ сафарлардан қайтганларда кузатилиб, айрим ҳолларда сурункалига айланади (бу вазиятларда лямблиозга, амебиазга, йерсиниозга, корин тифи ва паратифга шубҳа қилиш лозим);

Инфекцияга боғлиқ диареялар кўп учрайдиган касалликлардан бўлиб, юқори нафас йўллари ўткир яллиғланиш хасталикларидан кейин иккинчи ўринда туради. Юқумли диареяларнинг чакирувчилари ҳар хил бўлиб, ўзига хос клиник манзара, ташхисий ва даволаш усулларига эга. Муаммонинг ўзига хослиги шундаки, уларни аниқлаш ва ўз вақтида даволашни ташкил

килиш кўп ҳолларда юқумли касалликлар шифокорига эмас, балки УАВга боғлиқдир. Жумладан, уларга тиф-паратифлардаги диареялар кириб, касаллик бошланишининг 2-3-ҳафтасида кузатилади ва клиник-эпидемиологик ҳамда лаборатор маълумотларга асосланиб аниқланади.

Қорин тифи кўтарилиб борувчи иситмалаш, интоксикация билан бошланиб, бемор юз қиёфасида бефарқлик кузатилади, брадикардия, ўзига хос тил, жигар ва талок катталашиси ҳамда лейкопения касалликка хос белгилар ҳисобланади. Бактериологик ва серологик текширувлар ёрдамида ташхис тасдиқланади. Касаллик кўпинча аста-секин бошланиб, биринчи кунлари беморнинг дармони куриб, бадани увишади, боши оғрийди, иштахаси бўғилади ва шу аҳволда бир неча кун одатий фаолиятини давом эттириши мумкин. Кейинроқ дармонсизлик кундан-кунга зўрайиб боради. Ҳарорат кўтарилиб, уни акс эттирадиган эгри чизик зинапояга ўхшаб аста-секин юқорилаб ва ҳар кун олдинги кунга нисбатан ортиб, 5-7-кунларда 39-40 °Сга етади. Ҳарорат кўтарилиши билан бир каторда, интоксикация белгилари кучаяди. Ҳафтанинг охирига бориб беморларни кучли бош оғриғи, иштаханинг бутунлай йўқолиши ва уйқу бузилиши безовта қилади. Бундай пайтда бемор саволларга истар-истамас жавоб беради, юзи синикқан ва баъзан озгина салқиган, бадани иссик, оқарган ва курук бўлади. Томир уришида нисбий брадикардия, артерал қон босими пасайган, ўпкасида тарқок курук хириллашлар эшитилади. Тил қалинлашиб, ён томонларида тиш излари тушиб қолади, ўрта ва орқа қисми оқ-жигар ранг караш билан қопланади, учи ва ёнлари қизғиш бўлади. Ҳалқум қизаради, баъзан муртак безлари (Дюге ангинаси) шишади. Беморнинг қорни дам (метеоризм), илеоцекал соҳада перкуссия овози бўғиқ (Палга белгиси) чиқади. Беморнинг қони текширилганда, касалликнинг 4-5-кунларидан бошлаб лейкопения, нейтропения унинг формуласининг чапга силжигани, анэозинофилия, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения, гипокальцемия, фибриногенимия аниқланади, лекин ЭЧТ меъёра бўлади. Сийдикда кўпинча протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия аниқланади. Қорин тифига шубҳа қилинганда, бемордан экиш учун дарҳол қон олиш керак. Касалликнинг 8-10-кунларида кўпчилик беморлар баданида розеолёз тошмалар пайдо бўлади. Бу доғлар сони аксарият ҳолларда 3-5-20 дан ошмайди ва асосан қорин соҳасида жойлашади. Улар бел, оёқ қўл териларида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бармоқ билан босиб кўрилганда, доғларнинг ранги ўчади ва бармоқ олингандан кейин яна пайдо бўлади.

Тифнинг бошланиш даврида айрим ҳолларда қисқа муддатли диарея, диспепсия, метеоризм, баъзан қабзият характерли ҳисобланади ва буни УАВ эсда тутиши лозим. Қорин тифига ташхис қўйилганда ёки шубҳа қилинганда, беморлар махсус бўлимга ётқизилишлари шарт. Уларга қатъи ётоқ ҳолати ва парҳез (4^а) белгиланади ва антибактериал дорилар билан даволаш буюрилади. Антибиотиклардан левомецетин 2 гр, 0,5 дан 4 маҳал ёки тетрациклин, ампициллин ва бошқа атиботикларни қўллаш мумкин;

корин тифи ва паратифда: ципрофлоксацин 500 мг кунда 2 марта, 12 кун давомида ёки бемор уни қабул қила олмаган ҳолларда - хлорамфеникол 500-750 мг кунда 4 марта, 14 кун давомида ёки бисептол 240-960 мг кунда 2 марта 14 кун давомида, касалликнинг оғир кечишида кўрсатилган дори воситалари 4-5 кун давомида томир ичига юборилади. Шунингдек, дезинтоксикация ва симптоматик терапия белгиланади. Антибиотиклар билан даволаш ҳарорат меъёрига келгандан сўнг 8-9-кунларгача давом эттирилади ва унинг 10-кунларидан ўтиришга, 11-кунидан секин-аста юришга рухсат берилади.

Реконвалесцентлар диспансер назоратига олинадилар ва мунтазам равишда УАВ назоратида бўладилар.

Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) турли микроорганизмлар кўзгатадиган, кенг тарқалган ва ич кетиши, интоксикация, баъзан чанқаш синдроми билан намоён бўладиган касалликлардир. Улар аҳоли орасида кенг тарқалган хасталиклардан бири бўлиб, диареянинг клиник кўриниши кўпинча ўткир гастроэнтеритга ўхшайди ва ўткир бошланиб 10 кунгача давом этади.

ЎИИ нинг сабаби бактериялар-ичак таёқчалари, сальмонеллалар, шигеллалар, эшерихозлар, клебсиелла, иерсина, стафилококклар, стрептококклар, компиобактериялар; вируслар-ротавируслар ва аденовируслар; протозойлар - лямблиялар, энтаамёбалар, криптоспориялар бўлиши мумкин. Инфекция одатда фекал орал йўл билан юқади ва тарқалади. Одам организмига овқат билан бирга микроблар ва уларнинг токсини киради. Юзага келадиган касалликлар овқат-токсик инфекциялари деб аталади ва ёз-куз мавсумида кўп учрайди. Чунки ушбу фаслларда инфекция юқиши ва тарқалиши учун қулай шароит бўлиб, хусусан пашша жуда муҳим рол ўйнайди. Клиникасида умумий интоксикация белгилари – эт увишиши, калтираш, иситмалаш, дармонсизлик, баданнинг қакшаб оғриши, бош оғриғи ва иштаҳанинг бўғилиши кузатилади. Меъда-ичакнинг зарарланиш синдроми гастрит, энтерит, колит, энтероколит, гастроэнтероколит синдроми билан намоён бўлади. Гастритда беморнинг кўнгли айниб қайт қилади, эпигастрал соҳада оғрик кузатилади, иштаҳа бўғилади. Гастроэнтеритда ҳам бемор кўнгли айниб қайд қилади, кейинроқ, корин оғрийди ва ич кетиши қўшилади. Ахлати суюқ, ипир-ипир, сарик-яшил рангда ва сассик ҳидли бўлади. Қайта-қайта қайт қилиш ва диарея натижасида бемор организмнинг сувсизланиши юз бериши мумкин.

Энтерит синдромида эса бемор қайт қилмайди, фақат сувдек ич суриши ва корин оғриши безовта қилади. Колит синдромида эса қориннинг пастки қисми вақти-вақти билан бураб оғрийди. Ичнинг тез-тез, оз-оз келиши ва кўпинча унда шиллик ва қон аралашмасининг бўлиши билан характерланади. Кучанишининг бўлиши колитга хосдир. Беморларни диарея безовта қилганда, организмда сувсизланиш синдроми кузатилиши мумкин. Дегидратация белгилари одатда организм йўқотган суюқлик миқдориغا қараб турлича бўлади

ва 4 хил оғирлик даражасида ўтиши мумкин: 1-даражасида бемор ўз тана вазнининг 1-3 % (енгил дегидратация); 2-даражасида 4-6% (ўртача оғирликдаги дегидратация); 3-даражасида 7-9% (оғир дегидратация); 4 даражасида 10% ва ундан кўп миқдорда суюклик йўқотилади (ўта оғир дегидратация). Дегидратация ҳолатида беморнинг оғзи қақрайди, мунтазам ташналик безовта килади, тери эластиклиги камаяди, болдир мушаклари тортишиб оғрийди. Организмдаги сув танқислиги кучли бўлганда, кўзлари ичига тушиб, лунжлари жағига ёпишган бўлади. У хириллаб ёки ўта паст овозда гапиради, томири тез-тез уриб, қон босими пасайиб кетади. Сийдик бутунлай келмайди ёки жуда оз миқдорда ажралади.

Дизентерия шигеллалар қўзғатадиган, интоксикация, сохта ҳожатга чакириш ва йўғон ичак дистал қисмининг зарарланиши тенезм, гемоколит билан кечадиган юкумли касалликдир. Инкубацион даври кўпинча 2-3 кун давом этиб, баъзан 1 кунгача қисқариши ва 7 кунгача узайиши мумкин. Касаллик аксарият ҳолларда тўсатдан бошланиб, беморнинг эти увишади, тана ҳарорати 38-39^oСгача кўтарилади ва 2-4 кунгача юқори бўлиб туради. Одатда қориннинг чапки паст қисмида бураб кечувчи хуружли оғрик, тенезм кузатилади. Ҳар гал ҳожатга бориш олдидан қорин оғриғи ва орқа чиқарув тешиги соҳасида ачишиш безовта килади. Қоринни пайпаслаганда, йўғон ичак соҳаси, айниқса, унинг чап қисми безиллаб туради ва қисқарган ҳолда худди арқонга ўхшаб қўлга уннайди. Белгилари яққол намоён бўлган дизентерияда беморнинг аҳволи оғир ва бир кеча-кундузда 20-30 мартагача ҳожатхонага бориши мумкин. Лекин ҳар гал ундан сўнг бемор енгиллик сезмайди ва ўзини ҳожатга бормагандек ҳис килади. Беморнинг ичи тез-тез келса ҳам, бир кеча-кундузда ажраладиган нажас миқдори 0,5-1,0 литрдан ошмайди. Чунки у ҳожатга борганида, озгина нажас ва асосан унга аралашган шилимшиқ йиринг чиқади. Касаллик зўриққан вақтда беморнинг ичидан нажас эмас, балки (гемоколит) фақат қон аралаш шилимшиқ аралаш йиринг келади. Дизентерия оғир кечган ҳолларда нажас худди гўшт селини эслатади. Оғир интоксикация оқибатида сўлак бези ва бошқа ҳазм безларининг фаолияти бузилади, оғиз қақрайди, меъда ширасининг протеолитик хусусияти, ундаги кислота миқдори камаяди. Меъда ва ичакларнинг ҳаракат фаолияти ва секрецияси ҳам бузилади. Касаллик белгилари сўниши билан интоксикация ва колит аломатлари камаё бориб, барча аъзоларнинг фаолияти меъёрлашади. Аммо патоморфологик ўзгаришлар клиник белгилар барҳам тонганидан 2-3 ҳафта, оғир шаклида 4-6 ҳафтагача давом этади. Баъзан дизентерия сурункали шаклга ўтади. Дизентерия айрим ҳолларда (шигелла зонне) ўткир гастроэнтерит кўринишида кечади (атипик) ва беморда энтеритик нажас ҳисобига юқори даражадаги сув-электролит мувозанати бузилиши кузатилади. Айрим касалликлар билан ўхшаш белгилари бўлганлиги сабабли, ўз вақтида ташхисни аниқланмаслиги нохуш асоратларга олиб келиши мумкинлигини УАВ ёдда тутиши лозим.

Дизентерияни ташхислашда эпидемиологик маълумотлар ва клиник белгилар билан бир каторда, лаборатория кўрсаткичлари муҳим аҳамиятга эга. Улар орасида копрология, бактериологик усуллар жуда муҳим бўлса ҳам беморларнинг фақат 22-80% дизентерия микробларини ажратиш мумкин. Ректороманоскопия алоҳида аҳамиятга эга ва унинг ёрдамида куйидаги ўзгаришлар аниқланади: катарал протосигмоидит; катарал геморрагик проктосигмоидит; эрозив протосигмоидит; ярали протосигмоидит.

Даволаш. Дизентериянинг енгил шаклида даво чораларини уй шароитида ҳам ўтказиш мумкин. Бунда албатта, уйдаги имконият, унинг санитария ҳолати, оила аъзоларининг гигиена қоидалари ҳақидаги тушунчаси эътиборга олинади. Ўрта ва оғир шакллари билан беморлар албатта касалхонага ётқизирилиши шарт. Бемор ётоқ тартибига риоя қилиши зарур. Кўпроқ ухлаш фойдали ҳисобланади. Парҳез хилидан катъий назар, беморга етарли миқдорда углеводлар, ёғ, оксил моддалари ва витаминлар бериш керак. Охириги йилларда олиб борилган кузатишлар ва текширувлар натижасига кўра, шигеллаларни невидграмон, канамицин, полмиксин, фуразалидонга етарли даражада сезувчан эканлиги аниқланган. Шу туфайли дизентерияни даволашда улардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Ичакдаги микрофлорада ўзгаришлар юз берган ҳолларда колибактерин ёки бифидумбактерин буюрилади. Дизентерия оғир кечиб, интоксикация белгилари яққол кузатилса, уни бартираф этувчи дорилар тавсия этилади. NaCl тузининг физиологик эритмаси, Рингер- Локк эритмаси, «Трисоль», «Ацесоль», «Лактосоль» эритмалари 1-2 л миқдорда томи-р ичига томчилаб юборилади. Булардан ташқари, реополиглюкин, полиглюкин 400-800 мл дан тавсия этилади. Зардоб полиглобулини ҳам муваффақият билан қўлланилади. У мушак орасига ёки венага (эритилган ҳолда) 3,0 мл дан кун ора жами 2-3 марта юборилади.

Антибактериал дорилар билан даволаш ич кетишларнинг чакирувчиси ва сезувчанлиги аниқлангандан сўнг буюрилади. Бисептол 160-800 мг, кунига 2 марта, 7-10 кун давомида, норфлоксацин 400 мг кунига 2 марта, 7-10 кун давомида.

Вабо тинмай ич келиши ва қайт килиш оқибатида бемор организмида суюқлик, тузлар камайиб кетиши ва унинг оғир аҳволга тушиши билан намоён бўладиган ўта хавфли юқумли ичак касаллиқдир. Унинг кўзгатувчиси вабо вибриони ҳисобланади. Ўткир меъда-ичак касаллиқлари билан оғриган беморларда, шунингдек, оқава сувлар ва унинг очик хавзаларида баъзан НАГ вибриони деб аталувчи микроблар топилади. Одатда НАГ вибриони топилган жойда, кўпинча кейинроқ вабо касаллиги пайдо бўлади. Шу сабабдан ушбу жойларда вабога қарши кураш чора-тадбирлари амалга оширилиши лозим. Вибрион сувда бир неча ҳафтагача, беморнинг ахлатида 6-7 ойгача тирик сақланади. У қуёш нури ва дезинфекцияловчи моддалар таъсирига сезувчан. Вабо ушбу касаллик билан оғриган бемор ва вибрион ташиб юривчи кишилардан юқади. Кўп миқдорда

ич келиши оқибатида беморлар бир кеча-кундузда ўртача 10-20 литргача суюқ нажас ажратади. Унинг 1 мл да 10 миллиондан бир миллиардгача вабо вибриони топилади ва шу сабабдан касаллик жуда тез тарқалади. Вабо озик-овқат маҳсулотлари (сут, хўл мевалар, сабзавотлар ва бошқалар) орқали ҳам тарқалади. Вибрион барча ҳолларда соғлом одамнинг оғзидан организмга тушади ва у билан барча ёшдагилар касалланиши мумкин. Касаллик айниқса, ёз ва куз ойларида тез тарқалади. Ундан соғайган кишиларда умрбод сақланадиган иммунитет пайдо бўлади.

Касалликнинг инкубацион даври бир неча соатдан 5 кунгача. Вабонинг типик ва атипик шакллари фарқланади. Унинг типик шакли дегидратациянинг кўп ёки озлигига қараб енгил, ўртача оғир ва жуда оғир турларга бўлинади. Атипик шаклининг - “қуруқ» яшин тезлигида ўтадиган, билинар-билинимас белгилар билан кечувчи ва гастралгик шакллари учрайди. Нихоят Эль-Тор вабоси, баъзан субклиник шаклда (вибрион ташиб юрвучи) ҳам намоён бўлади. Енгил шаклида беморни бир кеча-кундузда 2-4 мартагача ичи кетади ва қайт қилади. Йўқотилган суюқлик миқдори унча кўп бўлмайди. Оғзи қакраб, чанқаш безовта қилади ва бир оз дармони қуриydi. Касаллик одатда 1-2 кун давом этади ва кўпинча беморлар врачга мурожаат қилмайдилар. Шу сабабдан касаллик бошқа соғлом одамларга осон юкиши мумкин.

Ўртача оғирликда кечадиган шакли беморларнинг 15-20% да учрайди. Касаллик тўсатдан бошланиб, беморнинг кетма-кет ичи кетади, қорни оғримайди ҳамда киндик атрофида ва ундан пастда қулдираш сезилади. Бемор ахлати суюқ ва кўп, дастлабки пайтда одатий сарғи ш рангда, кейинроқ суюлиб, суюқ гуруч ювиндисига ўхшаш тус олади ва балик ёки майдаланган картошка хиди келади. Бир кеча-кундузда 15-20 марта ич келиб, организмда дегидратация ҳолати юз беради. Бемор ташна, оғзи қакраб, дармони қуриydi, боши айланади, овози бўғилади, болдир ва жағ мушаклари, тортишиб оғриydi. Нафас олиши бузилади, тахикардия, гипотония аниқланади, олигурия бошланади. Вабонинг бу тури 3-4 кун давом этади. Оғир шаклида бетўхтов ич кетиши ва кетма-кет қайт қилиш оқибатида организм тезда сувсизланади ва бемор ахvoli жуда оғир бўлади. Ташналик, ўқтин-ўқтин қайт қилиш беморни ҳолдан тўйдиреди. Юз берган тўқима гипоксияси, сув-туз алмашинувининг бузилиши ва ацидоз оқибатида қўл-оёқ мушаклари титраб тортишади ва оғриydi. Тана ҳарорати одатдагидан кўра пасайиб кетади ва 35°Cга тушади. Беморнинг овози яхши чиқмайди ва пичирлаб гапиради. Қўл бармоқлари худди кир ювган одамнинг бармоқларига ўхшаб ажин билан қопланади. Гиповолемия, гипоксия ва электролитларнинг камайиши буйраклардаги филтрация жараёнини издан чиқаради ва олигурия зўрайиб, анурия бошланади. Метаболик ацидоз, гипокалиемия, гипохлоремия зўрайиб боради ва компенсатор гипернатриемия билан азотемия пайдо бўлади.

Вабонинг жуда оғир ёки алгид шаклида бемор тана вазнининг 10% ва ундан кўпроғи миқдорида суюқлик йўқотади ва 8-15 % ҳолларда учрайди.

Уларда эрта гиповолемик шок бошланади ҳамда организмдаги суюқлик жуда камайиб кетиши сабабли ич кегиниш, қайт қилиш секинлашади ва кейинроқ бутунлай тўхтайтилади. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлиб, яққол цианоз кўзга ташланади, бурун учи, қулок, лаб, қовоқ бинафша ёки қорамтир рангда бўлади. Кўз атрофлари кўкаради (бемор худди қора кўзойнак таққанга ўхшаб кўринади). Унинг юзидан аҳволи ночорлиги сезилиб туради ва худди нажот истаб қараётгандек бўлиб кўринади (facies choleric). Тана ҳарорати 35-34°C даражасигача пасаяди. Бемор териси муздек бўлиб, эластиклиги мутлақо йўқолади, аритмик ва жуда суст пульс аниқланади. Қон босимини аниқлаб бўлмайди, нафас юзаки, тезлашган, бир дақиқада 40-60 марта ва аритмик бўлади. Қорин ичига тортилиб, мушаклари оғрийди, пешоб кам ажралади. Қонда эритроцитлар ва лейкоцитлар сони (қон қуюқлашиб қолгани ҳисобига) кўпаяди. Шошилиш чоралар кўрилмаса, асфиксия ва кома бошланиб, касаллик бемор ўлими билан тугайди.

Вабо ташхиси анамнез, эпидемиологик, клиник далилларга ва лаборатория теширувлари натижаларига асосланилади. Ҳозир ҳам ер юзида вабо ўчоқлари қайд этилади ва касаллик деярли барча мамлакатларда вақти-вақти билан учраб туради. Ўзбекистон мустақил деб эълон қилингандан сўнг ҳорижий мамлакатлар билан барча соҳаларда алоқалар ўрнатилиши ва ривожланиб бориши вабонинг мамлакатимизга кириб келиш эҳтимолини кўпайтирди. Шунинг учун беморда ўткир меъда-ичак касалликлари аниқланганда, УАВ вабо ҳақида ҳам ўйлаши лозим. Унга шубҳа бўлганда, бактериоскопик усулда бемор ахлати ва қусугидан суртма тайёрланиб, бўялади ва вабо вибриони бор-йўқлиги аниқланади. Шунингдек, улар тегишли озуқа моддаларда экилади. Вабога шубҳа бўлганда, беморлар зудлик билан юқумли касалликлар шифохонасининг алоҳида блокада ётқизилишлари лозим. Улар билан мулоқотда бўлган шахслар назоратга олинишлари ва опсервация муддатини ўташлари шарт. Соғайган реконвалесцентлар диспансер кузатувида бўладилар ва уларнинг ахлати бир ой давомида ҳар 10 кунда бир марта, ўт суюқлиги эса бир марта бактериологик текширилади.

Вабода куйдагилар антибактериал даво сифатида тавсия қилинади: доксоциклин 100 мг кунига 2 марта 4 кун ёки бисептол 240-960 мг кунига 2 марта 4 кун давомида.

Салмонеллез – зоотропноз, ҳайвонлардан ва одамлардан юқадиган ҳамда аксарият ҳолларда гастрoэнтерит, баъзан эса тарқок инфекция белгилари билан намоён бўладиган ўткир юқумли ичак касаллигидир. Уни кўзгатувчи микроблар сальмонеллалар ва ичак бактериялари гуруҳига мансуб. Инфекциянинг асосий манбаи - уй ҳайвонлари (қорамол, чўчка, от, эшак, мушук ва бошқалар), паррандалари (товуқ, ўрдак, ғоз, қаптар), ёввойи ҳайвонлар, балиқлар ва бошқа турли хил жониворлар бўлиши мумкин. Сальмонеллалар уларнинг сути, сийдиги, ахлати, сўлаги билан ташқарига чиқиб тупроқ, яйлов ерлар, сув ҳавзалари, ўт-ҳашакка тушади

ва уларни юкумли килиб қўяди. Касалликнинг яширин даври 6–8 соатдан 2-3 кунгача чўзилади ва кўпинча 12-24 соат давом этади. Гастроинтестенал тури тўсатдан бошланади ва диспептик белгилар билан кечади. Одатда бемор бадани титраб, ҳарорати кўтарилади ва гастрит, гастроэнтерит, гатроэнтероколит белгилари кузатилади. Гастрит касалликнинг енгил шакли ҳисобланса ҳам, солиштирма ташхис мия қон айланишининг Бузилиши, ЮИК, захарланишлар, ўткир аппендицит, инвагинация, панк реатитлар билан олиб борилади. Тарқоқ турида асосий белги ҳароратнинг юқори кўтарилиши ҳисобланиб, баъзан гастроэнтерит аломатлари билан бошланиши мумкин. Кўз ва унинг шиллик пардалари сал сарғиш тусга киради. Кўкрак ва қорин терисида тошма аниқланади. Кўпинча учуқ тошади, томир уриш сони камаяди (нисбий брадикардия), юрак тони бўғикрок бўлиб, тилни қараш босади. Қорин дам бўлиб, жигар ва талоқ катталашади. Септик тури узоқ вақт давом этадиган ҳарорат, қайта эт увишиб баданнинг калтираши ва турли асоратлар билан кечади. Бемор баъзан худди қорин тифига ўхшаб, бўшашган ҳолда қарахт ётади ва бу сальмонеллезнинг тифга ўхшаш тури деб аталади. Қон текширилганда, баъзан лейкопения, нисбий лимфоцитоз ёки сепсисга ўхшаш гипохром анемия, лейкоцитоз, юқори ЭЧТ аниқланади. Касаллик ташхисини тасдиқлаш учун бактериологик ва серологик усуллардан фойдаланилади. Бактериологик усулда беморнинг қони, ахлати, қусуғи, сийдиги, меъда ювилганда чиққан, ўн икки бармоқли ичакдан зонд ёрдамида олинган суюқлик тегишли озуқа моддаларга экилади. Серологик усул ёрдамида эса бемор қонида антитаначалар борлиги аниқланади. Салмонеллезга шубҳа бўлганда, беморни зудлик билан юкумли касалликлар шифохонасига ётқизиш лозим. Зарурат бўлганда, унга қадар тузли эритмаларни вена ичига юбориш максадга мувофиқ. Шифохонадан руҳсат берилгандан сўнг ахлат ёки сийдикда сальмонелла топилса, реконвалесцентлар 3 ой давомида диспансер назоратида бўладилар. Уларни УАВ ва инфекционист вақти-вақти билан кўриқдан ўтказиб туради. Ҳар ойда бир марта нажаси ва сийдиги бактериологик усулда текширилади. Текшириш беморда бактериялар борлигини тасдиқласа, кузатиш муддати яна 3 ойга чўзилади. Шу муддат ўтгач ҳам организм сальмонелладан ҳалос бўлмаса, бундай киши сурункали бактерия ташувчи ҳисобланади ва ўрнатилган тартибда рўйхатда туради. Сальмонеллез профилактикаси билан нафақат шифокорлар, балки ветеринария хизмати ҳам шуғулланади. Бунинг учун аҳоли орасида кенг қамровли тушунтириш ишлари олиб бориш, озик-овқат тайёрланадиган, сакланадиган ва сотиладиган жойларни тиббий назорат остига олиш зарур. Бемор уйдаги кишилар бир ҳафта давомида врач назоратида бўладилар.

Овқатланишдан сўнг ривожланадиган токсикоинфекциялар энтеропатоген бактериялар кўзғатадиган, ўткир гастритга келтирилган белгилари билан кечадиган ва аксарият ҳолларда қисқа муддатда ўтиб кетадиган касалликлардир. Овқат токсикоинфекциясини овқатдан

заҳарланишдан фарқлаш керак. Бактериялар токсинига алоқаси бўлмаган ва бошқа заҳарли моддаларни овқат билан истеъмол қилиш натижасида ривожланадиган касалликни овқатдан заҳарланиш деб аталади. Овқат токсикоинфекцияси эса бактериялар токсини таъсирида юз беради. Овқат токсикоинфекцияларига эскириб қолган ва турли шартли патоген бактериялар билан ифлосланган овқатларни истеъмол қилиш оқибатида пайдо бўладиган бир гуруҳ касалликлар киради. Токсикоинфекцияларнинг кўзгатувчилари энтерококклар, энтеротоксин ишлаб чиқарадиган стафилококк ва стрептококк штаммлари, анаэроблар, аэроблар ва бошқа микроблар ҳисобланади. Овқат токсико-инфекциясининг манбаи бемор одам ва ҳайвонлар ёки бактерия ташиб юрувчилардир. Йирингли касаллик (пиодермия, панариций, чипқон, ангина, пневмония, парадантоз) лар билан оғриган одамлар стафилококк кўзгатадиган токсикоинфекцияга сабаб бўладилар. Мастит билан касалланган қора моллар ҳам инфекциянинг хавfli манбаи ҳисобланади. Стафилококк кўзгатадиган токсикоинфекциялар сут, сут маҳсулотлари, жумладан, кондитер кремлари, гўшт, балиқ ва сабзавотдан тайёрланган овқатлар истеъмол қилгандан сўнг пайдо бўлиши мумкин.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври анча қисқа бўлиб, 30 дақиқадан 12, баъзан жуда чўзилса 24 соатгача давом этади. Бемор тўсатдан кўнгли айниб, қайт қилади ва кўпинча қусиш кетма-кет қайтарилиб уни ҳолдан тойдиради. Ундан сўнг ич кетиш бошланади ва бир кеча кундузда ўртача 10-15 марта ҳожатга боради. Бемор ичи суюқ бўлиб, ахлатида шилимшиқ ва қон бўлмайди. Стафилококк токсикоинфекциясида ич кетмаслиги мумкин. Унинг энтеротоксин чиқарадиган штаммлари кўзгатадиган токсикоинфекцияда диарея тезда тўхтайдди, аммо гастрит белгилари давом этади. Беморнинг қорни қаттиқ оғрийди, кетма-кет қайт қилади, боши айланади, анча бўшашиб, айрим ҳолларда қарахт бўлиб ётади ва баъзан ҳушдан кетади. Ҳарорат кескин кўтарилмайди, баъзан субфебрил бўлиши мумкин. Унинг ранги кўкариб, оёқ-қўллари музлайди, қорни пайпаслаб кўрилганда, меъда соҳаси оғрийди. Пульс тез ва суст уради. Кетма-кет ич кетиши ва бетўхтов қайт-қилиш натижасида организмда сувсираш ҳолати, деминерализация, ацидоз белгилари пайдо бўлади. Жигар ва талок қатталашмайди. Токсикоинфекция натижасида некротик энтерит бошланганида қорин қаттиқ оғрийди, метеоризм, бетўхтов қусиш ва ич кетиш давом этиши мумкин. Ҳарорат юқори кўтарилади, интоксикация кучайиб, баъзан бемор бадани сарғаяди ва аҳволи оғирлашиб, айрим ҳолларда ўлим билан тугаши мумкин. Касалликни аниқлашда баъзан эпидемиологик маълумотлар ҳал қилувчи рол ўйнайдди. Бир хил овқат истеъмол қилган одамларнинг бир вақтда касалланиши ташхис учун жуда муҳимдир. Яширин даврнинг қисқалиги, касаллик белгиларининг тез авж олиб бориши, умуман унинг қисқа муддат давом этиши ва қон томирлар зарарланишига оид белгилар бўлиши ташхисни осонлаштиради.

Токсикоинфекцияни ҳамма вақт дизентерия ва сальмонеллездан фарқлаш керак. Бактериологик текшириш усули ёрдамида бу муаммо ҳал қилинади. Бунда бемор кусуғи, ахлати, меъдаси ювилганда олинган суюқлик ва қолган овқатлар текширилади.

Давоси. Овқат токсикоинфекциясида зудлик билан ошқозон натрий гидрокарбонатнинг 2-4% ли ёки калий перманганатнинг 0,1% ли эритмаси билан ювилади, сўнгра адсорбентлар (полифенан, кальций карбонат) тавсия этилади. Беморнинг ичи мустақил келмаса, ҳуқна қилинади. Агарда дегидратация белгилари аниқланса, регидратация чоралари кўрилади. Қайт қилиш тўхтагач, регидрон, оралит ва глюкосолан ичириб турилади. Дегидратация ҳолати III-IV даражада бўлса, полиион эритмалар («Квартасоль», «Ацесоль», «Лактомоль», «Трисоль» ва бошқалар) венага томчилаб юборилади. Юбориладиган эритма миқдори йўқотилган суюқликка тенг бўлиши керак. Бундан ташқари юрак-қон томир тизимининг ҳолатига қараб (биринчи навбатда, қон босимини назорат қилган ҳолда) уларнинг фаолиятига ижобий таъсир қиладиган дорилар буюрилади. Касаллик асоратларсиз кечаётган ҳолларда антибиотиклар ва сульфаниламидлар тайинлашнинг зарурияти йўқ. Токсикоинфекция профилактикасида озик-овқат маҳсулотларини сақлаш шароитларининг талабга жавоб берадиган даражада ташкил қилиш ҳамда таом тайёрлашда гигиена қоидаларига риоя қилиш зарур. Йирингли касалликлари мавжуд бўлган одамларни овқат тайёрлаш ва уни сотиш билан боғлиқ бўлган ишларга жалб қилиш таъқиқланади.

Вируслар кўзгатадиган ўткир ичак касалликлари. Бу гуруҳ касалликлар интоксикация ва гастроэнтерит ёки энтерит белгилари билан кечади. Улар ўтган асрнинг 20-йилларидан бошлаб, врачлар эътиборини жалб қила бошлаган ва «эпидемик ичкетар», «вабога ўхшаш касаллик» каби атамалар билан номланган. Аммо вируслар кўзгатиши фақат ўтган асрнинг 50-йилларига келиб маълум бўлди ва «энтеровируслар» деб атала бошланди. ЖССТ маълумотларига кўра, оғир ўтадиган ичкетар касалликларининг 20-40% ни вируслар кўзгатади ва улардан ҳар йили дунёда 1-2 миллион одам ҳаётдан кўз юмади. Ҳозир ичкетар касаллигини кўзгатадиган вирусларнинг ротовируслар, энтеровируслар (Коксаки ва ЕСНО деб аталадиган хиллари) ва коронаровируслар каби бир неча турлари маълум.

Ротовирус инфекцияси манбаи бемор ёки вирус ташиб юрувчи ҳисобланади ва инфекция фекал-орал, баъзан ҳаво-томчи йўли билан юқади.

Клиникаси. Инкубацион даври 15 соатдан 3-5 кунгача чўзилади. Касаллик тўсатдан гастроэнтерит белгилари пайдо бўлиши билан бошланади. Аксарият беморларда бир, баъзан икки марта қайд қилиш, кўп ўтмай ич суриши кузатилади. Ахлат жуда суюқ, яшил-сарғиш тусли ва сассиқ бўлади. Баъзи беморлар ахлатида шилимшиқ аралашганлиги кузатилади. Касаллик оғир ўтганда, нажас худди вабодагидек ёғсиз хўрдага, енгил шаклида бўтқасимон бўлади. Кўпчилик беморларни қориннинг

пастки қисмидаги мижғлаб ёки бураб кечувчи оғриқлар ва қулдираш безовта қилади. Гастроэнтерит белгиларидан ташқари интоксикация аломатлари аниқланади. Беморнинг мадори қурийди, 20-30% ҳолларда ҳарорат субфебрил даражагача кўтарилади. Чуқур пайпасланганда, қориннинг ўнг томонида пастки қисмида қулдираш кузатилади. Ротавирус кўзгатадиган бу касалликда гастроэнтерит ва интоксикациядан ташқари юқори нафас йўлларининг яллиғланиш (ринит, ринофарингит, фарингит) белгилари кузатилади. Шу билан у бошқа бактериялар кўзгатадиган гастроэнтеритлардан фарқ қилади. Қонда деярли ўзгаришлар кузатилмайди. Ротавирус гастроэнтерити 2-3 кун, камдан-кам ҳолларда 5-7 кунгача давом этади ва ўлим ҳоллари кам учрайди.

Паравируслар ҳам баъзан гастроэнтерит касаллигига сабабчи бўлиши мумкин. Инфекция манбаи бемор ҳисобланади. Касаллик ҳаво-томчи ва фекал-орал йўл билан юқади, деб гумон қилинади ҳамда йилнинг совуқ мавсумларида кўпроқ учрайди. Инкубацион даври 1-7 кун бўлиб, касаллик тўсатдан бошланади. Баъзан озгина ҳарорат кўтарилади, беморлар эт увишиб, қалтирашга, тинка қуриб, қувватсизликка шикоят қиладилар. Айримларида мушаклар қакшаб оғрийди. Уларнинг ярмида энтерит аломатлари кузатилади. Касаллик оғир ўтганда вабога ўхшаш ич кетади, сувсизланиш ҳолати ривожланади ва гиповолемик шок юз бериши мумкин. Баъзи беморларнинг қорни оғрийди ва пайпаслаганда қулдирайди. Гемограммада нисбий лимфоцитоз, моноцитопения, баъзан эозинофилия аниқланади. Касаллик одатда 12-24 соатдан 2-3 кунгача давом этади ва беморлар деярли барча ҳолларда соғайиб кетадилар.

Пиркарновирус инфекциясининг манбаи бемор ва вирус ташиб юрувчи шахс ҳисобланади. Улар боғча болалари орасида кўпроқ учрайди. Вирус ташқарига ахлат ва балғам орқали чиқарилади. Инфекция фекал-орал ва ҳаво-томчи йўллари орқали юқади. Чақирувчиси пикарновирус бўлган ичак инфекциясида касаллик тўсатдан бошланади, ҳарорат 38-39°C гача кўтарилади, интоксикация ва гастроэнтерит белгилари пайдо бўлади. Беморнинг кўнгли айниб қайд қилади, қорни озгина оғрийди, бир кунда 4-6 марта ич суради, ахлати суюқ, яшил рангли ва сассиқ хидли бўлади, қорин озгина кўпчигани ва беморларнинг учдан бирида жигарнинг катталашгани аниқланади. Касаллик 1-3 кун давом этиб, беморлар ҳамма вақт соғайиб кетадилар. Айрим ҳолларда энтеровирус инфекцияси гастроэнтерит белгиларисиз серозли менингит, энцефалит, миокардит, эпидемик миалгия кўринишида ўтади.

Ташхислашда меъда-ичак касаллиқларига хос бўлган гастроэнтерит синдромидан ташқари юқори нафас йўлларининг зарарланиш белгилари сингатилиши муҳим аҳамиятга эга. Гастроэнтеритни вируслар кўзгатаганини исбот қилиш учун бемор организмда унинг борлигини аниқлаш (вирусологик текширув) ва серологик усуллар (вирусни нейтраллаш, гемагглютинация, тормозлаш, комплемент бириктириш, иммун-фермент,

латекс-агглютинация реакциялари) қўлланилади. Вируслар қўзғатган ичкетар касалликларни даволашда таркибида ферментлар бўлган дори (полизим, абомин, фестал, панзинорм, панкреатин, лизим, дигестал) лар кенг қўлланилади. Беморларга тегишли парҳез тайинланади. Касалликнинг бошланиш даврида суг ичиш таъқиқланади, кейинроқ эса кам миқдорда рухсат этилади. Беморда организмнинг сувсизланиш аломатлари кузатилса, ичишга оролит ва глюкосолан буюрилади. Бемор аҳволи оғир бўлган ҳолларда парентерал йўл билан регидратация чоралари кўрилади. Бунинг учун венага 3-4 литр миқдорда полиионли эритмалар юборилади. Вирусларга таъсир этмаганлиги сабабли антибиотиклар буюрилмайди. Вируслар қўзғатадиган диарёяга олиб келувчи касалликларнинг профилактикаси бактерияларникидан фарқ қилмайди.

Амебиаз амёбалар қўзғатадиган ва йўғон ичакда яралар пайдо бўлиши ҳамда баъзан турли аъзоларда абсцесслар ривожланиши билан кечадиган, кўп ҳолларда сурункали давом этадиган касалликдир. Этиологияси *Entamoeba histolytica* оддий жониворлар гуруҳига киради ва уч хил шакли фарқланади:

- вегетатив катта ва ҳаракатчан жонивор бўлиб, бемор ахлати билан ташқарига чиқарилади ҳамда эритроцитларни ютади ва унинг плазмасида кўришиб туради;

- оралик кичикрок амёба бўлиб, кам ҳаракат ва эритроцитларни юта олмайди.

- *Ent. Histolitika* тухуми - амёбадан тузалаётган беморларда ва унинг тухумини ташиб юрувчилар ахлатида бўлади. Амёбиаз ҳам бошқа юкумли касалликларга ўхшаш йўллар билан тарқалади ва унда пашшаларнинг аҳамияти жуда катта. Айниқса, ёз-куз ойларида арнқ сувини ичиш, ҳўл мева ва сабзавотларни ювмасдан истеъмол қилиш уларнинг тарқалишига сабаб бўлади. Оғиз орқали организмга тушган амёба цистасидан йўғон ичакда тўрт ядроли амёба чиқади ва ичакда ҳамда либеркюн безларида кўпайиб, протеолитик фермент (шиллик парда тўқимасини емирадиган модда) чиқаради. Халок бўлган тўқима парчалари ва чиқариладиган шилимшиқ модда либеркюн безларининг бўшлиғида йиғилиб, окибатда унинг ўрнида кичкина абсцесс пайдо бўлади. Абсцесс ёрилганда, унинг ичидаги йиринг ичакка тушади ва чуқур яра ҳосил қилади. Яралардан окиб чиқадиган қон аралаш шилимшиқ моддада кўп миқдорда амёбалар бўлади. ЖССТ эксперт гуруҳи тавсиясига кўра, амёбиазнинг 3 хили фарқланади: 1) ичак амёбиази; 2) амёбиазнинг ичакдан ташқаридаги хили; 3) тери амёбиази. Ичак амёбиазида инкубацион давр 20-30 кун давом этади. Касаллик аксарият ҳолларда аста-секин бошланиб, беморни корни оғриб, кунда 3-4 марта суюк ич келиши безовта қилади. Кейинроқ корин оғриғи кучайиб, ахлатда шилимшиқ, йиринг ва қон пайдо бўлади. Маълум вақт ўтгач ахлат шилимшиқдан иборат бўлиб, худди малинадан тайёрланган куюк мураббога ўхшайди. Баъзи ҳолларда нажас характери

ўзгармайди, аммо бир оз суюклашиб, унда шиллиқ ва қон аралашмаси бир текис тарқалган бўлади. Беморнинг дармони куриб иштаҳаси йўқолади, аммо ҳарорати меъёрида қолади. Йўғон ичак пайпасланганда, бемор оғрик сезади ва ўнг томонда ичак инфилтрацияси, давомли турида эса бутун йўғон ичак бўйлаб аниқланади. Кўп ҳолларда амёбиязнинг бошланишидаги белгилар ўз-ўзидан камайиб, беморнинг аҳволи бир оз яхшиланади ва касаллик сурункалига ўтади Унинг сурункали турида белгилар вақти-вақти билан зўрайиб ва қайталаниб туради. Беморларнинг аҳён-аҳёнда қорни дам бўлиб оғрийди ва қулдирайди. Баъзан ич кетишнинг қабзият билан алмашиши безовта қилади. Ахлатда вақти-вақти билан шилимшиқ ва қон пайдо бўлади. Сурункали амёбияз айрим беморларни кам безовта қилади, баъзи ҳолларда эса оғир кечиби, озиб кетади, қамқонлик юз беради ва бошқа аъзоларнинг фаолияти бузилади. Баъзан амёбияз билан оғриган беморларда гепатит, генатохолестит ва жигар абсцесси кузатилади. Бундай ҳолларда одатда ҳарорат кўтарилади ва жигар абсцесси ўз вақтида даволанмаса, унинг ёрилиши ва перитонит кузатилади ёки ичак перфорацияси ва ўпка абсцесси пайдо бўлади. Амёбиязда колитик синдром барча ҳолларда деярли интоксикациясиз ўтади. Ундан фарқли ўларок, бактериал дизентерияда ҳарорат кўтарилиб, интоксикация аломатлари пайдо бўлади ва сўнгра колитик синдром безовта қилади. Бемор ахлатида *ent. Histolitika* ва унинг вегетатив тури аниқланади. Копрологик текширувда лимфоцитлар, устун сифатида ёпишган эритроцитлар, макрофаглар микдорининг органлиги, плазматик ҳужайралар пайдо бўлганлиги ва Шарко – Лейден кристаллари топилади. Наҳасда гистолитик амёбанинг вегетатив тури аниқланади. Иссиқ иқлимли мамлакатларда амёбияздан ўлим ҳоллари 2-8% ни ташкил қилади.

Давоси. Амёбиязни даволашда қўлланиладиган дориларни уч гуруҳга бўлиш мумкин: а) амёбанинг оралик шаклини ҳалок қиладиган дорилар - ятрен ва дийодохин . Ятрен 10 кун давомида 0,5 г.дан 3 маҳал буюрилади. Зарурият бўлганда, 10 кун танаффусдан кейин даво курсини такрорлаш мумкин. Дийодохин 10 кун давомида 0,3 г дан 2-3 маҳал берилади; б) ичак шиллиқ пардаси ва бошқа тўқималарда жойлашган амёбаларга тасир қиладиган дорилар: эметин, дегидрометин, амбильгар (ниризадил) буюрилади. Эметин 5-6 кун, дегидрометин 10 кун давомида, ҳар иккаласи ҳам мушак орасига ёки тери остига юборилади. Амбильгар 7-10 кун давомида ичишга тавсия этилади. Жигар амёбиязида хингамин (делагил) ишлатилади ва 3 ҳафта - биринчи ҳафта ҳар куни 0,75 г, иккинчи ҳафта 0,5 дан ва учинчи ҳафтада 0,25 дан буюрилади. Метронидазол, фурамид, фазижин амёбанинг барча шаклларида буюрилади. Беморларга метронидазол 2 кун 0,8 дан 3 маҳал ва сўнгра 4 кун давомида 0,4 г дан 3 маҳал буюрилади. Профилактикаси худди бактериялар кўзгагадиган дизентериялардаги каби умумий санитария ва шахсий гигиена қоидаларига катъий риоя қилишга қаратилган бўлиши керак.

Сурункали энтерит УАВ фаолиятида энг кўп учрайдиган ич кетиш сабабларидан бири ҳисобланади. Ушбу касаллик ингичка ичак фаолиятининг бузилиши ва шиллик қаватларида дистрофик, узок муддат давом этганда эса атрофик ўзгаришлар билан кечадиган сурункали яллиғланиш жараёнидир. Амалиётда сурункали энтеритнинг қуйидаги классификациясидан фойдаланилади.

I. Этиология бўйича: инфекция, паразитлар, токсик, медикаментоз, дисбактериоздан кейин пайдо бўлган, аллергик, радиацион, наслий энзимопатия сабабли келиб чиққан, механик, ингичка ичакда жаррохлик амалиётидан кейинги, алиментар.

II. Даврлари:

- авж олиш, ремиссия.

III. Оғирлик даражалари: енгил; ўрта оғир; оғир.

IV. Кечиши : монотон, қайталанувчи, узлуксиз қайталанувчи, яширин.

V. Морфологик ўзгаришлар бўйича:

- атрофиясиз еюнит;
- ўртача парциал тукли атрофия билан;
- ифодали парциал тукли атрофия билан;
- субтотал тукли атрофия билан.

VI. Функционал бузилишлар:

- ҳазм қилиш етишмовчилиги синдроми (иккиламчи мальдигестия) ;
- сўрилиш етишмовчилиги синдроми (иккиламчи мальабсорбция);
- эксудатив энтеропатия синдроми;
- иккиламчи ичак дискинезияси.

Сурункали энтерит маҳаллий (ичаклардаги) ва организмнинг умумий ўзгаришлари билан намоён бўлиб, овқатнинг старли даражада ҳазм бўлмаслиги ҳамда сўрилмаслиги ҳисобига модда алмашувининг бузилиши билан кечади. Маҳаллий белгилардан метеоризм, тумтоқ оғриқлар, кўричак соҳаси пайпасланганда қулдираш ва чайқалиш белгилари, киндикдан юқори ва чапда оғриқлар кузатилади. Копрологик текширишда полифекалия, стеаторея (ҳазм бўлмаган ёғ томчилари), креаторея (ҳазм бўлмаган мушак толалар), амилорея (ҳазм бўлмаган углеводлар), совун ва шилимшиқ (ахлат «ёғли» кўринишда), ҳамда ичак дисбактериози аниқланади. Касаллик қанчалик оғир бўлса, полифекалия шунчалик яққол намоён бўлади. Бир кунлик нажаснинг миқдори 1,5-2 кг.га етиши мумкин. Кўп миқдорда ел ҳосил бўлиши ва сўрилишнинг бузилиши ҳисобига корин дам бўлиши касалликнинг доимий белгиси ҳисобланади. Рентген текширувларда дискинетик бузилишлар, ўта оғир кечганда, шиллик қаватлар рельефининг ўзгариши, ел ва суюқликнинг тўпланиши кузатилади. Умумий энтерал синдром-сўрилишнинг бузилиши ҳисобига озиб кетиш, витамин (глоссит, хейлит, гиперкератоз, шапкўрлик, қон кетиш ва бошқалар) ва минераллар етишмовчилиги (остеопороз), анемия, бошқа ҳазм аъзолари (меъда, ошқозон ости бези, жигар), оғир ҳолларда эндокрин безлар фаолиятининг

бузилишлари (буйрак усти ва жинсий безлар) аниқланади. Ташхис қўйишга нажасни бактериологик текширувлар, дуоденал-еюнал суюқлик таркибида энтерокиназа ва ишкорий фосфатаза миқдорининг ошиб кетиши ёрдам беради. Ушбу касаллик УАВ фаолиятида кўп учрашини инобатга олиб, унинг даволаш тамойилларини батафсил келтирамиз.

Даволаш тартиби. Сурункали энтеритнинг авж олиш даврида ва касалликнинг оғир кечишида беморларни ихтисослашган гастроэнтерология бўлимига ётқизиш ва ярим ётоқ тартибини сақлаш зарур. Касаллик оғир бўлмаган ҳолларда бемор амбулатория шароитида даволанади ва доимо парҳез сақлаш тавсия қилинади. Сурункали энтеритга чалинган беморларга кучли жисмоний ва руҳий зўриқиш талаб қилинадиган ишлар ман этилади.

Парҳез. Уни буюришдан асосий мақсад ичакларни механик, химик ва термик муҳофаза қилишдан иборатдир. Касалликнинг кўзиш ва кучли диарея даврида, беморларга 1-2 кун «очлик» тавсия қилинади. Бундай кунларда бемор бир кеча-кундузда 1,5 - 2 л атрофида суюқлик қабул қилиши лозим. Сўнгра 4 – парҳез дастурхони ва унинг турларига (4б, 4в) ўтилади. Бу парҳезлар организмнинг ҳаёт фаолиятини етарли миқдорда сақлаб турувчи оксиллар, витаминлар, электролитлар билан таъминланган. Таомлар қайнатилган ёки димланган ҳолда тайёрланади.

Ичак эубиозини тиклаш. Инфекцияга қарши воситалар (антибактериал дорилар) ичак микрофлораси таркиби аниқлангандан сўнг тавсия қилинади. Антибактериал дори воситалар қўллаб ичаклардаги патоген микроорганизмлар бартараф этилгандан сўнг меъёрадаги ичак флорасини тиклаш муолажалари ўтказилади. Бунинг учун қуйидагилар буюрилади: колибактерин, бифидумбактерин, бификол, лактобактерин, бактисубтил, биоспорин.

Барча сурункали энтеритга чалинган беморларга унинг кўзиш даврида ўраб олувчи ва сўрувчи дорилар тавсия қилинади. Ўраб олувчи воситалардан - таналбин, висмут нитрати, кальций глюконатлар қўлланилади. Адсорбцияловчилар эса касалликнинг кучли кўзиш даврида - энтеродез, фаоллаштирилган кўмир, полифепан, беласорб кабилар кўринишида ишлатилади.

Сурункали энтеритни даволашда бактерицид ва бактериостатик хусусиятга эга бўлган қуйидаги ўсимликлар дори воситалари сифатида тавсия этилади: наъматак, кулупнай ва анор шарбати (сув билан аралаштирилган ҳолда).

Спазмолитик, оғрик қолдирувчи самарага эга бўлган доривор ўсимликларга қуйидагилар киради: мойчечак, ялпиз, кийик ўти ва бошқалар. Кийик ўти, эман пўстлоғи ич суришга ва яллиғланишга қарши ҳамда буруштурувчи хусусиятга эга бўлган ўсимликлар ҳисобланади.

Ичакда овқатнинг ҳазм бўлиши ва сўрилишини яхшилаш. Ошқозон ва ошқозон ости безининг секретор етишмовчилигини меъёрига келтирилиши ичакда овқат ҳазм бўлишини тиклайди. Ошқозон секретор

етишмовчилигида ошқозон шираси, пепсидин, ацидин-пепсин, бетацид тавсия қилинади. Ошқозон ости беши секретор етишмовчилиги эса таркибида ошқозон ости беши ферментлари бўлган - панкреатин, дигестал, мезим-форте, солизим, сомиллаза, ораза, пиндаза, панзинорм, фестал, энзистомалар билан даволанади.

Ичак бўшлигидаги овқат қолдиқлари ҳаракатини ва ичак мотор фаолиятини меъёрга келтириши. Ичак бўшлиғинини секинлаштириш мақсадида аччиқ чай, какао, манна бўтқаси ва ширин гуруч, кисель кабилар тавсия этилади. Антибактериал дори воситалар эса ичак гиперсекрециясини сусайтиради ва диареяни камайтиради. Шу билан бирга диареяга қарши парасимпатик нерв тизими ингибиторлари (атропин), адренергик, ичак моторикасига таъсир этувчи (кодеин, реасек, имодиум, нуфеносол), нажасни зичлаштирувчи (кальций карбонат, висмут воситалари), ўт кислоталарининг нажас билан чиқишини таъминлайдиган (алюминий гидроксид, полифепан, билигнин, холестирамин) ва антисекретор хусусиятга эга бўлган дори воситалар (салазовоситалар, берберин, нейролептиклар) қўлланилади.

Метаболик ва элетролит бузилишларини даволаш. Оксил алмашинуви бузилишини даволаш учун парҳезда унинг миқдори кўпайтирилиб, 120-130 г.га етказилади. Шу билан бирга анаболик стероидларни мушак орасига, оксил гидролизатлари (казеин, аминазон, альвезин, плазма), альбумин, аминокислоталар аралашmalarини (полиамин, неоальвезин, аминоклазмон) вена ичига томчилаб юбориш мақсадга мувофиқдир.

Ўғ алмашинувини меъёрига келтириш учун эссенциале, литфундин, углевод алмашуви бузилишини тартибга солиш мақсадида эса вена ичига глюкоза эритмаларини юбориш керак. Кальций глюконат, калий хлорид, дисоль, трисоль, Рингер эритмаси, изотоник эритмалардан фойдаланилиб, электролитлар мувозанати тикланади. Бемор организмни зарур витаминлар билан таъминлаш мақсадида поливитамин комплексларини ичиш тавсия қилинади.

Эндокрин бузилишларида - гипотиреозда тиреоид дори воситалар (тиреотон, тиреоконб, L-тироксин, трийодтиронин) глюкокортикоидлар етишмовчилигида преднизолон, гипопаратиреозда паратиреоидин буюрилади. Қандсиз диабетда адиурекрин қўлланилади.

Иммуно ҳолатни тикловчи терапия. Иммуно танқислиги овқатдаги оксил ва бошқа керакли моддаларнинг яхши сўрилмаслиги оқибатида юзага келади. Оксилга бой парҳез Т-лимфоцитларнинг функционал ҳолатини оширади. Парҳезга А, Е, В12 витаминлар киритилиши лозим. Овқатда етарли миқдорда товук гўштида, жигарда бўладиган цинк моддаси бўлиши керак. Т-лимфоцитлар миқдори камайиши ва оқибатда улар фаоллигининг пасайиши холларида продигозан билан даволаш мақсадга мувофиқ. Табиий киллерлар фаоллигининг сусайишида ва Т-супрессорлар фаоллигининг ошишида зиксорин қўллаш тавсия қилинади. Т - ва В - лимфоцитлар фаолиятларига натрий нуклеинат, тималин, Т-активин яхши самара кўрсатади.

Физиотерапия ва даволовчи жисмоний тарбия. Беморларга тунда киндик атрофи соҳаларига ярим спиртли қиздирувчи компресслар қўйиш тавсия қилинади. Қорин соҳасига парафин аппликациялари, анестезин ёки диканш электрофорезини қўллаш яллиғланишга қарши ва антиспастик таъсир кўрсатади. Ичак соҳаларига индуктотермия, Бернар диадинамик тоқлари жуда яхши самара беради. Касалликнинг ремиссия даврида лойлар билан даволаш мумкин. Уларнинг аппликациялари қоринга сегментар қўйилиб, кун ора тавсия этилади ва муолажалар 8-10 марта такрорланади. Даволовчи жисмоний тарбия қорин мушаклари прессини мустаҳкамлайдиган ҳаракатлар, диафрагмал нафасни кучайтирувчи нафас гимнастикасини ўз ичига олади.

Санатория шароитида ва минерал сувлар билан даволаш. Санаторияларда даволанишга сурункали энтеритнинг енгил ва ўрта оғирлик даражасидаги беморлар касалликнинг ремиссия даврида юборилади. Унинг авж олиш даври санаторияларда даволанишга қарши кўрсатма ҳисобланади. Санаторияларнинг асосий даволовчи омиллари минерал сувлар, бальнеотерапия, физиотерапия, парҳез овқатланиш, даволовчи жисмоний тарбия, фитотерапиялардан иборатдир. Сурункали энтеритда ич суришлар кузатилмаसा маъданли сувларни эҳтиёт бўлиб, иссик ҳолда, газсиз, 1/3-1/4 стакандан оширмасдан қабул қилиш керак.

Диспансер кузатуви. Беморларни УАВ мунтазам кузатиб боради ва бир йилда 2 марта умумий текширув, 1 марта гастроэнтеролог маслаҳати ва махсус гастроэнтерологик текширувлар (ЭФГДС, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ, ошқозон секретор фаолиятини текшириш, оксил, липид, углевод ва минерал алмашуви ҳолати, копроцитограмма, жигар функционал ҳолати, зарур бўлса ректороманоскопия ва колоноскопия) ўтказилади. Ремиссия даврида парҳез овқатланиш, ичак микроб таркибини мўътадиллаштириш, ферментли даво, ичак мотор фаолиятини меъёрга келтирувчи, фитотерапия, физиотерапия, поливитамин дори воситалар буюрилади

Ичакнинг яллиғланиш касалликлари гуруҳига **носпецифик ярали колит ва Крон касаллиги** ҳам киритилган. Касалликларнинг бошланиши 20-40 ёшга тўғри келиб, эрақ ва аёлларда деярли баравар учрайди.

Уларда сўраб-суриштириш ва текширувларда шифокор куйидаги асосий белгиларни аниқлайди: ахлатда қон ва шилимшиқ аралаш ич кетиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, қориннинг пастки қисмида ва белда оғриқлар, артралгиялар, иридоциклит, гепатит, тери шикастланиши (тугунли эритема, пиодермия). Носпецифик ярали колит кўпроқ ривожланган мамлакатларда учрайди ва аксарият 15-40 ёшларда бошланади. Ирсий мойиллик, овқат таркибида ўсимлик тўқимасининг кам бўлиши хавф омиллари ҳисобланади. Асо сан йўғон ичак жароҳатланади, лекин касаллик тўғри ичакнинг зарарланишидан ҳам бошланиши мумкин.

Клиник кўриниши: беморлар қон, баъзан йиринг ва шиллик аралаш ич кетиши, иситмалаш, ҳолсизлик, озиш, айрим ҳолларда қориндаги

енгил оғриқларга шикоят қиладилар. Шунингдек,, уларда ҳолангит, тери зарарланиши, увеит, иридоциклит, артрит (кўпроқ катта бўғимлар) кузатилиши мумкин.

Ирригоскопияда гаустрациянинг йўқолганлиги, ичакнинг ригидлиги, ректороманоскопияда эса шиш, қизариш, қон кетиш аниқланади. Шиллик қават юзасида шилиниш ва яралар топилади, улар шиллик ва йиринг билан қопланганлиги кузатилади.

Оқибати: касаллик тўлқинсимон кечади – авж олишлар ремиссия билан алмашилиб туради. Авж олиш вақтида ўлим 5% ни ташкил қилади. Касаллик узок вақт давом этганида (7-10 йил) йўғон ичак раки пайдо бўлиш хавфи сезиларли ортади.

Крон касаллиги кўпроқ 20-40 ёшлар оралиғида бошланиб, беморлар ўнг ёнбош соҳада хуружсимон оғриқларга (шу сабаб уни кўпинча ўткир аппендицит билан адаштиришади) шикоят қиладилар. Уларда ич суриши, нажасда қон ва шиллик аралашмаси, тана ҳароратининг кўтарилиши, ориқлаш, ҳолсизлик (носпецифик яралли колитга нисбатан камроқ намоён бўлган) кузатилади. Шунингдек,, тўғри ичак ёриқлари ва оқма яралари, ишиоректал парапроктит аниқланиши мумкин. Зарарланиш аксарият ҳолларда чегараланган хусусиятга эга. Беморларнинг 30% да ёнбош ичакнинг фақат дистал қисмлари, 25% да бутун ингичка ичак ёки йўғон ичак зарарланади. Колоноскопия ёрдамида ичак шиллик қаватининг тиканакли кўприксимон кўриниши аниқланади.

Юқоридагилардан ташқари, беморда артрит, афтоз стоматит, тугунчали эритема, гангреноз пиодермия, увеит, ирит, сакроилент каби белгилар кузатилиши мумкин. Касаллик сурункали кечади, зўрайиш ва ремиссия даврлари алмашиб туради. Кўзиш даврида беморларни шифохона шароитида даволаш мақсадга мувофиқ, енгил кечганда, амбулатор даво билан чегараланиш мумкин. Улар доимий УАВ ва гастроэнтеролог назоратида туришлари лозим. 5-парҳез, аминосалицил кислота унумлари – сульфасалазин (танлов препарати), олсалазин, месалазин, кортикостероидлар - маҳаллий кўллаш учун (тўғри ичак шамчалари), ичишга ва парэнтерал тавсия қилинади. Оғир ҳолларда, консерватив даво самарасиз бўлганда ва асоратлар кузатилганда, жарроҳлик усулидан фойдаланилади.

Псевдомембраноз колит одатда антимиқроб дори воситалар – кўпроқ цефалоспоринлар Ш авлодини, ампициллин, клиндамицин қабул қилиш оқибатида келиб чиқади. Улар ичак микрофлораси мувозанатини бузади ҳамда патоген флора кўпайишига ва оқибатда псевдомембраноз колитга олиб келади. Касаллик антибактериал дори воситаларини қабул қилгандан сўнг биринчи 10 кунда, камроқ ҳолларда 6-8 haftaдан сўнг кузатилиб, кўп миқдорда сууюқ нажас ажралиши, коринда оғриқлар, тенезмлар, баъзида тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади. Ташхис ректороманоскопия ҳамда колоноскопия натижалари ва нажасни экиш билан тасдиқланади. Енгил ҳолларда антибактерал дорилар бекор қилингандан сўнг касаллик

белгилари ўтиб кетади. Оғир ҳолларда эса метронидазол ёки ванкомицин тегишли дозаларда буюрилади.

Уиппли касаллигига тизимли белгилар хос бўлиб, ингичка ичакдаги ўзгаришлар мальабсорбция кўринишида номоён бўлади ва шунингдек,, бўғим синдроми белгилари кузатилади. Кўпроқ 40-60 ёшдаги эркаклар касалланади ва хасталик жуда кам учрайди. Чақирувчиси грамм мусбат актиномицет *Tropheryma whipplei* ҳисобланади. Деярли барча ҳолларда беморларда мальабсорбция белгилари, диарея ва тана вазнининг камайиши кайд этилади. Шунингдек,, ичакдан ташқари белгилар артропатия ва иситмалаш кузатилади. Баъзан ушбу белгилар энтеропатиялардан анча олдин учраши мумкин. Айрим ҳолларда лимфааденопатия, перикардит, эндокардит, бронхит, кўришнинг бузилиши, талвасалар, деменция ва менингоэнцефалит белгилари аниқланади. Ташхис ичак шиллик қаватидан олинган биоптат натижалари асосида тасдиқланади. Уиппли касаллигига шубҳа бўлганда, УАВ беморни ихтисослаштирилган клиникага юбориши шарт. Даволаш чоралари узоқ муддат (6-12 ой) антибактериал дорилар (ко-тримоксазол, хлорамфеникол, цефтриаксон) буюришдан иборат.

Маърузанинг яллиғланишга боғлиқ бўлган ва диареяларга бағишланган қисмини яқунлар эканмиз, ич кетишини юқумли омиллар келтириб чиқарганлигига шубҳа бўлса, УАВ беморни юқумли касалликлар шифохонасига юбориши ҳамда у билан боғлиқ барча ҳужжатларни ўз вақтида расмийлаштириши лозимлигини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

БОШҚА ТУРЛИ САБАБЛАРГА БОҒЛИҚ БЎЛГАН ДИАРЕЯЛАР

Мезентериал қон айланишининг сурункали бузилиши ҳам баъзида ич кетишларга сабаб бўлади ва томир атеросклерози ҳисобига ривожланади.

Чарв қон томирларининг тромбози. Тромбоз кўпинча эмболия туфайли, юрак нуқсони, юрак бўлмачаларининг ҳилпиллаши, юрак инфаркти, септик эндокардит касалликларида, камроқ кардиосклероз ёки гипертония касаллигига чалинган қарияларда кузатилади. Тўсатдан (томир сиқилган пайтда) қоринда кучли, тарқоқ, ғижимловчи оғриқнинг пайдо бўлиши, тана ҳарорати кўтарилмаган ҳолда кучли тахикардия, тилнинг қуруқ ва қараш билан қопланганлиги, ичак ҳалқаларининг шишганлиги тромбоз касаллигига хос белгилар ҳисобланади.

Клиник белгиларнинг ривожланиш тартиби ҳам характерлидир - олдин қорин бир оз шишган, юмшоқ 2-3 соатдан кейин оғриқ бир оз камаяди, аммо кейин қаттиқ оғриқ яна қайталаниб, бемор шок ҳолатига тушади (ичак инфаркти). Унинг рағи оқарган, совуқ тер босади, бутун тапаси кўкариб, пульси ипсимон, аксарият ҳолларда ҳилпилловчи аритмия, қон босими пасайган, қорин таранглашган, лекин бемалол пайпасласа бўлади, қорин пардасининг таъсирланиш белгиси яққол номоён бўлмайди. Бемор ичи 1-2 марта суюқ, шиллик ёки қонли-шилликли келади. Беморнинг ўта оғир умумий ахволи одатда ичнинг бузилиш даражасига

мос келмайди. Кейинчалик ичакнинг озикланиш бузилган қисмининг ўлими (гангрена) туфайли беморнинг тана ҳарорати кўтариледи, қорин пардасининг таъсирланиш белгиси зўраяди, ичак ҳаракати тўхтайди ва лейкоцитоз ортади. Аммо бу касалликларнинг бирортасида ҳам (ичак инвагинацияси, чарв томирларининг тромбози) қондаги ўзгаришлар, ҳал қилувчи, специфик характерга эга эмас.

Баъзи ҳолларда беморларни овқатлангандан сўнг 15-30 дақиқа ўтгач, киндик соҳасида ўткир оғриқлар безовта қилади ва улар 2-2,5 соат давом этади. Қорин томирлари аускультациясида дағал систолик шовқин эшитилади. Ич суришларининг қабзият билан алмашиб туриши ва метеоризм кузатилади. Нажасда шилимшиқ ва овқат қолдиқлари пайдо бўлади. Касаллик узок вақт давом этганда, ичак деворларининг чандикли деформациялари кузатилади. Ташхисни тасдиқлаш учун мезентериал артериялар ангиографиясини ўтказиш зарур. Ирригоскопияда ичакнинг сегментар торайишлари аниқланади.

Ичак инвагинацияси. Қориннинг қаттиқ ғижимлаб оғриши ва ичдан қон аралаш шиллиқ келишини ичак инвагинациясида ҳам кузатилиши мумкин. Кўпинча ёш болалар ва қарияларда учрайди. Тана ҳарорати кўтарилмаган ҳолда касалликни қаттиқ қорин оғриши, қайт қилиш, ични кучаниш билан оз-оз, нажассиз, қон аралаш шиллиқ билан келиши ҳамда ўткир бошланиши ичак инвагинациясига хосдир. Бунда бемор ўта безовта, ичидан ел келмай қолади, қорин шишган, бироқ юмшоқ, пайпаслаб кўрилганда оғриқсиз хасипсимон ичак бўлаги аниқланади, ич кетишидан олдин қабзият кузатилиб, ичакнинг ҳаракати қисилган жойидан юқорида кучайган бўлади.

Туберкулотоксик энтероколит. Ичакнинг яраланиши, инфилтратив илиотифлит ёки туберкулотоксик энтероколит аломатлари ичак сили касаллигида ҳам кузатилиши мумкин. Одатда, ярали ичак сили унинг оғир ўпка шакли бўлган беморларда кузатилади. Туберкулотоксик энтероколит баъзан ўпка сили белгиларисиз кечади, шунинг учун айрим ҳолларда унинг ташхиси ниҳоятда кийин бўлади. Касалликнинг давомли кечиши, қориннинг ғижимлаб оғриши, иситма, тана вазнининг камайиши, ич кетишининг турғунлиги, туберкулин синамасининг мусбатлиги силли энтероколит тўғрисида ўйлашга асос бўлади.

Катта ёшлиларда (40 ёшдан юқори) **ичак дивертикулезлари** кўп учрайди. Унга йўғон ичакнинг пастга тушган қисмида кўп миқдорда дивертикуллар ҳосил бўлиши хос. Касаллик аксарият ҳолларда белгисиз кечиб, баъзида қабзият ёки унинг ич суришлар билан алмашиб туриши, гипогастрал соҳанинг чап томонида оғриқлар кузатилади. Айрим ҳолларда оғриқларга кўп миқдорда қон кетишлар, ўткир қорин белгилари кўшилиши мумкин. Қоннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашиши аниқланади. Ташхис қўйиш учун ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия текширишларини ўтказиш лозим. Дивертикулар баъзан

абсцесс, перфорация, перитонит, ичак тутилиши, окмалар ҳосил бўлиши билан асоратланиши мумкин.

Ичак дисбактериози. Организмга мунтазам турли хил ташки омиллар таъсир қилишига қарамай, ичак микрофлораси таркиби нисбатан доимий сақланади. Бу мувозанатни таъминлашда макроорганизмнинг ҳолати муҳим аҳамиятга эга. У доимий ўзгариб турувчи микрофлора таркибини механик, кимёвий носпецифик ва специфик иммун омиллар ёрдамида доимо назорат қилиб туради. Механик омилларга ичак перистальтикаси, илеоцекал клапан, аникал, латерал мембрана эпителийсидаги мукопротеин қопламаси ва ошқозон-ичак тизими эпителийсининг тез ва доимий янгиланувчи жараёнлари қиради.

Кимёвий омиллар, яъни хлорид кислота, пепсин, трипсин, ичак шиллик қавати ишлаб чиқарувчи шира, ўт кислоталари ва бошқалардан ташкил топган. Ичак тизими маҳаллий химояси носпецифик ва специфик иммун омилларини - комплемент, интерферон, лизоцим, лактоферрин ташкил топган. Специфик иммун химоя хужайравий ва гуморал омилларнинг биргаликдаги таъсири, иммун омилларнинг мавжудлиги эса ичак тизимида иммунокомпетент хужайраларнинг ҳар хил популяциялари борлигига боғлиқдир.

Анаэроб бактериялар (асосан бифидобактериялар ва бактериоидлар) йўғон ичакда жойлашиб олган ва асосий эндоген инфекция манбаи бўлиб ҳисобланадиган шартли патоген микроорганизм таркибини назоратда ушлаб туради. Шу билан бирга меъърадаги микрофлора таркибига қирадиган бактериялар оғиз орқали қабул қилинганда, ичакда барча химоя тўсиқларидан ўтиш қобилиятига эга.

Организмда патологик жараёнлар кузатилганда, ичак микрофлораси таркиби ва хусусиятлари ўзгаради, уларнинг макроорганизмга таъсири бузилади. Ичак-флорасининг сифат ва миқдорий ўзгаришлари **дисбактериоз** деб аталади.

Дисбактериоз сабабларига ошқозон шираси кислоталиги пасайиши билан кечадиган касалликлар, ошқозон-ичак тизимида ўтказилган жарроҳлик амалиётлари, ичак қисқаришларининг бузилиши, ҳазм аъзоларидаги фермент етишмовчиликлар, сифат ва миқдорий очлик (бир хил таомлар истеъмол қилиш, витаминлар етишмовчилиги), организмнинг кувватсизланиши, дори воситалар (айниқса, антибактериал), ионланган радиация таъсири, аллергия, ўткир ичак инфекциялари қиради.

Дисбактериознинг куйидаги клиник даврлари фарқланади:

1. *Латент (яширин) ёки компенсация даври* - клиник белгиларсиз кечади, фақат лаборатория текширувларида меъърадаги ичак микрофлораси таркибидаги бузилишлар аниқланади.

2. *Маҳаллий ёки субкомпенсация даври* - ичакда чегараланган ёки бир оз тарқалган яллиғланишга ўзгаришлар аниқланади. Лекин маҳаллий жараённинг авж олиш даврида асосий биологик тўсиқларнинг ёриб

ўтилиши сабабли унинг тарқалишига мойиллик кузатилади. Бу қисқа муддатли интоксикация ва баъзан бактериемия билан кечиши мумкин. Ушбу ҳолатда лаборатория текширувлари ёрдамида тарқалишга мойил бўлган ичак дисбактериози топилади.

3. *Декомпенсация даври*-функционал тўсиқларнинг бузилиши – организмнинг резистентлигига боғлиқ ҳолда пайдо бўлади. Жараён тарқалиши метастатик яллиғланиш ўчоқлари ҳосил бўлиши, ифодаланган интоксикация ва бактериемия, сепсис ва септицемияга ўтиш (безгак, калтираш, кувватсизлик, кўп терлаш, гепатоспленомегалия, ички аъзолар дистрофияси) билан кузатилади.

Дисбактериознинг клиник тактикаси. У ичак патологиясига нисбатан бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи дисбактериозда аввал микрофлора ўзгаради, кейин ичак шиллик қаватларида яллиғланиш жараёни кузатилади. Иккиламчи дисбактериоз аввал кузатилган ичак касалликларининг асорати ҳисобланиб, оғир ва узоқ кечувчи асосий жараённинг клиник белгилари устунлиги билан намоён бўлади.

Ичак дисбактериозининг асосий белгилари. Ҳазм қилиш етишмовчилиги синдроми (мальдигестия) – ичак мембранаси ва ингичка ичак бўшлиғида ҳазм қилиш ферментларининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқадиغان клиник белгилар мажмуаси ҳисобланади ва унга қуйидаги белгилар хос:

▶ Образцов белгисининг мусбатлиги (кўричак соҳаси пайпасланганда қулдираш).

▶ Герц белгиси (кўричак соҳаси пайпасланганда чайқалиш ҳисси).

▶ регионар мезоденит ҳисобига Поргес зонаси (чап коворға ёйи ва киндикни бирлаштирувчи чизик ўртаси) пайпасланганда оғрик.

Ҳазм қилиш етишмовчилиги синдромига қуйидагилар хос: диарея (ичак қисқаришининг кучайиши, сув абсорбциясининг бузилиши, боғланмаган ўт кислоталари таъсирида ичакнинг структур ўзгаришлари сабабли); метеоризм (газ ҳосил бўлишининг кучайиши, унинг абсорбцияси ва чиқарилишининг бузилиши сабабли); қорин дам бўлиши ва қулдираши, унинг куннинг иккинчи ярми ва тунда кучайиши; оғиздан ёқимсиз хид келиши ва кекириш; Бу ҳолатда кузатилувчи турли хусусиятли оғриқларнинг сабаблари: а) ичак ичидаги босимнинг ошиши (ингичка ичак патологияларида улар киндик атрофида, йўғон ичак зарарланганда, ёнбош соҳада кузатилади, дефекациядан ва газлар чиқарилгандан кейин камаяди); б) регионар лимфаденит (доимий ингичка ичак ва чарви йўналиши бўйлаб киндикдан юқорида ва чапда, жисмоний зўриқиш ва дефекациядан сўнг кучаяди); в) спазмлар (спастик, тўлқоқсимон, дефекациядан кейин пасаяди, йўғон ичак спастик дискенизияси белгиси).

Ичак дисбактериозида ҳазм қилиш жараёнларининг ўзгариши, тўлиқ гидролизланмаган маҳсулотларнинг ёмон сўрилиши натижасида озик моддалар абсорбцияси бузилади ва оқибатда беморнинг умумий аҳволи оғирлашади.

Ичак дисбактериозида полигиповитаминозга хос куйидаги белгилар ҳам кузатилади: Р витаминининг эрта етишмовчилиги – тез таъсирчанлик, феъл – атворнинг ўзгариб туриши, тушқунлик, урушқоқлик, сўлак оқиши; В2 гиповитаминози – сочларнинг тўкилиши, тирноқларнинг ўзгариши, анулар стоматит, бурун қанотлари дерматити; В1 ва В6 гиповитаминози – бош оғрик, холсизлик, ичаклар атонияси, миокардда дистрофик ўзгаришлар, периферик нерв тизими бузилишлари; аллергия реакциялар, сурункали эшакеми, оғиз бўшлигининг катарал, афтоз ва ярали зарарланиши (гингивит, глоссит, стоматит) ҳамда эзофагит ва бошқа белгилар. Типик гастрит, ичак зарарланиши ва таъсирланган йўғон ичак синдроми белгилари ҳам кузатилиши мумкин.

Сўрилиш етишмовчилиги синдромида (мальабсорбция) – ингичка ичакда сўрилишнинг бузилиши натижасида ёғ, оксил, углевод, минерал, сув-туз ҳамда витаминлар алмашинуви бузилиши кузатилади.

Куйидагилар ёғ алмашинуви бузилишининг эрта белгилари ҳисобланади:

◆ тана вазнининг камайиши;

◆ гипохолестеринемия - гармонлар синтезининг пасайиши, хужайра мембранаси ўтказувчанлигининг бузилиши;

◆ стеаторея ва ёғда эрувчи витаминлар етишмовчилиги (тери қуруқлиги, кўришнинг пасайиши ва бошқалар);

◆ гипокальциемия – лабларда ва товон-кафтларида увишиш ҳисси, суякларда оғрик (тинч ҳолатда кучаювчи), остеопороз.

Углевод алмашинуви бузилишининг эрта белгилари гипогликемия билан ифодаланиб, таркибида қанд, сут ва полисахарид бўлган озик моддалар истеъмол қилгандан кейин кузатилади. Оксил алмашинувининг бузилиши гипопротсинемия, гипоальбуминемия, шишлар, жигарнинг ёғли дистрофияси билан намоён бўлади.

Сув-туз алмашинувининг бузилиши диарей негизида гипокалиемия (мушаклар холсизлиги, ичак ҳаракатининг пасайиши, экстрасистолиялар), гипонатриемия (артериал гипотония, тахикардия, чанқаш, тери қопламлари ва тилнинг қуруқлиги) ва гипокальциемия, гипофосфатемия (деменция) билан кечади. Темир танқислиги камқонлигида – тирноқ ва теридаги трофик ўзгаришлар кузатилади. Бундан ташқари, ичак дисбактериозидаги мальабсорбция синдроми полигиповитаминозлар билан кузатилади. В12 витамини ва фоллий кислота сўрилишининг бузилиши макроцитар анемия ривожланишига, аскорбин кислота ва К витамини сўрилишининг бузилиши турли геморрагик синдромларга олиб келади. Мальабсорбция синдромида, ички секреция безлари ҳам зарарланади. Жумладан, гипокортицизм белгиси - артериал гипотония, тери гиперпигментацияси, жинсий фаолиятнинг бузилиши билан кузатилади; гипофиз фаолиятининг бузилишида чанқаш, паст нисбий зичлик билан кузатиладиган полиурия ва қалқонсимон безда ўзгаришлар аниқланади.

Дизбактериозни *даволаш* ичак микрофлораси, ҳазм қилиш жараёнлари, шиллик қават моторикасини метёрлаштириш, иммун фаолликни ошириш,

яллигланиш жараёнларини бартараф этиш, ичакда токсик моддалар сўрилишининг олдини олиш ва уларни организмдан чиқариш, модда алмашинуви жараёнларини тиклашга йўналтирилади.

Парҳез ичак шиллик қаватини кам таъсирловчи, ammo оксил, ёғ, углеводларни меъёрида сакловчи бўлиши керак. Касалликнинг авж олиш даврида 4а, тўлиқ бўлмаган ремиссияда 4б, тўлиқ ремиссияда эса 2 парҳез буюрилади. Турғун кабзиятларда эса 3 парҳез тавсия қилинади.

Эубиотиклардан нормал микрофлорага таъсир қилмайдиган мексаформ, мексаза каби дори воситалари қўлланилади. Препаратлар 1-2 таблеткадан кунига 3-4 маҳал буюрилади. Даво курси 5-7 кунни ташкил қилади. Қуйдагилар эубиотикларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади:

- кўрув, жигар ва буйрак фаолиятларининг бузилиши;
- қалқонсимон без фаолиятидаги патологик ўзгаришлар;
- бром ва йодга аллергик реакция.

Ярим синтетик пенициллинлар фақат стафилококкли дисбактериозда, макролидлар (эритромицин, олеандомицин) энтерококкли дисбактериозда қўлланилади. Левомецетин кўпгина грамм мусбат ва грамм манфий бактерияларда самарали ҳисобланади. Аминогликозидлар (канамицин, гентамицин) тарқоқ протейли ва кўк-йиринг таёқчали дисбактериозларда буюрилади. Стрептомицин эшерихиянинг гемолизловчи штамларида ишлагилиди. Барча антибиотиклар 5-7 кунга тавсия этилади. Нитрофуранлар граммусбат ва грамманфий микробларда лямблия ва трихомонада самарали ҳисобланади. Асосан фуразолидон 0,05 г дан кунига 3 маҳал 5-10 кун давомида буюрилади. Жигар, ўпка касалликларида ва юрак стишмовчилигининг декомпенсация босқичларида нитрофуранлардан фойдаланиш қарши кўрсатма ҳисобланади. Сульфаниламидлар стрептококк, стафилококк, энтерококк, эшерихияларга таъсир қилади. Сульгин, фталазол 1 г дан 4 маҳал 5-7 кунга буюрилади. Бисептол 480 мг - 2 таблеткадан 2 маҳал 7-10 кунга тавсия этилади. Бу препарат ингичка ичакнинг микроб билан зарарланишида яхши самара беради.

Таркибида антибиотик, эубиотик, адсорбент ва витамин К ни бирлаштирган энтеро-седив препарати кенг қамровли антибактериал ва антипротозой таъсирга эга. 1-2 таблеткадан 3 маҳал 10 кунга буюрилади. Хлорофиллипт хлорофил аралашмасидан иборат бўлиб, стафилококкли дисбактериозда овқатдан 40 дақиқа олдин 5 мл.дан 1% спиртли эритма кўринишида 3 маҳал 3-5 кун давомида ичиш учун буюрилади.

Биологик препаратлар. Уларнинг таркиби нормал ичак микрофлорасининг тирик ва кучсизлантирилган штаммларидан иборат. Нокулай шароитда йўғон ичакда имплантация хусусиятига эга. Лактобактерин атипик эшерихий, энтерококк, протей ва замбуруғларнинг антагонисти ҳисобланади. Ичишга 3 дозадан 2 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин буюрилади. Бифидумбактерин - 5 дозадан 2 маҳал, овқатдан 30 дақиқа олдин ичилади. Бификол препарати таркибида бифидум ва колибактерин

тутади ва 5 дозадан 2 маҳал тавсия этилади. Протейли стафилококкли бактериофаглар 30 мл дан кунига 2 маҳал 2 ҳафтага буюрилади. Уларни антибактериал даво билан бирга олиб бориш мумкин. Бактисубтил – 1 капсуладан 4 маҳал антибиотикларни ичиш оралиғида ишлатилади. Бактисубтил – оқсил, ёғ, углеводларни бацилланинг вегетатив шакллари ферментлари фаоллиги ҳисобига парчалайди. Улар шартли патоген штаммлар фаоллигини пасайтиради. Даво курси - 2 ҳафта. Дисбактериозни даволаш учун беморга 5-7 кун давом этувчи 2-3 курс антибактериал препаратлар буюрилади. Курслар орасида 5-7 кун танаффуслар бўлиши мумкин (танаффус қилмаса ҳам бўлади). Кейин биологик препаратлар 3 ҳафтадан 1,5 ойгача тавсия этилади. Ёшларга – бифидумбактерин, ўрта ёшлиларга - бификол, қарияларга – лактобактерин тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир.

Фермент препаратлар. Ўрин босувчи даво сифатида қўлланилади. Улар озик моддаларнинг сўрилишини меъёрлаштириб, модда алмашинувини яхшилайти. Ушбу гуруҳга кирувчи аксарият препаратлар ўз таркибида тоза ҳолатдаги панкреатин ёки ўт кислотасини ва НСЕ ҳамда гемоцеллюлозанинг турли нисбатларини сақлайди. Панкреатин оқсил, ёғ ва крахмални парчалаб, ошқозон ости безининг ташқи секретор фаолиятини пасайтиради, шу билан бирга ичак ҳамда билиар тизим ҳаракатига таъсир қилмайди ва клетчатка гидролизиди иштирок этмайди.

Панкреатинни қўллашга асосий кўрсатмалар: 1) сурункали панкреатитнинг авж олиши; 2) диарея, ичак гипертоторикаси ва стеаторея билан кечадиган энтерит ҳамда бошқа ингичка ичак касалликлари; 3) жигар патологияларида фермент етишмовчилиги, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги, носпецифик ярали колит ва бошқа йўғон ичак яллиғланиш касалликлари. Ушбу касалликлар ўт кислоталари қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади. Панкреатиннинг 8-12 г кунлик дозаси самарали ҳисобланади; мезим, мезим-форте, панкреурмен, трифермент, пепсин-панкреатин кунига 6 таблеткадан буюрилади.

Таркибида ўт кислоталари бўлган ферментлар куйидаги ҳолатларда қўлланилади: 1) кучли ифодаланган стеаторея билан кечувчи ингичка ичак касалликлари; 2) ошқозон ости бези касалликлари ремиссия даврида – кучайтирувчи ва ўрин босувчи таъсири бирга кузатилади; 3) ичак гипомотор дискинезиясида; 4) ўт тош касаллигида. Бу препаратларнинг кўпчилиги таркибида НСЕ ва ошқозон шиллик қавати экстракти (панзинорм, котазим) мавжуд. Улар ошқозон шираси сусайиши билан кечувчи сурункали гипоацид гастритларда ва сурункали панкреатитнинг ремиссия даврида самарали ҳисобланади. Панкреатин секрецияни кучайтиради. Кўпгина препаратлар таркибида панкреатин ва ўт кислотаси билан бирга гемицеллюлаза (фестал, дигестал, полизим, котазим-форте) бор. Улар нажасда ҳазм бўлган клетчатка, йодофил микрофлора тутган ачитувчи диспепсияларда қўлланилади. Ўт кислота тутган ферментлар яра касалликларида, дуоденал

сўргич стенозида, актив гепатитда, жигар циррозида, йўғон ичак оғир яллиғланиш касалликларида эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак. Ҳазм қилиш жараёнларини мўътадил таъминловчи минимал доза самарали ҳисобланади.

Витаминлар билан даволаш уларнинг эндоген синтези бузилганлиги сабабли, ичак дисбактериозида қўлланилиши шарт бўлган чоралардан бири ҳисобланади. Унинг натижасида ошқозон-ичак йўлининг мотор-секретор фаолияти, регенерацияси, ошқозон ҳамда тўқималардаги дистрофик жараёнларнинг ҳолати яхшиланади. Ичиш самарасиз бўлиб, ичак микрофлорасининг янада бузилишига олиб келиши сабабли авж олиш босқичида витаминлар парентерал буюрилади. Биринчи навбатда, дисбактериознинг эрта даврларидаёқ етишмовчилиги юзага келадиган витаминлар тавсия этилади. В1, В6, никотин кислоталар уларнинг гиповитаминози кузатилгандагина қўлланилади.

Метаболик бузилишларни хусусан оқсил етишмовчилигининг ўрнини тўлдириш мақсадида уни кўп сақловчи парҳез буюрилади. Анаболик стероидлар, оғир ҳолатларда эса оқсил гидролизати ва аминокислоталар аралашмаси парентерал йўл билан вена ичига юборилади.

Бундан ташқари, ичак микрофлорасининг бузилиши билан кечадиган ҳолатларда қуйидаги тартибга риоя қилган ҳолда қадам ба қадам даво чораларини қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади:

1-қадам – пребиотиклар (лактоулоза кунда 5- 10 мл, камида 4 ҳафта, пантотенат кальций, лозацин ва айрим олигосахаридлар).

2-қадам – пробиотиклар:

а) табиий микроорганизмлар асосида яратилган дорилар (лактобактерин, бифидобактерин) I-II даражадаги дисбиозларда қўлланилади;

б) аллопатик дори воситалар III-IV даражадаги дисбиозларда - хилак-форте 40 - 60 томчидан кунда 2- 3 маҳал; бактисубтил- тилла стафилококк аниқланганда, ичак таёқчаси миқдори ошганда ($> 10^8/g$) ёки протей кўпайганда, кунда 4-8 капсуладан 7-10, болаларга 5 - 7 кун;

Пробиотикларни пребиотикларсиз қўллаш самарасиз эканлигини эсда тутиш лозим.

3-қадам – нажасни экиб сезувчанлик аниқлангандан сўнг антибиотиклар (ципрофлоксацин, пefлоксацин, абактал ва бошқалар) ва антисептиклар (рефаксимин, эрсефурил, интетрикс, фуросилидон ва бошқалар)ни дисбактериознинг III-IV даражасида қўллаш тавсия этилади ҳамда ҳар бири 5 кун бўлган 1 ёки 2 даволаш курслари ўтказилади. Бир вақтнинг ўзида лактулоза зарур дозаларда буюрилади.

Пробиотикларни антибиотиклар ва антисептиклар билан бирга қўллаш таққиланади.

4-қадам – юқоридигилардан ташқари, кўрсатмаларга асосланиб (касаллик этиологияси ва дисбиотик бузилишлар даражасидан келиб чикиб), қуйидагилар буюрилади:

- а) ичак энтеросорбентлари (ич кетишда - смекта, бектид-М, пектин, полифепам ва бошқалар);
- б) фермент препаратлари (креон, панкреатин, ва бошқалар);
- в) ичак моторикасини метёрлаштирувчи дорилар (мотилиум, домперидон, метоклопрамид, мебеверин гидрохлорид - дюспаталин 200 мг).

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Функционал ичак бузилишлари. Ичак таъсирланиш синдроми, қабзият устунлиги билан (1чи субтип);
- ✓ Сурункали лямблиоз этиологияли колит. Йўғон ичакнинг иккиламчи гипомотор дискинезияси, оғрик синдроми устунлиги билан;
- ✓ Дизентериядан кейинги сурункали колит (сигмопроктит), эрозив ўрта оғир тури, узлуксиз кечиши, авж олиш даври, ичак гипермотор типдаги функциясининг бузилиши ва ачитқили диспепсия устунлиги билан;
- ✓ Дисбактериоз негизда ривожланган сурункали катарал колит (тифлит), энгил тури, қайталанувчи кечиши, ичак функциясининг гипомотор типдаги бузилиши билан;
- ✓ Псевдомембраноз эрозив панколит, ўрта оғир тури, авж олиш даври, гипермотор типдаги ичак функцияси бузилиши, аралаш диспепсия билан;
- ✓ Мальдигестия синдроми. Фон касаллиги - сурункали склерозловчи панкреатит ремиссия даври, ўрта оғир кечиши. Асорати: ошқозон ости беги танасининг кальцификацияси;
- ✓ Ингичка ичаклар сили. Мальабсорбция синдроми;
- ✓ Ичак дисбактериози II даражаси. Мальабсорбция синдроми;
- ✓ Сурункали паразитар (лямблиоз) энтерит, ўрта оғир даражаси, қайталанувчи кечиши, авж олиш даври. Атрофиясиз, яққол яллиғланишли ўзгаришлар билан, еюнит;
- ✓ Сурункали аллергик энтерит, энгил даражаси, монотон кечиши, ремиссия даври. Ўртача яллиғланишли ўзгаришлар билан, еюнит;
- ✓ Сурункали медикаментоз энтерит, иккиламчи ичак дисбактериози (II даража), ўрта оғир, қайталанувчи кечиши, авж олиш даври.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Алипова Н.Н Под общей ред. Внутренние болезни по Тинели Р. Харрисону. Книга первая, вторая./Перевод с английского— М.: Практика, 2002 г.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Москва. Медицина, 1987.
3. Даминов Т.А. и др. «Инфекционные болезни в деятельности врача общей практики» - Т.: 2007 г.

4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.

5. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей 2-том, Москва, Медицина, 1998 г.

6. Кохен М.М., Общепрактическая и семейная медицина. Минск, “Беларусь”, 1997 г.

7. Краснов А.Ф. Семейная медицина, 1,2-тома. Самара, 1995.

8. Матвейков Г.П. Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней, Минск, Беларусь, 1990.

9. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. 1998 г.

10. Общая врачебная практика по Джону Нобелю. – М.: Практика, 2005.

11. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. 1 том. Москва, 1998 г.

12. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.

13. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н., Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Витебск 2006 г.

14. Тейлор Р.Б., Трудный диагноз. 2 т. Перевод с английского, Москва, Медицина 1995 г.

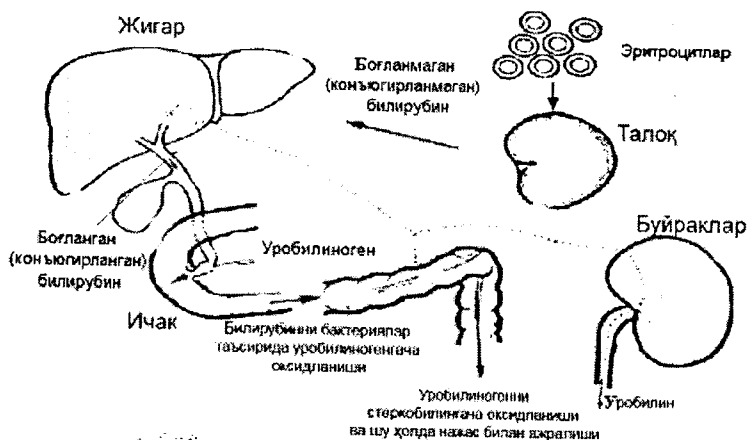
15. Чучалин А.Г. Гл. редактор. Руководство для врачей и студентов. Терапия. Москва, 1998.

САРИҚЛИК ВА УНИНГ ҚИЁСИЙ ТАШХИСИ

«Сабабсиз чарчаш касалликдан дарак беради»

Гишпократ

Сариқлик – мустақил касаллик бўлмай, ўзига эътиборни қаратадиган мураккаб патогенезли қатор патологик жараёнларнинг белгисидир. У шиллик қаватлар, тери ва плазманинг сарғайиши билан намоён бўлиб, қонда кўп миқдорда билирубин ва унинг алмашинуви натижасида пайдо бўлган маҳсулотлар йиғилиши натижасида юзага келади. Сариқлик дастлаб кўз склерасида, тилнинг пастки юзасида, танглайда пайдо бўлади. Кейинчалик юздаги бурмалар, оғиз ва бурун атрофидаги тери, кафт, товонлар ва ниҳоят бутун тана сариқ рангга киради. Бу кетма-кетлик билан бўялиш чин сариқлик билан псевдосариқлик (ёлғон), яъни каротинемияни (сарик, зарғалдоқ қизил рангларда бўлган ўсимлик пигментлари «каротиноидлар» деб аталади) фарқлашда муҳим аҳамиятга эга. Псевдосариқликда дастлаб кафт, товон, тери қопламлари сарғаяди ва каротинга бой маҳсулотларни кўп истеъмол қилганда кузатилади. Лавлаги, бодринг пўсти, қизил сабзи, помидор, қовоқ, салат, нўхат, сули, кепак, малина, олча, қорағат (смородина), шафтоли, мандарин, апельсин, жигар, тухум сариғи, сариқ ёғ ва сут каби маҳсулотларда каротин кўп миқдорда мавжуд. Унга кунлик талаб 2-5 мг.га тенг. Ҳақиқий сариқликда кузатиладиган тери ва склеранинг сариқ рангга бўялиши қон зардобиди билирубиннинг меъридан ошиб чиқади. Билирубин таъсирида эмизувчи аёл сути, организм бўшлиқларидаги суюқликлар сариқ рангга бўялиши мумкин. Кўз ёши, сўлак, ошқозон шираси, орқа ва бош мия суюқликлари ранги ўзгармайди. Соғлом одам организмида кунда тахминан 1% қариган эритроцитлар ретикуло-эндотелиал тизим хужайраларида парчаланиб, сувда эримайдиган ва буйрак филтри орқали сийдикка ўтмайдиган боғланмаган билирубин ҳосил бўлади. У гепатоцитлар томонидан тутилиб, глюкорон кислотаси билан боғланади ва билирубин-глюкоронид (боғланган билирубин) ҳосил бўлади. Боғланган билирубин ўт капиллярларига чиқади ва ўт суюқлигига (сафрога) кўшилади. Ингичка ичакда боғланган билирубин уробилиноген ва стеркобилиногенга айланади, ундан нажасни сариқ ранга бўёвчи стеркобилин ҳосил бўлади. Уробилиноген ичакларда сўрилиб, яна жигарга қайтади ва гепатоцитлар томонидан тутилиб, ўт капиллярларига ўтади. Жигар етишмовчилигида уробилиноген гепатоцитлар томонидан тутилмайди, балки сийдик билан ажралиб, ҳаво таъсирида уробилинга оксидланади (1-расм).



1-расм. Организмда билирубин алмашинуви

Қон зардобидаги умумий билирубиндан лаборатория текширувлари ёрдамида боғланган (конъюгиранган, бевосита) ва боғланмаган (конъюгиранмаган, билвосита) билирубин кўрсаткичлари аниқланади. Соғлом киши қон зардобида умумий билирубин миқдори 3,4-20,5 мкмол/л, боғланган билирубин уни 15% ёки 0-3,4 мкмол /л, боғланмаган билирубин 7,1 мкмол/л.ни ташкил қилади. Одатда қон зардобида билирубини кўрсаткичи 51,3 мкмол/л дан ошмаса сариклик намоён бўлмайди. Сарикликнинг оғирлик даражасини умумий гипербилирубинемия кўрсаткичи белгилайди ва енгил (85 мкмол /л.), ўртача (86-169 мкмол/л), оғир (170 мкмол/л.дан юқори) сариклик фарқланади.

Келиб чиқиш ва ривожланиш сабабларига кўра сариклик жигар усти – гемолитик, жигар ичи, жигар ости – холестатик каби турларга бўлинади. Уларни бир-биридан фарқлаш белгилари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал.

Сарикликнинг турли гуруҳларининг қиёсий таҳлили

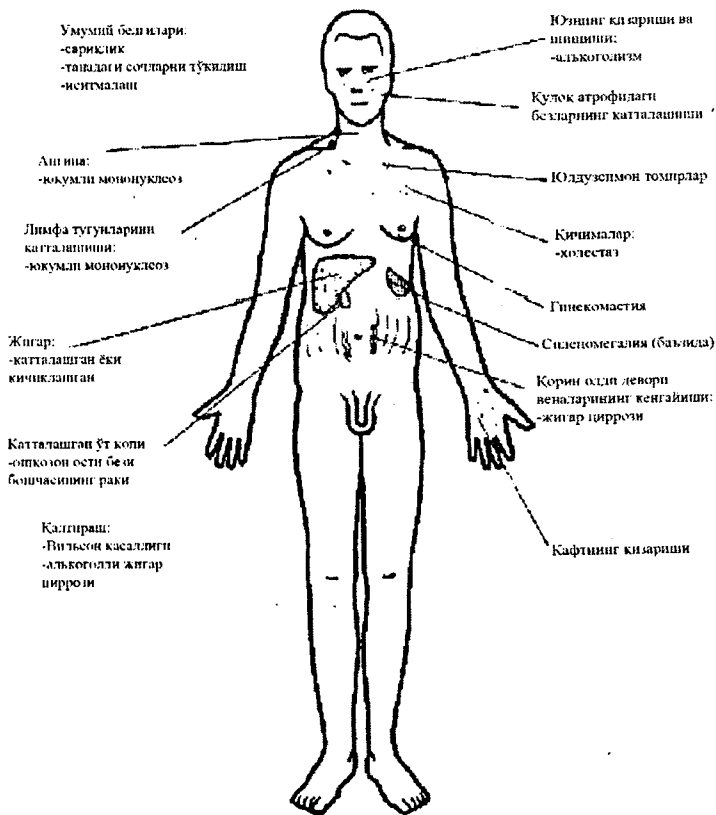
N	Кўрсаткичлар	Гемолитик	Паренхиматоз	Механик	
				Ошқозон ости беши бошчаси ва умумий ўт йўллари раки	Бошқа механик сабаблар
I	Анамнез	Сарикликнинг болаликда пайдо бўлиши, совуқда унинг кучайиши, ўхшап	Ўткир гепатитлар, бошқа айрим юқумли касалликлар	Аксарият ҳолларда сариклик билан кечувчи ўнг қобирга	Анамнезда сурункали панкреатит, тана

		касалликларнинг қариндошларида мавжудлиги ва айрим дорилар қабул қилгандан кейин юзага келиши	(инфекцион мононуклеоз), токсик моддалар билан алоқада бўлганлик ва спиртли ичимликларни суиистемол қилиш	остидаги оғрик хуружлари, ўт йўлларида ўтказилган жарроҳлик амалиёти	вазининг кескин камайиши
2	Тери ранги	Оч –сарик лимон рангида	Сарик ёки тўқ сариқ		Яшил ёки сарғиш қулранг рангдаги сариклик
3	Сарикликнинг интенсивлиги	Якқол бўлмаган	Ўрта даражадаги	Ўрта интенсивликдан якқол даражагача	Ўрта интенсивлик да
4	Тери кичиши	Йўқ	Доимий бўлмаган, жигар ичи холестазида доимий	Доимий	Доимий
5	Жигар соҳасида оғирлик хисси	Йўқ	Аксарият ҳолларда касалликнинг эрта даврларида	Кам ҳолларда	Кам ҳолларда, фақат ўткир холецистит бундан мустасно
6	Жигар ўлчамлари	Меъёрида ёки озроқ катталашган	Катталашган, меъёрида ёки кичрайган, баъзан юзаси нотекис (циррозда)	Катталашган, юзаси нотекис бўлши мумкин (метастазларда)	Катталашган
7	Жигар соҳасида оғрик	Йўқ	Кам ҳолларда	Аксарият ҳолларда	Аксарият ҳолларда
8	Талок ўлчамлари	Катталашган	Аксарият ҳолларда катталашган	Аксарият ҳолларда катталашмаган	Аксарият ҳолларда катталашмаган
9	Пешоб ранги	Меъёрида, баъзан юкори билирубинурия	Қора (боғланган билирубин мавжудлиги сабабли)	Қора (боғланган билирубин мавжудлиги сабабли)	Қора (боғланган билирубин мавжудлиги сабабли)
10	Пешобда уробилген микдори	Кескин ошган	Қиска муддат бўлмаслиги мумкин, кейин кескин ёки ўрта даражада ошган	Ўт йўллари тўлиқ беркилган ҳолларда умуман аниқланмайди.	Ўт йўллари тўлиқ беркилган ҳолларда умуман аниқланмайди

11	Нажас ранги	Меъёрида ёки қорамтир (стеркобилин ошиши ҳисобида)	Оқимтир (стеркобилин камлиги ва ёғлар ошиши сабабли)	Оқимтир (стеркобилин йўқлиги ва ёғлар кўшлиги сабабли)	Оқимтир (стеркобилин йўқлиги ва ёғлар кўшлиги сабабли)
12	Қон таҳлили	Анемия, ретикулоцитоз	Гиперспленизм ривожланганда цитопения, ЭЧТнинг юқорилиги	Яққол намоён бўлмаган лейкоцитоз, анемия, ЭЧТнинг юқорилиги	Яққол намоён бўлмаган лейкоцитоз
13	Холестерин кўрсаткичлари	Меъёрида	Меъёрида ёки камайган (жигар ичи холестазида юқори)	Меъёрида ёки юқори	Меъёрида ёки юқори
14	Қонда билирубин кўрсаткичлари	Қонда боғланмаган билирубин микдори юқори	Қонда боғланган ва боғланмаган билирубин кўрсаткичлари юқори	Қонда боғланган билирубин кўрсаткичлари доимий юқори ва мунтазам ўсиб боради	Қонда боғланган билирубин кўрсаткичлари доимий юқори (баъзан қисқа муллатли)
15	Ишқорли фосфатаза кўрсаткичлари ва чўкма синамалари	Ишқорли фосфатаза кўрсаткичлари ўзгармаган ва чўкма синамалар манфий	Меъёрида, баъзан (жигар ичи холестазида) юқори, чўкма синамалар мусбат	Кескин кўтарилган, чўкма синамалари манфий	Кўтарилган
16	Аминотрансферазалар фаоллиги	Меъёрида	Аксарият ҳолларда юқори	Меъёрида ёки бир оз кўтарилган	Меъёрида ёки бир оз кўтарилган
17	Ўтказилиши лозим бўлган махсус синамалар	Кубс реакцияси. Эритроцитлар резистентлигини ва қон зардобидagi иссиқ ва сувқликка анигителалар, гаптоглобулинларни аниқлаш, гемоглобин электрофорези	Вирусли гепатит маркерларини аниқлаш (ИФА, ПЗР), жигар биопсияси, лапароскопия. Бенгал-пушти ёки коллоид олтин билан радиоизотоп текшириш, бром сульфален синамаси	Ўт йўллари ва ошқозоничак тизимини рентген ёрдамида текшириш. Лапароскопия. Тери оркали жигар ичи холангиографияси, жигарни сканерлаш. Қонда ва пешобда ферментлардиастазаларни аниқлаш. Нажасни яширин қонга текшириш	Ўт йўллари ва ошқозоничак тизимини рентген ёрдамида текшириш. Жигар биопсияси, лапароскопия. Тери оркали жигар ичи холангиографияси, гелатогграфия, жигарни сканерлаш. Қонда ва пешобда ферментлардиастазаларни аниқ-

					лаш. Нажасни яширин конга текшириш
--	--	--	--	--	--

Сариқликка чалинган беморларни синчковлик билан кўздан кечириш ва объектив кўрикдан ўтказиш унинг сабабини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга эканлигини УАВ унутмаслиги (2-расм) лозим.



2-расм. Сариқликка чалинган беморларларда кузатиладиган ўзгаришлар.

ГЕМОЛИТИК САРИҚЛИКЛАР

Гемолитик сариқлик – эритроцитларнинг осмотик резистентлиги ва механик чидамлилигининг камайиши ҳамда уларнинг парчаланиши билан боғлиқ. Унда кўп миқдорда гемоглобин озод бўлиб, бир кунлик миқдори 45 г гача (меъёрида 6,25) этади ва мос равишда билирубин миқдори ортиб, унинг 35 % ни боғланмаган (конъюгирланмаган) фракция ташкил этади. Эримайдиган ва сийдик билан ажралмайдиган билирубиннинг ушбу фракцияси организм тўкималари учун заҳар ҳисобланади. Сариқликнинг ушбу кўриниши аксарият ҳолларда ёшларда учраб, морфологик томондан гепатоцитларда ўзгаришлар кузатилмаганлиги сабабли жигар кам зарарланади. Айрим ҳолларда тўсатдан гемолитик криз кузатилиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, қайт қилиш, тери ва кўз шиллик пардаларининг сарғайиши, талокнинг катталаниши билан кечиб, нажас ва сийдик ранги ўзгармайди. Клиник томондан яққол намоён бўлмаган сариқлик, терининг сариқ лимон тусда бўлиши, рангпарлик белгилари хосдир. Камқонликнинг намоён бўлиши эритроцитларнинг парчаланиш тезлиги ва ҳосил бўлиши билан узвий боғлиқ. Одатда гемолитик криз вақтида камқонлик кучайиб боради ва беморларда қоринда ва кўл-оёқларда оғрик, иситмалаш, бош оғриғи, қон босимининг пасайиб кетиши, қоллапс кузатилиши мумкин. Қонда лейкоцитоз, ретикулоцитлар сонининг 20% гача ошиши, конъюгирланмаган билирубиннинг меъёридан кўтарилиши қайд этилади. Гемолитик сариқликка ирсий микросфероцитоз, ирсий стоматитоз, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа тансиклигидан келиб чиқувчи ирсий гемолитик ва аутоиммун гемолитик анемия, талассемия, пароксизмал тунги гемоглобинуриялар кирди.

Наслий микросфероцитоз (Минковский-Шоффар касаллиги) доминант ёки рецессив йўл билан наслдан-насла ўтадиган касалликдир. Ўз қобиғидаги оқибатида юзага келади. Асосий белгилари: сариқлик, камқонлик, спленомегалия, сийдикда ўт пигментларининг аниқланиши. Беморларда сариқлик белгилари тезда пайдо бўлмай, юқумли касалликлар кўшилганда ёки бемор у билан асоратланганда юзага келиши мумкин. Криз вақтида қондаги гемоглобин кўрсаткичлари кескин камайиб, баъзан 40-50 г/л гача тушиб кетади.

Ўроқсимон хужайрали камқонликда - гемолитик криз ҳамда яққол оғрик синдроми, жигарнинг ўткир зарарланиши, ўнг қобирға ёйи остида оғрик, иситмалаш, яққол намоён бўлган сариқлик белгилари кузатилади. Қонда трансминазалар, ишқорли фосфатазалар ва билирубиннинг сурункали юқори даражада бўлиши қайд этилади.

Талассемия – гемоглабин синтезининг наслий бузилиши ҳисобланиб, сариқлик пайдо бўлиши, жигар ва талок катталаниши, боғланмаган билирубин, ретикулоцитларнинг ошиши, морфологик ўзгарган

эритроцитларнинг (анизо-пойкилоцитоз) пайдо бўлиши билан кечади. Беморларда гемолитик кризлар, иситмалаш, суяк илигида ўзгаришлар, жигарда сидероз, баъзан эса фиброз кузатилади.

Ирсий стомацитоз - эритроцитлар мембранаси етишмовчилиги билан характерланади ва шакли ўзига хос бўлиб, оғизга ўхшаб қолади. Анемия (гемоглобин 70-90 г/л, криздан ташқари вақтда, 30-50 г/л-криз пайтида), конюгирланмаган билирубин ҳисобида сариқлик билан намоён бўлади ва одатда талоқ катталашмайди.

Ирсий глюкозо – 6 - фосфатдегидрогеназа дефицитидан келиб чикувчи гемолитик анемия. Кўпроқ эркаларда учраб, рецессив типда наслдан-наслга ўтади. Сариклик, иситма кўтарилиши, қоринда оғриқ ва дуккакли ўсимликлар, баъзи дори воситалари (сульфаниламидлар, хлорамфеникол, фуразолидон, фенацетин, аспириин, хинин, пентанин ва ҳ.к.) қабул қилинганда, сийдикнинг тўқ рангга бўялиш белгилари билан намоён бўлади.

Юқорида кўрсатилган дори воситалари қабул қилингандан сўнг 3-5 кун ўтгач, одатда криз юзага келади. Криздан ташқари ҳолларда қондаги 6-фосфатдегидрогеназа фаоллиги аниқланганда, унинг камайганлиги ёки бутунлай йўқлиги кузатилади. Ушбу касалликда кузатиладиган стук эритроцитларнинг массив гемолизи асосида глютатионнинг тикланиш жараёнининг бузилиши ётади.

Пароксизмал тунги гемоглобинурия (Маркиафави-Микели касаллиги)-орттирилган гемолитик анемия, эритроцитлар тизимининг ўзгариши ва томирлар ичи гемолизи билан боғлиқ. Кризлар тунда ривожланиб, қоринда оғриқ ва майда веналар тромбози кузатилади. Қориндаги оғриқ баъзан шунчалик кучли бўладики, беморлар аппендицит ёки бошқа жароҳлик касалликларига шубҳа билан операция қилинади. Шунингдек,, жигар, талоқ ўртача катталашган, титрок, ҳарорат 40°Сгача кўтарилиши, тери ва склера сарғайиши кузатилади. Тўқ рангли сийдик гемоглобинурия – эритроцитлар бўлмаслиги билан характерланади. Билирубин даражаси конюгирланмаган фракция ҳисобига ортади.

Аутоиммун гемолитик анемия – томирлар ичи гемолизи билан намоён бўлувчи ва сариқлик билан кечувчи орттирилган гемолитик камқонлик. Ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ушбу анемия билан оғриган беморларнинг 40% да унинг юзага келиш сабаблари ноаниқлигича қолса (идиопатик), 60% да унга олиб келган асосий касалликни аниқлаш мумкин. Кўпинча бу лимфогранулематоз, лимфолейкоз, иммунокомплексли касалликлар, ярали колит, безгак, сепсис ёки токсоплазмоз бўлади. Қонда эритроцитларни эритиш қобилиятига эга бўлган антителалар аниқланади.

Клиникаси: артралгия, қорин оғриғи, ҳолсизлик, сариқлик, жигар ва талоқ катталашган. Билирубин конюгирланмаган фракция ҳисобига 40-60 мк/моль.гача ошади. Шунингдек,, ретикулоцитоз, макроцитоз, микроцитоз, эритроцитларнинг осмотик резистентлиги пасайиши кузатилади.

Юкумли касалликлар орасида гемолитик сариклик безгақда кузатилади. Бу ўткир, трансмиссив касаллик бўлиб, плазмодиялар чақиради. Унга тана ҳароратининг бетартиб равишда ортиши ва пасайиши, сариклик, гепатоспленомегалия, камконлик хос. Касаллик патогенезида безгақ паразити таъсири остида эритроцитларнинг емирилиши оқибатида уларнинг гемолизга учраши ётади. Ташхис қўйишда касаллик тарихига оид маълумотлар (беморни эндемик ўчоқлар – Африка, Осиё, Марказий Америкада бўлганлиги), тана ҳароратининг титраш, қизиб кетиш, тер ажралиши ҳолатлари билан кетма-кетликда кўтарилиши хослиги катта аҳамиятга эга. Безгақни чақирган паразит туридан келиб чиққан ҳолда 3 кунлик, 4 кунлик ва тропик безгақ фарқланади.

Периферик кон суртмасида плазмодийлар аниқланган (“семиз томчи” усули) ҳолда ташхис тасдиқланади. Конда эркин билирубин миқдори ортгани ҳолда, АЛТ, АСТ кўрсаткичлари меъърида бўлади.

УАВ гемолитик анемияга шубҳа бўлган барча ҳолларда беморни ихтисослаштирилган шифохонага юбориши лозим.

Жигар сарикликлари

Жигар сариклиги гепатоцитларнинг (ва холангиолалар) зарарланиши натижасида унинг билирубин ажратиш, тутиб қолиш ва регургитация қобилияти бузилиши оқибатида кузатилади. Келиб чиқишига вирусли гепатитлар (А,В,С,Д,Е), шу жумладан, сурункалилари, юкумли мононуклеоз, цитомегаловирус инфекцияси, лептоспироз, ичак иерсиниози, наслий пигментли гепатозлар, токсик гепатитлар, алкоғолли гепатит ва жигар циррозлари сабаб бўлади. Жигар тўқимаси шикастланиши натижасида юзага келадиган сарикликлар орасида кенг тарқалгани вирусли гепатитлар ҳисобланади. Уларни ўз вақтида ташхислаш ва тегишли тиббий чоратadbирлар кўриш муҳим амалий аҳамиятга эга. Шунинг учун УАВ жигар сариклигига олиб келувчи касалликлар тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлмоғи лозим.

Вирусли гепатит А (ВГА) – ўткир юкумли касаллик бўлиб, антропонозлар гуруҳига мансуб ва кўпроқ болаларда учрайди ҳамда кечишида даврийлик хос. Касалликнинг субклиник ёки сарикликсиз – кам белгилар билан кечадиган шакллари мавжуд. Яширин даврнинг сўнгги кунлари ва хасталик бошланғич даврининг илк ҳафтасини бошидан кечираётган беморлар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Унинг фекал-орал тарқалиши - маиший алоқа, озиқ-овқат маҳсулотлари ва сув орқали амалга ошади. Касалликнинг йирик ўчоқлари аҳолини сув билан таъминловчи ҳавзаларнинг нажас билан ифлосланиши оқибатида юзага келади ва кўпинча куз-киш фаслларида кузатилади. Гепатит А нинг ўзига хослиги, клиник жиҳатдан енгил кечиши ва жараённинг сурункали босқичга ўтиш хавфи умуман йўқлигидадир. ВГА, бошқа гепатитлар каби сариклик ёки усиз кечиши мумкин. Сариклик олди даври одатда 4–5 кун давом

этади. Кўп ҳолларда гриппга ўхшаш ва аралаш кечиши, баъзан – диспептик ва астеновегетатив шаклда кузатилади ҳамда ушбу давр тана ҳарорати кўтарилиши, беҳоллик, бош оғриши, иштаҳа сусайиши билан давом этади. Сариклик олди даври сўнггида пешоб тўйинган, нажас эса аксинча оқиш рангга эга бўлади. ВГА нинг сариклик даври пешоб рангининг тўйиниши, склералар, оғиз-ҳалқум шиллик кавати ва тери сарғайиши билан бошланади. Беҳоллик, уйқучанлик, иштаҳа сусайиши, ўнг қовурға ости соҳасида симилловчи оғриклар кузатилади. Сариклик даври давомийлиги 7–15 кун. ВГА нинг асосий хос маркерлари - эрта анти-HAV IgM антитаначалардир. Улар қон зардобиди яширин даврнинг 5–10-кунидан бошлаб пайдо бўлади ва касалликнинг кечиши давомида аниқланади. Кечки анти-HAV IgG аниқланиши илгари ВГА бошдан кечирганлигидан далолат беради. Касалликка қарши эмлаш деярли доимо бутун ҳаёт мобайнида иммунитет шаклланишига шароит яратади.

Таянч ташхисий белгилар:

- касалликни асосан алоқа йўл билан тарқалиши;
- эпидемик ўчоқлар шаклланиши ва касалликнинг гуруҳли кечиши;
- касалликнинг сентябр–январ ойларида кўп учраши;
- асосан болалар ёки навқирон ёшларда ривожланиши;
- одатда тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилиши билан бошланиши;
- сариклик олди даври қисқа муддат, 4–5 кун давом этиб, кўп ҳолларда диспептик белгилар билан кечиши;
- сариклик пайдо бўлгач, бемор умумий аҳволининг оғирлашмаслиги, унинг энгил намоён бўлиши ва қисқа муддат давом этиши;
- умумий захарланиш белгиларининг энгил бўлиши ва касалликнинг оғир шакллари камдан-кам ҳолларда ривожланиши;
- жараённинг сурункали тус олмаслиги;
- қон зардобиди анти-HAV-IgM аниқланиши.

Вирусли гепатит В (ВГВ) – ЖССТ маълумотларига кўра, ВГВ маркерлари дунё аҳолисининг 1/3 қисмида аниқланади. Ҳар йили ундан 2 млн. киши, улардан 100 минги ўта ўткир кечувчи туридан ҳалок бўлади. ВГВ катта ёшларда, айниқса, 40 ёшдан сўнг кўп учрайди. Касалликнинг ўткир ва сурункали шакли соғлом кишига бемор қони ва унинг маҳсулотлари – шаҳват, сўлак, қин ажралмаси, тер ва қўз ёшлари орқали юқади. Унга турли вена ичига ва мушак орасига қилинган инъекциялар, жарроҳлик амалиёти, стоматологда даволаниш сабаб бўлиши мумкин. Жарроҳлар, стоматологлар, акушер-гинескологлар, қон билан ишловчи лаборатория ходимлари, гиёҳвандлар хавфли гуруҳга қирадилар. Гепатит В нинг ўзига хос хусусияти, сариклик даври бошланиши билан касаллик кечиши яққол намоён бўлиб, оқибати доимо ижобий яқун топмайди. Сариклик олди даври 2 ҳафта давом этиб, кўп ҳолларда артралгик синдром, астения ва умумий захарланиш белгилари яққол ифодаланган бўлади. Гепатит В нинг продромал даври зардоб касаллиги каби кечиб, эшакем ёки доғли-туғмасимон тошмалар, майда бўғимлар полиартрити

(25% ҳолларда) каби белгилар хос. Баъзи ҳолларда гепатит В нинг ўта ўткир кечиши кузатилиб, аксарият вазиятларда ўлим билан тугайди. Касаллик оқибатида бемор соғайиши, шунингдек, сурункали гепатит В (6–10% ҳолларда) ривожланиши мумкин. Бу ҳолда беморда жигар циррози ва унинг хужайрали карциномаси вужудга келиш эҳтимоли бор.

Серологик текширувларда қонда вирус В маркерлари (HBsAg ва анти-HBs, анти-HBcIgM, HBeAg ва анти-HBe, ДНК-ВГВ), уларнинг миқдори, элиминацияси ва сероконверсия муддатлари маълумотлари ВГВ ташхисини тасдиқлайди.

Таянч ташхисий белгилар:

- 3–6 ой мобайнида парентерал муолажалар ўтказилганлиги;
- мавсумийлик йўқлиги;
- сариклик олди даврини артралгик синдром билан кечувчи ВГА га нисбатан суст, лекин узоқ муддат давом этиши;
- сариклик пайдо бўлганда, бемор аҳволининг оғирлашиши;
- қонда HBsAg ва ўткир гепатит В нинг бошқа маркерлари (HBeAg, анти-HBc IgM, ДНК-ВГВ) аниқланиши.

Вирусли гепатит С (ВГС) ҳам парентерал вирусли гепатитлар гуруҳига мансуб бўлса ҳам, қатор ўзига хос хусусиятларга эга. Унинг яширин даври 2 ҳафтадан 3 ойгача, баъзан бир неча кундан 52 ҳафтагача давом этади ва барча ёшдаги кишилар касалланади. Белгиларсиз ёки яққол клиник симптомлар билан кузатилган ҳолларда ҳам, ВГВ га нисбатан енгил кечади. ВГС учун касалликни сарикликсиз кечиши хос; сариклик синдроми 14 – 37 % ҳолларда қайд этилади. ВГС нинг клиник яққол ифодаланган шакллари ривожланган ҳолларда бошқа вирусли гепатитларга хос бўлган даврийлик кузатилади. Касаллик одатда аста-секин ривожланади. Сариклик олди даврида умумий заҳарланиш белгилари умуман кузатилмайди ёки яққол ифодаланмаган бўлади, беморни беҳоллик, кўнгил айниши, иштаҳа сусайиши каби белгилар безовта қилади. Сариклик даврида умумий заҳарланиш белгилари суст ифодаланadi. Унинг давомийлик муддати 10–20 кундан (кўп ҳолларда 14 кундан ортиқ) иборат бўлиб, трансaminaзалар миқдори ортиши кузатилади. ВГС асосан енгил кечишига қарамай, касалликнинг фульминант (ёмон сифатли, оғир кечадиган) шакллари ривожланиши мумкин. Унинг сўнгги шакли асоратланмаган анамнезга эга, аммо иммун танқислиги мавжуд шахсларда, жигарнинг сурункали касаллиги билан хаста беморларда, ВГС ривожланган ҳолларда, болаларда перинатал инфекцияланишда кузатилади. Ўткир инфекциядан сўнг сурункали шакли ривожланиши (50–70% ҳолларда) ВГС нинг ўзига хос хусусияти ҳисобланади. HCV-инфекция бирламчи гепатоцеллюляр карцинома ривожланиши омилларидан бири бўлиб хизмат қилади. Жигар сурункали касалликлари ривожланиши хавфи HCV-инфекция ўта юқори бўлганлиги сабабли, анти-HCV мавжуд шахсларда доимий кузатув олиб борилиши шарт. Кўп ҳолларда гепатит С нинг ўткир босқичи кузатилмайдиган бирламчи-сурункали шакллари аниқланади.

ВГСнинг лаборатор ташхиси РНК-вирус ва унга антитаначаларни аниқлашга асосланган. Ўткир гепатит С билан хаста беморнинг қон зардобида гепатит С вируси РНК си ПЗР (РНК – HCV) усули билан касаллик юқканидан 1–2 ҳафта ўтгач аниқланади. РНК-HCV аниқланиши организмда гепатит С вируси мавжудлигидан далолат беради. Инфекция жараёнида вирусемиянинг уч тури фарқланади:

- транзитор (ўткир ВГС да, бемор соғайиши билан кечганда) – қиска муддат мобайнида қайд этилиб, вирус элиминацияси билан кечади;
- персистирловчи (сурункали ВГС асосида) – бир неча йиллар давомида мунтазам равишда РНК-HCV аниқланиши билан кечади;
- қайталанувчи касаллик бошланишида вирус аниқланганлиги ва маълум вақт ўтгач РНК-HCV йўқолиши кузатилади, бир неча ойдан сўнг эса қайта аниқланади (кўп ҳолларда антивирус терапия ўтказилганда кузатилади).

Вирусли гепатит Д – дельта гепатит вируси, унинг ташки қавати гепатит В вирусининг (HBsAg) юзаки антигени билан ифодаланган. Зарра марказида таркибида майда РНК (геном) тутувчи махсус антиген (HDAg) жойлашган. Гепатит Д вируси ўз репликацияси учун гепатит В вирусининг облигат хелпер фаолиятига муҳтож. У асосан сурункали гепатит В билан хаста беморларда учрайди. Дельта-инфекция фақат парентерал йўл билан тарқалади.

Ривожланиш механизмига кўра касалликнинг 3 тури фарқланади:

1. аралаш – ўткир гепатит В ва дельта-инфекция (коинфекция);
2. сурункали гепатит В ва ўткир ВГД (суперинфекция);
3. сурункали гепатит дельта.

HBsAg ташувчилик асосида дельта-инфекциянинг ўткир, узок муддатли ва сурункали кечиши фарқланади. Гепатит В ва Д вируслари коинфекциясида касаллик хавфли фульминант шакллари каби оғир кечади. Ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38–39° Сга кўтарилади, умумий захарланиш белгилари яққол ифодаланган бўлади. Сариклик олди даври 2–3 кун давом этади. Сариклик пайдо бўлиши билан бемор аҳволи янада оғирлашади, геморрагик синдром кузатилади, жигар ва талок ўлчамлари катталашади. Клиник белгилари тез авж олади, жигар комаси ривожланади, касалликнинг 2–3- кунига бориб, бемор вафот этади.

Дельта-инфекция ташхиси гепатоцитлар ва қон зардобида дельта вируси маркерлари ва унинг антитаначаларини аниқлаш асосида қўйилади. Вирусли гепатитга шубҳа туғилган ҳолларда, УАВ беморга ётоқ тартиби, 5-парҳез дастурхони, кўп миқдорда суюқлик қабул қилишни тавсия қилмоғи лозим. Қонда билирубин ва жигар хужайра ферментлари – АЛТ, АСТ миқдорини аниқлашни буюриши керак. Кўрсаткичлар юқори бўлган ҳолларда беморни инфекционист маслаҳатиغا юбориш зарур.

Вирусли гепатит Е – фекал-орал йўл билан тарқалувчи, клиник белгилари бўйича вирусли гепатит А каби кечувчи инфекция. Яширин

даври 10–60 кун, кўп ҳолларда 30–40 кунни ташкил этади. Касаллик одатда аста-секин бошланади. Сариклик олди даври 1–9 кун, кўп ҳолларда 3–4 кун давом этади. Бу даврда беҳоллик, умумий нохушлик, иштаҳанинг пасайиши, беморларнинг учдан бир қисмида - кўнгил айниши, кайт қилиш кузатилади. Беморларнинг кўп қисмида эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасида оғриклар қайд этилиб, баъзан ўта кучли бўлади, қатор ҳолларда эса у касалликнинг илк белгиларидан бири ҳисобланади. Тана ҳарорати баъзан 38° С гача кўтарилиши мумкин. Бўғимда оғриклар ва уртикар тошмалар хос эмас. Асоратланмаган ҳолларда сариклик даври 1-3 ҳафта давом этиб, пешобнинг тўқ рангга кириши, нажас оқариши, тери ва склералар сарғайиши (баъзан яккол), жигар катталашуви (беморларнинг кўп қисмида қовурға равоғидан 3–6 см. пастда бўлади), гипербилирубинемия, трансминазалар фаоллиги ортиши билан биргаликда кечади. ВГА дан фарқли ўларок, сариклик пайдо бўлгач, умумий заҳарланиш белгилари йўқолмайди. Беморларнинг шу вақтга қадар мавжуд бўлган шикоятлари – беҳоллик, иштаҳанинг ёмонлашуви, эпигастрал ва ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриклар безовта қилиши давом этади, субфебрил тана ҳарорати, тери кичиши кузатилиши мумкин. Соғайиш даври 1–2 ой давом этиб, клиник-биохимёвий кўрсаткичлар аста-секин меъёрига қайтади. Қатор ҳолларда касаллик узок чўзилиб, ҳомиладор аёлларда оғир кечиши кузатилади. ВГЕ оғир шакли учун эритроцитлар гемолизи оқибатида гемоглобинурия, ўткир буйрак этишмовчилиги ва геморрагик синдром хос. Гемоглобинурия ВГЕ оғир шакли билан хаста беморларнинг 80% да ва жигар энцефалопатияси кузатилаётган беморларнинг деярли барчасида аниқланади ва бошқа аъзолардан қон кетиши билан (баъзан кўп миқдорда) намоён бўлади. Касалликнинг оғирлик даражаси ва гемостазнинг зардобга боғлиқ омиллари ҳолати ўртасида ўзаро узвий мувозанат мавжуд. Қон ивиши зардоб омиллари, шунингдек, протеаза ингибиторлари миқдорининг кескин камайиб кетиши бемор аҳволининг янада оғирлашуви ва ўткир жигар энцефалопатиясининг клиник белгилари юзага чиқишидан 1-2 кун аввал ривожланиши касалликнинг оқибатини аниқлашда муҳим аҳамият касб этади.

Кўп ҳолларда ВГЕ енгил ва ўрта оғир шаклларда кечади ва бемор соғайиб кетади. Шу билан бир қаторда, уларнинг бир қисмида асосан юқорида таъкидлаганимиздек, ҳомиладорларда ВГЕ оғир ва фульминант шаклларда кечиб, ўткир жигар энцефалопатияси ривожланиши ва ўлим билан тугаши мумкин. Касаллик тарқалган вақтда ўлим ҳолати 1–5%, ҳомиладорларда, айниқса, унинг II ярмида кўпроқ кузатилади. Ҳомиладорлар ўртасида юқори ўлим ҳолати ВГЕ тарқалишининг ўзига хос ташхисий ўлчами ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида (24 ҳафтадан юқори) бемор умумий аҳволи туғруқ (ҳомила тушиши мумкин) олдидан ёки ундан сўнг кескин оғирлашади, касалликнинг илк 2 ҳафтаси мобайнида кома олди ҳолати белгилари ва ўткир жигар энцефалопатияси жуда тез ривожланади ҳамда

яқин 1–2 кун давомида чуқур жигар комасига ўтиш ҳолатлари кузатилади; туғруқда кўп қон кетиши билан ифодаланган яққол геморрагик синдром, кўп ҳолларда ҳомиланинг антенатал ўлими ва жигар-буйрак етишмовчилиги ривожланишига сабаб бўлади.

Сурункали гепатит В билан хаста бемор Е вирусли инфекцияга учраганда, касалликнинг ўта нохуш кечиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўлим кўрсаткичи баъзан 75 – 80% га етади. Ҳозирги вақтда иммун фермент таҳлил усули билан гепатит Е вирусига антитаначаларни аниқлаш учун ташхисий синов тизимлари ишлаб чиқилган. Анти- HEV-IgG мавжудлиги гепатит Е вируси билан бундан илгари бўлиб ўтган алоқадан далолат беради.

Сурункали вирусли гепатитлар

Сурункали вирусли гепатитлар В, С, Д вируслари таъсири оқибатида ривожланади ва турғун гепатосиленомегалия, гиперферментемия, гипергамма-глобулинемия, диспротсинемия каби белгилар кузатилади.

Сурункали гепатитларнинг классификацияси 1994 йил Лос-Анжелесда (АҚШ) қабул қилинган.

Этиологияси ва патогенези бўйича:

- сурункали В, С, Д вирусли гепатитлар;
- ноаниқ сабабли вирусли гепатит;
- криптоген сурункали гепатит;
- аутоиммун сурункали гепатит – I- II –III типлари;
- дорилар таъсиридаги гепатитлар.

Фаоллик даражаси:

- мишимал;
- енгил намоён бўлган;
- ўртача даражадаги;
- яққол намоён бўлган.

Босқичи:

0-фиброзсиз;

1- енгил намоён бўлган портал фиброз;

2- ўртача даражадаги портал септал фиброз;

3- яққол намоён бўлган марказий портал септал;

4-портал гипертензия ва жигар етишмовчилиги оғирлиги баҳоланувчи

жигар циррози.

Даври:

- репликация;
- интеграция.

Сариклик синдроми фаоллиги ўрта ва юқори даражада бўлган сурункали гепатит учун хос, бундан ташқари томир юлдузчалари – телеангиоэктазиялар, кафтларнинг пальмар эритемасини кўриш мумкин.

Айрим ҳолларда бурундан қон кетишлар, эҳхимоз, пестехияли тошмалар, жигар ва талоқнинг сезиларли даражада катталашганлиги аниқланади. Жигар одатда катталашган, оғрикли. Ушбу белгиларни шартли равишда астено-вегетатив (қувватсизлик, рухий тушқунлик), дисцептик (иштаҳанинг пасайиши, қўнғил айниши, баъзан қайт қилиш ва ич кетиши), холестаз (тери кичиши, сариклик, пешобнинг қорайиши, нажаснинг оқариши), кичик буйрак этишмовчилиги белгилари (уйқучанлик, милқлардан қон кетиши, танада кўқаришлар пайдо бўлиши) синдроми гуруҳларига ажратиш мумкин. Қон зардобиди жигар-хужайра ферментларининг юқори фаоллиги, яққол диспротеинемия, тимол синамаси ва гамма-липопротеидлар кўрсаткичи ортиши, протромбин индекси ва сулема титрининг сусайиши доимий равишда аниқланади. Юқори фаолликка эга сурункали вирусли гепатит одатда узоқ муддат давом этиб, жигар циррози шаклланиши билан яқунланиши мумкин. Сурункали гепатитлар кўп ҳолларда холестатик синдром билан биргаликда кечади. Асосий белгилари – сариклик, кичишиш, терида доғлар пайдо бўлиши, қсантомалар, диспептик ҳолатлар, жигар ва талоқнинг бир оз катталашуви, терининг кичишиши натижасида тирноқ излари қолганлиги, уйқусизлик. Қонда холестерин, ўт кислоталари, ишқорли фосфатаза миқдори ортади.

“Сурункали гепатит” ташхисини қўйиш учун асбобий-текширув усуллари, жумладан, жигар УТТ ўтказиш зарур. Яқуний ташхис қўйишда сурункали гепатитнинг фаоллик даражасини аниқлаш учун жигар биопсияси ва унинг хужайраларини текширишни амалга ошириш лозим.

Вирусли гепатитга қалинган бемор аниқланган ҳолларда умумий амалиёт врачлари тактикаси

Ўткир гепатит ташхиси клиник-биокимёвий ва серологик текширувлар асосида қўйилади, оғирлик даражаси эса қабул қилинган тасниф бўйича баҳоланади. Унга қалинган барча беморлар юқумли касалликлар шифохонасида даволанишлари шарт. Истисно тариқасида гепатит А нинг енгил, сариксиз шакллари (Ўз.Респ.ССВнинг 2000 йилдаги 560-рақамли буйруғига асосан), асоратларсиз кечганда (врач ташхисининг тўғри эканлигига шубҳа бўлмаган ҳолларда) ва беморга тўла-тўқис парҳез ҳамда парвариш таъминланганда, кузатуви уй шароитида олиб борилиши мумкин. Гепатит А билан хаста бемор учун уй шароитида ярим ётоқ тартиби ва тўла-тўқис 5-парҳез дастурхони яратилиши етарли ҳисобланади. Таом кам миқдорда, тез-тез қабул қилиниши, суюқлик миқдори етарлича бўлиши лозим. Ич келиши ҳар куни мунтазам равишда бўлмоғи шарт. Баъзи ҳолларда гепатопротекторлар (фосфогливи 1 капсуладан кунда 3 марта, 1 ой мобайнида, қарсил ва бошқалар) буюрилади.

Касаллик ўрта-оғир ва оғир шаклларида кечганда, беморларга умумий захарланишга қарши инфузион терапия талаб этилганлиги сабабли, улар

шифохонада даволанишлари зарур. Парентерал гепатитларда (айниқса,, ВГВ да) жараён оғир кечиши ва сурункали шаклга ўтиш эҳтимоли юқорилиги хисобга олиниб, беморлар юқумли касалликлар шифохонасида даволанишлари шарт. Камдан-кам ҳолларда, ВГВ фульминант шаклларида (жигар комаси эрта ривожланиши) беморни касалхонага юбориш олдидан тезкор ёрдам кўрсатиш талаб этилади. Рухий кўзғалиш ҳолларида седуксеннинг 0,5% эритмаси 3-4 мл мушак орасига ёки 50-100 мг натрий оксибутирати 1 кг тана вазнига глюкозанинг 5% эритмасида в/и томчилаб юборилади. Шу ўринда беморга кўрсатиладиган ёрдам уни шифохонанинг интенсив даволаш бўлимига ўз вақтида ётқизишга тўсқинлик қилмаслиги лозимлигини УАВ эсда тутиши керак. Касаллик профилактикасига парентерал муолажаларни имкон қадар чегаралаш, бир марта қўллаш учун мўлжалланган тиббий асбоблардан фойдаланиш, хавfli гуруҳда қон билан алокани бартараф этиш каби тадбирлар қиради. Гепатит В га қарши эмлаш режа бўйича уч маротаба (чакалоқлар туғилган вақтда, 1 ва 6 ойлигида) амалга оширилади. Иммунитет беморларнинг 95 - 97 % да камида 5-7 йил муддатга шаклланади.

Сурункали вирусли гепатит В, С ва Д ни даволаш одатда ҚВП ва ОП шароитида олиб борилади. Фаоллик жараёни мавжуд бўлса, беморлар юқумли касалликлар шифохонасида гепатитга чалинган беморлар ётадиган бўлимларда ёки махсус гепатология марказларида олиб борилиши керак. Бемор уйда бўлган даврда УАВ мутахассис тавсияларининг бажарилишини назорат қилиб бориши лозим.

Ўзбекистон республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 560-буйруғига асосан, вирусли гепатит билан касалланган беморлар диспансер кузатувида туришлари керак. ВГАда назорат текшируви бемор даволанган шифохона врач томонидан уйга рухсат берилгандан 1 ой муддат ўтгандан сўнг амалга оширилиши керак. Соғайиб бораётган беморда биринчи назорат текшируви вақтида клиник ва биокимёвий текширишларда ўзгаришлар аниқланмаса, уларни диспансер кузатувидан чиқариш мумкин. Шифохонадан рухсат берилгандан сўнг беморлар 2-4 ҳафта мобайнида вақтинча меҳнатга яроқсиз ҳисобланадилар.

Парентерал гепатитларда (ВГВ, ВГС, ВГД,) ҳам илк текширув ВГА каби бўлиб, қайта назорат ОП ёки ҚВП врач томонидан 3, 6, 9 ва 12 ойларда амалга оширилади.

ВГА билан хаста бемор билан алоқада бўлган шахслар устидан 35 кун мобайнида назорат ўрнатилади ва улар ҳар кун кўздан кечирилади (тана ҳароратини ўлчаш, пешоб, склера, тери ранги ўзгариши, жигар ўлчамлари ва б.к.) ҳамда ҳафтада бир маротаба қонда АЛТ миқдори аниқланади. Ҳомиладор аёлда ВГЕ га гумон туғилган ҳолларда, дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига йўлланма берилади.

Халқнинг иқтисодий-ижтимоий шароитини яхшилаш ва аввало аҳоли учун ичимлик суви олинадиган ҳавзаларнинг нажас билан ифлосланишининг олдини олиш чораларини кўриш ВГЕ нинг асосий

профилактикаси ҳисобланади. Шунингдек,, ВГА га қарши қаратилган санитария-гигиена тадбирлари ВГЕ профилактикаси учун ҳам кўмак беради. Афсуски, ҳозирча ВГЕ нинг олдини олишга қаратилган махсус профилактика чора-тадбирлари ишлаб чиқилмаган.

Вирусли гепатит билан хаста беморларда, донорлар, ҳомиладорлар ва бошқа хавф гуруҳларида анти-НСV аниқланган ҳолларда, дарҳол клиник-биокимёвий ва серологик текширувлар (касаллик тарихи, жигар ва талок ўлчамлари, билирубин, аминотрансферазалар миқдори, гепатит А ва В ни истисно этиш учун ВГА ва ВГВ маркерлари) ўтказиш, ўткир ёки сурункали ВГС мавжудлигини аниқлаш мақсадида инфекционист кўригини амалга ошириш; шу билан бирга, ўткир ВГС кўп ҳолларда енгил ва сариқсиз шаклларда кечишини ёдда сақлаш лозим. Сурункали ВГС ни ўз вақтида аниқлаш мақсадида анти-НСV мавжуд бўлган шахсларни диспансер назоратига олиб, мунтазам равишда (3–6 ойда бир маротаба) клиник-биокимёвий ва серологик текширувлар ўтказиб турилиши шарт. НСV га антитаначалари мавжуд ҳомиладор аёллар, туғруқ вақтида айнан ВГВ да ўтказилиши лозим бўлган эпидемияга қарши талабларни амалга оширган ҳолда обсервация туғруқ бўлимларига жойлаштирилиши зарур. Анти-НСV мавжуд онадан туғилган болалар турар жойидаги ОП ёки ҚВПда камида 6 ой муддатда кузатувда бўлади (уларда ўткир ВГС ривожланиши мумкин) ва клиник-биокимёвий ҳамда серологик текширишлар амалга оширилади. ВГС профилактикаси ВГВ профилактикаси каби олиб борилади. Ҳозирги вақтда ВГС га қарши зардоб яратиш борасида ишлар олиб борилмоқда.

Юқумли мононуклеоз (кўзгатувчиси Эпштейн-Барр вируси) – ҳавотомчи йўли билан тарқалади, умумий захарланиш белгилари, томоқ оғриғи, ангина (касалликнинг илк кунлари катарал, сўнг ярали-некротик туригача кузатилади), полиаденопатия (асосан бўйин, кўлтик ости ва чов лимфа тугунлари катталашади), гепатоспленомегалия (касалликнинг 3–4 кунидан бошлаб жигар ва талок катталашади), экзантема (беморларнинг 3–25% да учрайди, доғсимон-туғунсимон хусусиятга эга), жигарда яллиғланиш жараёни ривожланиши оқибатида сариқлик синдромлари юзга чиқиши билан кечади. Қонда енгил билирубинемия, (боғланган қисми ҳисобига), ферментемия (юкори кўрсаткичлар хос эмас) аниқланади. Гемограммада лимфоцитоз, атипик хужайралар (мононуклеар), махсус антитаначаларни (Паул-Бунел ва бошқалар) аниқлашга қаратилган серологик реакцияларнинг ижобий эканлиги аниқланади.

Цитомегаловирус инфекцияси – касалликни герпеснинг ДНК тутувчи вирусига мансуб бўлган цитомегаловирус (ЦМВ) чақиради ва навқирон ёшли шахсларда кўп учрайди. Касаллик алоқа (контакт) ва парентерал йўл (кон ва унинг маҳсулотлари) билан тарқалади. Аксарият одамлар болалик давридаёқ ушбу касалликнинг яширин шаклини бошдан кечиришди. Катта ёшли аҳолининг 70–80% қонида вируснинг фаолиятини сусайтирувчи антитаначалар аниқланади. Касалликнинг туғма ва орттирилган шакллари фарқланади. Туғма цитомегалия тарқалган инфекция каби кўп аъзо ва тизимларнинг зарарланиши билан кечади

ва янги туғилган чакалоқлар учун ўта хавфли ҳисобланади. Орттирилган шакли мононуклеоз синдромига ўхшаб, баъзан ўпка, ошқозон-ичак тизими ва жигар зарарланиши билан, баъзан белгиларсиз кечиши мумкин. Яққол белгилар билан намоеъ бўлган шаклларида жигар, талок катталашади, склера ва тери сарғайиши, пешобнинг тўйинган тусга кириши, тана ҳароратининг кўтарилиши, совқотиш, томок оғриши, бўйин лимфа тугунлари катталашиши (мононуклеоз синдроми), қон зардобида боғланган билирубин миқдори, АЛТ, АСТ, ишқорли фосфатаза кўрсаткичлари ортиши, пешобда ўзгаришлар кузатилади. Тана ҳароратининг ҳар куни 30 – 40 С° гача кўтарилиб, иситмалаш ҳолатлари 2 – 4 ҳафта ва ундан кўп муддат давом этиши мумкин. Периферик қонда лимфоцитоз ва атипик мононуклеарлар аниқланиши, инфекцияцион мононуклеоз тўғрисида фикр юритишга асос бўлади. Ҳозирги вақтда IgM ва IgG синфига мансуб махсус антитаначаларни алоҳида аниқлашга имкон берувчи иммун фермент таҳлил (ИФТ) усули катта аҳамиятга эга.

Лептоспироз – Вейл-Василев касаллиги (сув безгаги) – зооноз, касаллик ўткир бошланиб, захарланиш белгилари, иситмалаш, гемorraгик синдромнинг турли кўринишлари, жигар, буйрак ва асаб тизими зарарланиш хос. Касаллик асосан ифлосланган сув ҳавзаларида чўмилганда ёки кишлоқ хўжалиги соҳасида ишловчиларда, хусусан қундуз ёки сув каламуши этиштириш билан машғул бўлган шахслар орасида тарқалган ва ёз ҳамда куз фаслларида кўп учрайди. Сариклик ва усиз кечадиган шакллари фарқланади. Унинг биринчи шаклини бошқа сариклик билан кечувчи касалликлар билан қиёсий таъхис ўтказиш зарурияти туғилади ва у 2-жадвалда келтирилган.

2- жадвал

Жигар сарикликларини қиёсий таъхислаш мезонлари

Касалликлар	Таъхисий мезонлари
В и р у с л и гепатитлар	-сариклик олди ва сариклик даврлари (давомийлиги, оғирлиги, даврийлиги); -сариклик даврида ўткир жигар этишмовчилиги белгилари; -лейкопения, лимфоци тоз; -А, В, С, Д, Е вируслари маркерлари.
Лептоспироз	-ренал синдром; -гемorraгик синдром; -серологик текширувлар; -нейтрофилли лейкоцитоз.
Юкумли мононуклеоз	-томок оғриги (ангина) синдроми; -полиаденопатия; -спленомегалия; -моноцитозли лейкоцитоз; -атипик мононуклеарлар; -мусбат серологик синамалар.

Иерсиниоз-лар	<ul style="list-style-type: none"> -скарлатинасимон шакли; -артралгия синдроми; -ошқозон-ичак синдроми; -септик шакли; -кўзгатувчини бактериологик усулда аниқлаш; -мусбат серологик синамалари
---------------	---

Сариқлик билан кечувчи шаклида касаллик ўткир бошланади, тана ҳарорати 39–40° Сгача кўтарилади, совуқ қотиш кузатилади. Бемор бош айланиши, бош оғриши, беҳоллик, уйқусизлик, кўкрак, қорин, болдир ва панжа мушакларида кучли оғриқларга шикоят қилади. Уларнинг ташқи кўриниши ўзига хос – юзи қизарган ва кerkкан, кўз шиллик пардаси томирлари яққол ифодаланган, конъюнктивит белгилари, касалликнинг 3–5–куни беморларнинг яримида турли хусусиятли симметрик жойлашган скарлатина ёки қизамиқдаги каби тошмалар. Геморрагик синдром – бурундан қон кетиши, тери ва склераларда қон қуйилиши, полилимфоденопатия юзага келади. Шу билан бирга, жигар зарарланиши белгилари – қоринда оғриқлар, жигар ўлчамлари катталаниши, сариқлик (енгил шаклидан то яққол намоён бўлган тусгача кириши), талоқ катталаниши кузатилади. Пешоб – пиво рангида, нажас эса рангсиз тус олади.

Лаборатор текширувда – қон зардобиди боғланган ва эркин (унча юқори бўлмаган) билирубин миқдори ортганлиги, АЛТ ва АСТ – бир оз юқорилиги, протромбин индекси пасайганлиги ва оқсил-чўкма синамалари енгил ижобий эканлиги аниқланади. Буйрак зарарланган ҳолларда мочевина, қолдиқ азот ва креатинин миқдори ортади. Ташхисни аниқлашда бактериологик (қон, орқа мия суюқлиги, пешоб), биологик (денгиз чўчкаларида текшириш), серологик (лептоспираларнинг тирик экмалари билан микроагглютинация реакцияси) текширув усуллари ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Қонда антитаначалар касалликнинг 2-ҳафтасидан бошлаб аниқланади ва ташхисий титри 1:100; 1:200 ҳисобланади. Бундан ташқари, лептоспиралар касалликнинг 7–кунига қадар қонда, 10–кундан сўнг эса пешобда аниқланади. Серологик текширувда махсус антитаначалар аниқланиб, ташхисий титри 1:100; 1:200 бўлса-да, қайта текширувларда кўрсаткич 4 ва ундан юқори миқдорларда ортганда муҳим ташхисий аҳамият касб этади.

Ичак иерсиниози – ўткир юқумли касаллик бўлиб *Y. Enterocolitica* таёқчаси чақиради ва турли клиник шакллари, шу жумладан, инфекциянинг кенг тарқалиши оқибатида юзага келувчи сариқлик билан кечувчи тури ҳам фарқланади. Одатда, иерсиниозда сариқлик қисқа муддатли бўлиб, 2 ҳафта давом этади. Бошланғич даврнинг илк белгилари – ўткир бошланиши, тана ҳароратининг юқорилиги, бош оғриғи, мушаклар, бўғим, белда оғриқлар, кўнгил айниши, қоринда оғриқ, суюқ нажас кўринишидаги диспептик белгилар, экзантема клиник жиҳатдан “иерсиниоз” ташхисига асос бўла олади. Лекин касаллик бошланишидан бир неча соат ўтгач, катарал (тумов, йўтал, томоқ оғриғи), артралгик ёки ичак синдромлари (ўткир гастрит, мезаденит,

терминал қуйи илеит) устунлиги 2–3 кун мобайнида кузатилиши мумкин. “Пайпок”, “узун пайпок”, “кўлқоп” кўринишидаги экзантема, сариклик синдроми беморларнинг яримида кузатилади. Қонда – лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭҚТ ортган. Бактериологик текширув – бемордан олинган қон, нажас, пешобни нерсиниозга экиб кўриш. Серологик текширувлар – махсус антитаначалар аниқланади.

Наслий пигментли генатозлар – улар асосида билирубин конъюгациясини амалга оширувчи глюкуронилтрансфераза ферменти наслий танқислиги ётади. УАВга баъзан Жилбер, Ротор, Криглер-Найяр, Дабин-Жонсон синдромларига чалинган беморлар мурожаат қилишлари мумкин. Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қилиш, рухий, жисмоний зўриқишлар (кейингиси спортчиларда кўпроқ учрайди), сурункали касалликлар сарикликнинг ривожланишини кучайтирувчи сабаблар ҳисобланади. Аксарият ҳолларда эркаклар хасталанади.

Жилбер синдроми - сурункали яхши сифатли наслий касаллик. 3-5% ҳолларда учраб, кўпроқ 20-30 ёшли эркакларда аниқланади. Бунда глюкуронилтрансфераза фаоллиги пасайиши натижасида гепатоцитларнинг эркин билирубинни тутиш ва конъюгация қобиляти бузилади. Дастлаб синдром ўткир касалликлар ва рухий бузилишларга боғлиқ равишда намоён бўлади ва 30% ҳолатларда белгиларсиз кечади.

Таъхислаш. Билирубин даражаси конъюгириланмаган фракция ҳисобига кўпаяди, конъюгириланган билирубин миқдори одатда 8 мкмоль/л. дан ортмайди. Тўлиқ очлик шароитида (суноқлик истеъмоли чекланмайди) 48 соат мобайнида конъюгириланмаган билирубин даражаси 2-3 марга ошади. Бу ҳол сурункали гепатит билан оғриган беморларда ва соғлом одамларда кузатилмайди.

Криглер – Найяр синдроми (гемолитик бўлмаган ядроли сариклик) ирсий табиатли касаллик бўлиб, патогенезида гепатоцитларда глюкоринилтрансфераза йўқлиги ётади.

Клиникаси: яққол сариклик, оғир неврологик бузилишлар кузатилади. Сариклик белгилари туғилгандан сўнг дастлабки кунларда ривожланиб, умр бўйи сақланиб қолади. Нажас ахолик, сафрода билирубин излари аниқланади. Марказий нерв тизими шикастланиши мушаклар гипертонуси, нистагм, опистотонус, тоник - клоник титрок (талвасалар) ва бошқалар билан намоён бўлади.

Таъхислаш: эркин билирубин миқдорини 300 мкмоль/л.дан ортиши, баъзан 800 мкмоль/л гача кўтарилиши кузатилади. Беморлар ҳаётларининг биринчи йилидаёқ ядровий сариклик ёки интеркурент касалликлардан вафот этадилар.

Дабин –Джонсон синдроми патогенезида гепатоцитларнинг экскретор функцияси бузилиши ётади.

Клиникаси: кўпроқ эркакларда учрайди, асосан сурункали ёки интермиттирланувчи ва сушт ифодаланган сариклик билан намоён бўлади.

Жигар ўртача катталашади. Умумий билирубин миқдори 19-50 мкмоль/л гача асосан конъюгирилланган фракция ёки бир хил даражада ҳар иккаласи ҳисобига ошади. Бромсульфален қонда тутилиб қолиши дастлабки 45 дақиқа давомида кузатилади. Қора пигмент тўпланиши натижасида жигар ранги тўқ (қора жигар) тусга киради.

Ротор синдроми патогенезида фермент тизимидаги камчилик натижасида конъюгирилланган билирубин транспорти бузилади.

Клиникаси: касаллик болалик чоғида намоён бўлиб, қонда конъюгирилланган билирубин тўпланиши ва билирубинемия билан характерланади. Умумий билирубин миқдори 60-100, баъзан 170 мкмоль/л. гача кўтарилиши мумкин. Бромсульфален синамаси ошган, қондаги бўёқ тутилиши 45 дақиқадан юқори. Холецистографияда ўт йўллари контрастланмайди.

Токсик гепатитлар – кимё саноатининг кенг тараққий этиши ва кимёвий моддалар ҳамда дори воситаларининг жигарга тўғридан-тўғри таъсир этиши сабабли муҳим амалий аҳамият касб этади. Гепатотоксик препаратларга парацетамол, салицилатлар, тетрациклин (гепатоцитлар некрозини чакиради), антидепрессантлар, НЯҚВ, безгак, тутканоққа қарши дорилар киради. Ўткир токсик гепатит вирусли гепатит каби белгилар билан кечса ҳам, сариқлик олди даври ва касалликнинг даврийлиги кузатилмайди. Анорексия, кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғриқ каби белгилар хос. Токсик препарат миқдорига боғлиқ равишда сариқлик енгил ёки яққол ифодаланади. Гепатотроп модданинг кучи ва миқдорига боғлиқ равишда жигар бир оз катталашган, баъзан оғриқли бўлиши мумкин. Ташхис қўйишда синчковлик билан тўпланган касаллик тарихи, қонда билвосита билирубин миқдори ортиши, ферментлар кўрсаткичи меъёрида бўлиши муҳим аҳамиятга эга.

Ўткир алкоғолли гепатит – сурункали алкоғолизм билан хаста беморларда ривожланади. Вирусли гепатитлардан фарқли ўлароқ, жараён секинлик билан кучайиб бориб, жигар аста-секин катталашади ва зичлашади, қирралари ўткир бўлади ҳамда қовурға равоғи остидан бир текис туртиб чиқади. Енгил лейкоцитоз, ишқорли фосфатаза ва гамма-глутамин трансфераза (ГТ) фаоллиги ортиб, билирубин-аминотрансфераза ассоциацияси хос. Сариқлик одатда бир текис тарқалмайди.

Жигар циррозлари

Жигар циррози гепатобилиар тизим касалликларининг кечки босқичларида пайдо бўлиб, унинг функционал имкониятларининг кескин пасайганлигидан далолат беради. Унда гепатоцитлар дистрофияси ва некрози, хужайраларнинг тугунли регенерацияси ҳамда жигар архитектурасининг бузилиши кузатилади.

Жигар циррози классификацияси (Аруин Х.И.2001 й.)

- портал;
- постнекротик;
- билиар.

Қуйидаги ҳолатлар кўпроқ жигар циррозига олиб келади:

1. В, С ва D вируслари чақирган юқори фаолликдаги сурункали гепатитлар;

2. алкоголизм.

Камроқ ҳолларда қуйидагилар циррозга сабаб бўлиши мумкин:

1. гемохроматоз;
2. бирламчи билиар цирроз;
3. Вильсон касаллиги;
4. токсик таъсир қилувчи дори воситаларини қабул қилиш;
5. веноз оқимнинг бузилиши (Бадда – Киари синдроми).

Касаллик кечишида уч босқич тафовут этилади:

1. Бошланғич: беморлар умумий қувватсизлик, уйқучанлик, иштаҳанинг йўқолиши ва астеновегетатив синдромга хос бўлган шикоятлар билдирадидилар. Ушбу босқичда фақат синчковлик билан ўтказилган асбобий текширувлар ёрдамида цирроз белгилари мавжудлигини аниқлаш мумкин;

2. Жигар циррози шаклланган даврда беморларда портал гипертензия белгилари пайдо бўлади. Унга доимий безовта қилувчи метеоризм, спленомегалия кейинроқ пайдо бўлган гиперсплинизм киради. Эзофагогастрофиброскопияда қизилўнғач веналари кенгайганлиги аниқланади. Беморлар тана вазнини йўқота бошлайдилар. Ташқи кўринишларида тери қуруқ, ер рангида, томир юлдузчалари, жигар кафти, тирноқларда ўзгаришлар, тил ва лабларнинг лак рангига кириши, эркаларда гинекомастия, палпацияда катталашган қаттиқ жигар ва талок аниқланади;

3. Касалликнинг сўнгги босқичида қуйидаги жигар етишмовчилигига хос бўлган белгилар кузатилади:

- ◆ иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш;
- ◆ кориннинг катталашиши, асцит;
- ◆ паренхимотоз сариқлик;
- ◆ жигарнинг катталашиши (пайпаслаганда оғриқ), кечки босқичларида кичрайиши;
- ◆ спленомегалия (портал гипертензияда);
- ◆ қон оқишга мойиллик;
- ◆ оёқларда шишлар;
- ◆ ҳушнинг бузилиши.

УАВ ўз фаолиятида циррозга чалинган беморларда нисбатан енгил аниқланадиган кўрсаткичлар ёрдамида жигар ҳолатини баҳолаш имкониятини берадиган Чайл-Пью классификациясидан фойдаланиши (3-жадвал) мақсадга мувофиқ.

**Жигар-хужайра дисфункциясини баҳолаш
(Чайл-Пью) классификацияси**

№	Белгилар	А	В	С
1	Билирубин мг %	< 2	2-3	> 3
2	Альбумин г %	> 3,5	3 -3,5	<3,5
3	Асцит	Йўқ	Енгил назорат қилинадиган	Назорат қилиш оғир
4	Неврологик ўзгаришлар	Йўқ	Минимал	Кома
5	Тана вазни холати	Аъло	Яхши	Ёмон

Жигарнинг бирламчи билиар циррози

Жигарнинг бўлаклараро ўт йўлларини шикастловчи махсус иммун комплексларнинг ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Сурункали жигар ичи холестази белгилари устун бўлиб, ҳақиқий жигар циррозининг белгилари, яъни авжланиб борувчи жигар етишмовчилиги, портал гипертензия билан бирга суякларнинг, кўпроқ умуртқа поғонасининг диффуз остеопарози кузатилади. Жигар катталашган, пальпацияда каттик. Териди қичишиш, тўқ сариклик, ксантелазмалар, ксантомалар, гепатомегалия, стеаторея, остеопороз, «асоссиз» ЭЧТ нинг ошиши, касалликнинг кўпроқ аёлларда учраши унинг ташхисий мезонлари ҳисобланади. Лаборатор кўрсаткичларнинг характерли ўзгаришлари - ишқорий фосфатаза, γ-глутаминтранспептидаза фаоллиги ошиши, иммуноглобулинлар миқдорининг кўпайиши, антимитохондриял антитаначалар, ўт кислоталари, холестерин ва қонда билирубин миқдорининг кўтарилиши ҳисобланади. Касаллик одатда оғир кечади.

Жигарнинг иккиламчи билиар циррози

Узоқ давом этган жигардан ташқаридаги холестаз ва ўт йўллари тизимида босим юқори бўлиши натижасида жигар ичи ўт йўлларида таркибий ўзгаришлар юзага келади. Жигар катталашган, зичлашган, кўп ҳолларда юзаси нотекис. Холестазнинг асосий мезонлари – гипербилирубинемия, ишқорий фосфатаза, γ-глутаминтранспептидаза, холестерин ва ўт кислоталарининг ортиши ҳисобланади. Холестаз гепатоцитлар парчаланишига олиб келади. Яққол намоён бўлган белгилардан асосийси сариклик бўлиб, аксарият ҳолларда тери қичишиши ундан олдин кузатилади. Сариклик аста-секин кўпайиб бориб, нажас аҳолияси, стеаторея, витаминлар дефицити билан кечади. Қонда чапга силжиган нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, жигар функционал синамаларининг ёмонлашганлиги аниқланади.

Айрим ҳолларда беморларда сариклик билан кечувчи ва келиб чиқиши наслий аҳамиятга эга бўлган жигар циррозининг ўзига хос шакли **гемохроматоз** кузатилиши мумкин. Ушбу касалликда организмда темир алмашинуви бузилган бўлиб, у кўпроқ жигар, ошқозон ости бези, тери ва бошқа тўқималарга ўтириб қолади. Беморлар ташқи кўриниши бронзани эслатади ва ҚДга хос белгилар кузатилади. Ташхис қўйишда қон зардобидаги темир миқдори ва феритиннинг юқорилиги, жигар МРТ ва КТ ҳамда биопсияси ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Шунингдек, десферал синамасидан фойдаланиш мумкин. Гемохроматоз мавжудлиги шубҳа қилинаётган беморга 0,5 г десферал мушак орасига юборилиб, сийдик билан ажраладиган темир миқдори аниқланади. Бир кеча кундузда 10 г дан ортик (меъёрида 1,5 г) темир моддаси ажралиши ташхисни тасдиқлайди.

Гепатолентикуляр дегенерация ҳам жигар циррози белгилари билан намоён бўлади. Ушбу беморларда мис алмашинуви бузилиб, церулоплазмин фаоллиги сусаяди. Беморларда қўл ва оёқларнинг титраши билан кечувчи марказий нерв тизимининг шикастланиши, мушаклар таранглигининг ошиши, интеллектнинг камайиши, кўз мугуз пардаси атрофида малласимон яшил ҳалқаларнинг (Кайзер-Флейшнер ҳалқалари) пайдо бўлиши кузатилади. Қонда мис миқдорининг кескин кўтарилганлиги ҳамда унинг сийдик билан ажралиши ошганлиги аниқланади.

УАВ жигар циррозининг оғир асоратлари ҳисобланган **қизилўнғач веналаридан қон кетиш**, **спонтан перитонит**, **дарвоза венаси тромбози**, **гепатореналь синдромларни** ўз вақтида ташхислашлари ҳамда беморларни зудлик билан реанимация бўлимларига юборишлари лозим.

Жигар ўсмалари – хавфли ва хавфсиз турларга ажратилиб, жигар хужайраларидан келиб чиқувчи ёки метастатик турлари фарқланиб, сариклик билан намоён бўлиши мумкин.

Бирламчи гепатоцеллюляр рак – номаълум этиологияли иситма, анемия, тана вазнининг камайиб кетиши (озиб кетиш), қонда трансминазалар, ишқорий фосфатаза ва билирубин фракциялари ортиши билан кечади. Бемор анамнезида илгари вирусли гепатит В ўтказган бўлиши мумкин. Асосий белгилари – ўнг қовурға остида узок давом этаётган оғриқлар (нохуш сезгилар) ва тез озиб кетиш. Ташхис қўйишда қорин бўшлиғи юқори бўлими аъзоларини УТТ, радиоизотоп сканерлаш ва КТ ёрдам беради.

Жигарнинг метастатик ўсмалари – жигар ёмон сифатли (хавфли) ўсмаларининг 90% ни ташкил этади. Одатда метастазлар тухумдонлар ва ошқозон ости бези аденокарциномаси, ошқозон-ичак тизими ўсмалари, ўпка майда хужайрали ракида учрайди.

Жигарнинг ёмон сифатли эпителиал ўсмаларида қон зардобида α -фетопротейн ва карциноэмбрионал антиген аниқланади. Жигарнинг бирламчи ва метастатик хавфли эпителиал ўсмаларининг киёсий ташхисида қондаги α -фетопротейн миқдорининг ортиши жигарнинг бирламчи

ракидан, карциноэмбрионал антиген микдорининг ортиши эса метастатик ўсмалардан дарак беради.

Жигар ости сариқликлари

Холестатик (жигар ости, механик) сариқлик ўт йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши натижасида билирубин ажралиши ва регургитациясидаги ўзгаришлар оқибатида кузатилади.

Механик сариқлик патогенезида холестазнинг 2 тури фаркланади:

1. Жигар ичи холестази – бузилишларга гепатоцитлардаги ўзгаришлар сабаб бўлади, алкоғолли гепатит, жигар бирламчи ва иккиламчи билиар циррози, жигар ўсмалари, дори воситаларининг ноўя таъсири;

2. Жигардан ташқи холестаз – ўт қоғи, ўт йўлларидаги тошлар, ўткир холецистит, холангит, ўт йўли стриктураси, ўт йўли, ошқозон ости беши бошчаси раки, аскаридоз.

Асосий клиник белгилари: яққол намоён бўлган яшил тусли сариқлик, пешоб тўйинган, нажас рангсиз, терида, айниқса, қафт ва товонларда кичишиш. Қонда трансминазалар микдори бир оз юқори гипербилирубинемия, ишқорий фосфатаза микдори ортган.

Қуйида келтирилган 4-жадвал касалликнинг илк 2 ҳафтаси мобайнида вирусли гепатит ва механик сариқликларни фарқлаш учун тавсия этилади.

4- жадвал

Вирусли гепатит ва неопластик механик сариқликларнинг клиник белгиларини солиштирма таққослаш

Ташхисий белгиси	Вирусли гепатит	Механик сариқлик
Сариқлик олди даври	Хос	Хос эмас
Сариқлик олди даврида тана ҳароратининг ортиши	Кўп ҳолларда	Баъзан
Сариқлик олди даврида кўнгил айнаши	Хос	Хос эмас
Сариқлик олди даврида қайт қилиш	Бўлиши мумкин	Камдан-кам ҳолларда
Сариқлик даврида кўнгил айнаши	Хос	Баъзан
Сариқлик даврида қайт қилиш	Эҳтимол	Баъзан
Тери кичишиши	Эҳтимол, киска муддатли	Хос, узок муддат
Тана вазнининг камайиши	Камдан-кам ҳолларда	Кўп ҳолларда
Анорексия	Кўп ҳолларда	Баъзан
Нажас ранги йўқолиши	Кўп ҳолларда, ўтиб кетувчи	Деярли доимо, тургун

Жигар катталашуви	Хос, келгусида меъёрига келади	Тургун
Талок катталашуви	Деярли 30 %	Баъзан
Ўт қопи катталашуви	Камдан-кам ҳолларда	Кўп ҳолларда
Гипотония	Кўп ҳолларда	Баъзан
Брадикардия	Кўп ҳолларда	Баъзан

Ўт-тош касаллиги – хуружсимон кечиб, кўкқисдан, кўп микдорда ёғли таом истеъмол қилгандан 3–4 соат ўтгач, шунингдек, жисмоний зўриқиш, совуқ қотиш, спиртли ичимликлар ичгандан сўнг бошланади. Хуруж учун ўнг қовурға ёйи ости соҳасида ўткир, кесувчи, санчувчи оғриқлар хос бўлиб, улар ўнг курак ҳамда елкага узатилади ва ўртacha 6–12 соат давом этади. Кўп ҳолларда бир вақтнинг ўзида аввал овқат лукмалари, сўнг сафро билан қайт қилиш кузатилади. Бемор рангпар, бесаранжом ва оғрикни енгиллаштирувчи, қулай ҳолат излайди. Кўздан кечирганда қорин девори таранглиги ва ўнг қовурға ости соҳасида кескин оғрик аниқланади. Хуруж тана ҳарорати кўтарилиши, совуқ қотиш, пешоб рангининг ўзгариши билан давом этади. Хуруж узок муддат давом этганда, сариклик ривожланади. Қонда – нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортган, ферментлар фаоллиги меъёрида. Ўт тошлари ўт қопида (75% ҳолларда шикоятлар бўлмайд), ўт қопи бўйинчаси ёки қопча ўт йўлида (ўт санчиғи, ўткир холецистит), умумий ўт йўлида (ўт санчиғи, обтурацион сариклик, холангит) жойлашиши мумкин. Сариклик ривожланишига сафронинг 12 бармоқли ичакка чиқишининг бузилиши сабаб бўлади ва натижада билирубин ва ўт кислоталари қонга тўғридан-тўғри кўшилиб кетади.

Холецистит – ўткир холециститда 20% ҳолларда енгил сариклик кузатилади ва умумий ўт йўли торайиши натижасида ривожланади. Умумий ўт йўлидаги кичик тошлар унинг торайишига сабаб бўлмаслиги мумкин, лекин кўп ҳолларда ўнг қовурға ости соҳасида оғриқлар, сариклик, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Сариклик ўт йўли торайиш даражасига боғлиқ ҳолда намоён бўлади. Мендел (жигар соҳасига енгил уриб кўрилганда оғрик сезилади), Френикус белгилари аниқланади. Периферик қонда – лейкоцитоз, ЭЧТ ортган, ферментлар фаоллиги меъёрида. Жигардан ташқари холестазага шубҳа туғилганда, қорин бўшлиғи аъзолари УТТ ва эндоскопик усулда ретроград холангиопанкреатография амалга оширилади.

Ўткир холангит – ўт йўллариинининг ўткир яллиғланишида ривожланади ва кўп ҳолларда ўт йўллари тош билан торайиши, стриктураси ва гепатобилиар тизим ўсмаларида юзга келади. Холангит кўзгатувчиси одатда грамманфий бактериялар бўлиб, беморларда 70 % қуйидаги белгилар учлиги кузатилади:

- кўп ҳолларда титроқ билан тана ҳароратининг кўтарилиши;
- ўнг қовурға ости соҳасида оғриқлар;
- сариклик.

Холангитга шубҳа туғилган ҳолларда, УАВ тезлик билан беморни жаррох кўригига юбориши зарур.

Склерозловчи холангит – ўт йўллари яллиғланишининг кам учрайдиган шакли бўлиб, холестатик сарикликка олиб келади. Бунда патологик жараён сегментар, лекин кўпинча диффуз характерда, жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўллари жароҳатланиши билан кечиши мумкин. Касаллик узоқ вақт белгиларсиз кечади, секин ривожланади ва пировард натижада холестазга, жигар фибрози ва циррозига, портал гипертензия ҳамда жигар этишмовчилигига сабаб бўлади.

Таъхислаш мураккаб, УТТда ўт йўллари кенгаймаган. Эндоскопик ретроград холангиографияда – фокал торайган соҳалар аниқланади ва бу бирламчи жигар циррозининг таққослама таъхисида аҳамиятга эга.

Индуратив панкреатит (псевдотумароз) - шикастланиш кўп ҳолларда ошқозон ости беши бошчасида содир бўлади. Индуратив панкреатит келиб чиқиши асосида илгари ўтказилган ўткир касаллик ва унинг қайта авжланиши ётади. Ошқозон ости беши бошчаси катталаниши ва каттиклашиши сабабли, ичакка ўтнинг тушиши бузилади ва сариклик кузатилади. Лаборатор текширувда ошқозон ости беши ферментлари яққол (қон ва сийдикда диастаза) ошганлиги аниқланади.

Рентген: кальций тузлари ошқозон ости бешида тўпланиши, айрим ҳолларда 12 бармоқли ичак ёйининг кенгайиши, УТТда эса ошқозон ости бешида ўзгаришлар, сохта кисталар ва кальцификатларни аниқлаш мумкин.

Даволаш: ёғли овқатларни чеклаш, антибиотиклар, холинolitikлар, антифермент воситалар (трасилол, контрикал).

Ўт йўли раки - катта дуоденал сурғичда жойлашади. Жигар санчиғига ўхшаш оғриқлар ва сариклик билан кечади. Оғриқлар кўкрак қафаси олди девори, белга узатилади.

УТТ: барча ўт йўллари тизими кенгайганлиги аниқланади.

Ошқозон ости беши бошчаси раки кўпроқ кекса ёшли кишиларда учрайди. Сариклик касаллик бошланишидан 1 – 3 ой ўтгач, умумий ўт йўлининг ошқозон ости беши ўсмаси билан босиб қўйилиши оқибатида пайдо бўлади. Беморлар беҳоллик, иштаҳа сусайиши, эпигастрал соҳада ўраб олувчи хусусиятга эга бўлган белга узатилувчи оғриқларга, тана вазнининг камайишига шикаят қиладилар.

Клиник белгилари:

- ▶ обтурацияли сариклик;
- ▶ эпигастрал соҳа ва белда оғриқлар – (73 % ҳолларда);
- ▶ катталашган оғриқсиз ўт қопининг – (80 % ҳолларда) пайпасланиши;
- ▶ тана вазнини камайтириш, беҳоллик, тез чарчаш, ич кетиши;
- ▶ кўчиб юривчи тромбофлебит эҳтимоли мавжудлиги;
- ▶ эпигастрал соҳа пайпаслаб кўрилганда, зич, ҳаракати чекланган ҳосила аниқланиши;
- ▶ баъзи ҳолларда умров ости лимфа тугунлари катталаниши.

Ташхисни аниқлаш учун қорин бўшлиғини УТТ ва эндоскопик ретроград холангио-панкреатография, нажасни яширин қонга текшириш лозим бўлади. Лаборатор текширувда лейкоцитоз, гипохромия, макроцитар камқонлик, ЭЧТ, диастаза, ишкорли фосфатаза фаоллиги ортиши аниқланади, нажасда стеркобилин бўлмайди. Касаллик аксарият ҳолларда ёмон оқибатларга олиб келади. Маъруза ниҳоясида УАВ сариклик синдроми аниқланган беморларда кўрсатмаларга биноан мутахассис шифокор билан ҳамкорликда қуйидаги текшириш усуллари қандамба-қандам амалга оширишини таъкидлаб ўтмоқчимиз.

Текшириш режаси.

- ↑ қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;
- ↑ сийдик таркибида билирубин ва уробилинни аниқлаш;
- ↑ нажасни стеркобилинга текшириш;
- ↑ қонда билирубин, умумий оқсил ва уларнинг фракциялари, АЛАТ, АсАТ, ИФ, холестерин, триглицеридлар, липопротеидлар, мис, темир, гамма-глутамитранспептидаза, мочевина, протомбин индекси миқдорларини аниқлаш;

- ↑ қон таркибида В, С, Д, вирусли гепатитларнинг серологик маркерларини аниқлаш таҳлилини ўтказиш;

- ↑ жигар, ўт йўллари, ошқозон ости беши ва буйракни УТТ;

- ↑ ЭГДФС;

- ↑ КТ;

- ↑ эндоскопик ретроград холангиопанкреатография;

- ↑ лапороскопия.

Сариклик синдроми аниқланган беморларни олиб боришда умумий амалиёт врач татқиқаси:

- ✦ бемордаги сарикликнинг юқорида келтирилган уч гуруҳидан қайси бирига тегишли эканлигини аниқлаш;

- ✦ мутахассис шифокорга юбориш ва кўрсатмаларга кўра зарурий лаборатор ҳамда асбобий текширишларни ўтказиш;

- ✦ беморни ихтисослаштирилган шифохонага даволаниш учун ётқизиш;

- ✦ шифохонадан чиққан беморларда ўтказилаётган амбулатор давони назорат қилиш;

- ✦ барча вирусли гепатитлар асосида ривожланган сурункали жигар зарарланишларига юқумли касаллик нуқтаи назардан ёндошиш.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Сурункали гепатит С вирусли этиологияли (ёки В ёки Д вируси) жигар этишмовчилигининг кичик белгилари (ёки диспептик ёки холестатик синдром) билан репликация босқичи. Тизимли зарарланишлар – иммун тиреоидит, артралгия;

- ✓ Сурункали алкоғолли гепатит холестатик синдром билан авж олиш даври;
- ✓ Алкоғолли жигар циррози, Чайлд-Пью бўйича В босқич , жигар ичи портал гипертензияси, гиперспленизм синдроми билан;
- ✓ Вирус В этиологияли жигар циррози, Чайлд-Пью бўйича С босқич, жигар кичик етишмовчилиги белгилари билан. Портал гипертензия, кизилўнғач веналарининг кенгайиши;
- ✓ Жигарнинг бирламчи билиар циррози, авж олиш даври. Портал гипертензия, спленомегалия.
- ✓ Ўт-тош касаллиги, ўт қопчасида кўплаб кичик тошлар кўзғалиш даври.
- Ўт йўлларининг иккиламчи гипокинетик дискинезияси;
- ✓ Сурункали тошсиз холецистит кўзғалиш даври ўт йўлларининг иккиламчи гипокинетик дискинезияси.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. Инфекционные болезни в деятельности врача общей практики. Тошкент: «Янги аср авлоди», 2007.
2. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
3. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Москва: Практика, 1998.
4. Назиров Ф.Г., Гадаев А. Общая врачебная практика. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
5. Нобель Дж. Общая врачебная практика по Джону Нобелю. М.: Издательский дом Практика, 2005.
6. Окорочков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. В 12 томах. Москва: Медицинская литература, 1998.
7. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бюком 2003.
8. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз, 2 т., - М.: Медицина, 1988.
9. Фаучи Э. и др. Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону. В 2 томах. Перевод с английского. Москва: «Практика», 2002.
10. Чиркин А.А., Окорочков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Клинические симптомы, программа обследования больных, интерпретация данных. - Минск: «Беларусь», 1994.
11. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. – М.: Медицина, 1990.

ИСИТМАЛАШ

*Дардни яширсанг иситмаси
ошкор қилади.*

Халқ мақоли

Иситмалаш – тана ҳароратининг меъёридан юқори кўтарилиши ҳисобланиб, айрим ҳолларда касалликнинг ягона белгиси сифатида намоён бўлади. Илмий манбаларда ёритилишича, бирламчи тизимга мурожаат қилган беморларнинг 10% да тана ҳароратининг кўтарилиши қайд этилади. Иситмалаш организмнинг химоя воситаларидан бири бўлиб, макрофаглар ва антителалар фаоллашувини ошириш билан бир қаторда, вирусларнинг репликацияланишига тўсқинлик қилади.

Тана ҳароратининг кўтарилиши тўғрисида гап борганда, УАВ аввало, унинг меъёрий кўрсаткичлари ва иситмалаш турларини яхши билиши лозим. Шунини инобатга олиб, биз қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз:

Тана ҳароратининг меъёрий кўрсаткичлари:

- оғиз бўшлиғида 36,0°дан 37,3° С гача (ўртача 36,8° С);

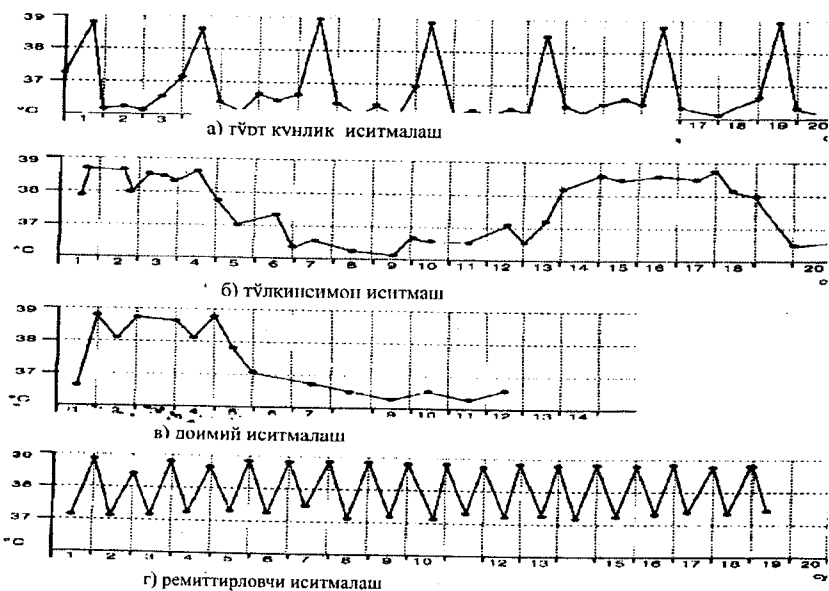
- тўғри ичакда 37,7° С.

Оғиз бўшлиғида ҳарорат 37,3° С, тўғри ичакда эса 37,7° С дан юқори бўлган ҳоллар иситмалаш деб баҳоланади. Тана ҳарорати кун давомида 1° С га ўзгариб туради ва эрталаб одатда кечга нисбатан пастроқ бўлади. Юқори тана ҳарорати аксарият ҳолларда куннинг иккинчи ярмида кузатилади.

Давомийлигига кўра иситмалашнинг қисқа (4 кундан кам), ўртача (4-14 кун) ва узоқ муддат (14 кундан кўп) кечувчи турлари фаркланади. *Қисқа муддатли иситмалаш* УАВ фаолиятида кўп учрайди ва унинг асосий сабаби ўткир респиратор инфекциялар бўлса-да, бошқа юқумли касалликларни ҳам (зотилжам, сийдик йўллари инфекцияси ва бошқалар) назардан кочирмаслик лозим. *Ўртача муддатдаги иситмалаш* грипп, синусит, юқумли моноклеоз, энтеровирусли инфекция, бактериал эндокардит, перифонит, вирусли гепатит, холецистит, ўт йўллари эмпиемаси, абсцесслар, ўткир сальпингофарит, эндометрит, цитомегаловирусли инфекция, қорин тифи, безгак, зоонозлар (бруцеллез ва лептоспироз) ва қатор бошқа касалликларда кузатилади. *Узоқ муддатли иситмалаш* айрим юқумли касалликларда [сил, бруцеллез, орттирилган иммун танқислик синдроми (ОИТС)], бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларида, ёмон сифатли ўсмалар ва лейкозларда қайд этилади.

Давомийлик муддатидан ташқари тана ҳароратининг кўтарилиш даражасига қараб иситмалашни субфебрил (37-37.9° С), фебрил (38-39.9° С) ва гектик (40-40.9° С) кечиши фаркланади. Айрим беморларда гипертермия, яъни ўта юқори иситмалаш (41° Сдан юқори) кузатилиб, бу ҳолат иссиқ ҳароратда узоқ давом этганда, ёмон сифатли ўсмаларда, баъзи инфекцияларда, геморрагик инсульт оқибатида гипоталамус зарарланганда учрайди. Иситмалаш муддати ва унинг даражаси бир неча кун давомида

тана ҳароратини қайд этиш варақасида белгилаб борилса, маълум эгри чизиклар ҳосил бўлади ва уларнинг таҳлили асосида айрим ҳолларда шифокор тахминий ташхисий хулосалар чиқариши мумкин. Шунини инобатга олиб, қуйида биз иситмалашнинг турли касалликларда кузатиладиган эгри чизикларидан айримларини келтирдик (1-чизма).



1-чизма. Иситмалашнинг турли касалликларда кузатиладиган эгри чизиклари

Уч ва тўрт кунлик танаффусдан кейинги иситмалаш (1-чизма-а) безгак касаллигига хос бўлиб тана ҳарорати ҳар уч ёки тўрт кундан кейин кўтарилиб туради.

Тўлкинсимон иситмалашда (1-чизма-б) тана ҳароратининг секинлик билан жуда юқори даражагача кўтарилиб, бир неча кун сақланиб тургандан сўнг қандай кўтарилган бўлса, шу ҳолатда меъеригача тушиши ҳамда маълум вақтдан кейин ушбу жараённинг яна қайта такрорланиши кузатилади. Иситмалашнинг бу тури асосан сурункали бруцеллез ва лимфогранулематоз касалликларида учрайди.

Доимий иситмалашда (1-чизма-в) тана ҳарорати кўрсаткичи баланд бўлиб, унинг меъеридан юқорига тебраниш даражаси кун давомида 1°C дан ошмайди. Бу турдаги иситмалаш одатда вирусли инфекцияларда (масалан, гриппда) кузатилади.

Ремиттирловчи иситмалашда (1-чизма-г) кун давомида тана ҳароратининг меъеридан юқорига тебраниш даражаси 1°C дан юқори, лекин 2°C дан ошмайди. Бу кўринишдаги иситмалаш йирингли инфекция

(тоз суяги абсцесси, ўт пуфаги эмпиемаси, ярали инфекция ва бошқалар) ҳамда хавфли ўсмаларда учрайди.

Юқорида келтирилганлардан ташқари тебранувчи, қайталовчи, ҳолсизлантирувчи ва нотўғри иситмалаш эгри чизиклари фаркланади ва улар ҳақида куйида биз қисқача тўхталиб ўтаемиз.

Тебранувчи иситмалашда тана ҳароратининг кун мобайнида меъёридан юқорига тебраниш даражаси 1°C дан кўп ва унда минимал кунлик кўрсаткичи 37°C дан юқори бўлиб, цитомегаловирусли, моноклеозли ва йирингли инфекцияларга (масалан, холангитда) хос.

Қайталовчи иситмалашда тана ҳароратининг тўсатдан юқорига кўтарилиб (иситмалаш даври) бир неча кун давомида сақланиши ва ундан сўнг шундай тезликда меъёригача тушиб маълум муддат шу ҳолатда туриши (иситмасиз давр) ҳамда унга ушбу жараённинг қайта-қайта такрорланиши характерли. Иситмалаш эгри чизигининг бундай кўриниши деярли барча ҳолларда асосан қайталанувчи тиф касаллигида қайд этилади.

Ҳолсизлантирувчи ёки гектик иситмалашда тана ҳароратининг меъёридан юқоридаги кунлик тебраниш даражаси $3\text{-}5^{\circ}\text{C}$ ни ташкил этади. Бундай иситмалаш сил ва сепсис касалликларида учрайди.

Ўзгарган шаклдаги иситмалашда эрталабки тана ҳароратининг кечкига нисбатан юқори бўлиши кузатилади (соғлом одамларда тана ҳарорати эрталаб кечкига нисбатан пастроқ бўлади). Бу турдаги иситмалаш сил, сепсис ва ёмон сифатли ўсмаларда бўлиши мумкин.

Нотўғри иситмалаш тана ҳароратининг кеча-кундуз кўтарилишидаги мутаносибликнинг йўқолиши билан характерланади. Бундай турдаги иситмалаш менингит, грипп ва бошқа айрим касалликлар учун хосдир.

Иситмалашга чалинган беморлар мурожаат қилганда, УАВ биринчи навбатда юқумли касалликларни тасдиқлаши ёки инкор қилиши лозим. Чунки аксарият ҳолларда тана ҳароратининг кўтарилиши организмда инфекция мавжудлигидан далолат беради. Лекин шу билан бир қаторда, иситмалаш ёмон сифатли ўсмалар, аутоиммун, қон, ичак ва бошқа қатор касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда ўтказилган замонавий текширувларга қарамасдан иситмалашнинг сабабини аниқлаш имкони бўлмайди, бунда номаълум сабабли иситмалаш тўғрисида гап боради (2-чизма).

Тана ҳарорати меъёридан кўтарилган бемор УАВга мурожаат этганда, у синчковлик билан шикоятларни сўраб суриштириши, анамнез йиғиши (шу жумладан, эпидемиологик анамнез) ва беморни объектив кўриқдан ўтказиши лозим. Зарурат бўлганда анамнез йиғиш ва бемор кўригини бир неча бор қайта ўтказиш эҳтиёжи туғилади, чунки иситмалаш билан кечувчи касалликларнинг баъзи белгилари кейинроқ пайдо бўлиши мумкин. Объектив текшириш маълум тартибда ўтказилади ҳамда уларнинг ҳар бирига синчковлик билан алоҳида аҳамият берилади (1-расм).

- тери кўриги (тошмалар);



2-чизма. Иситмалашнинг сабаблари

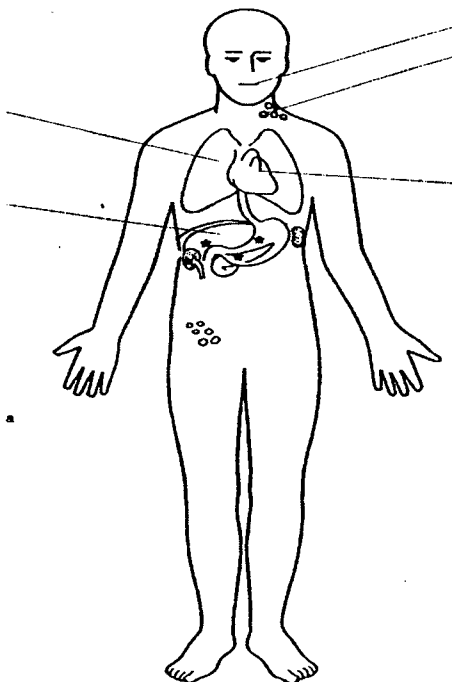
- бурун бўшлиғи атрофи кўриги ва пальпацияси;
- оғиз бўшлиғи ва тишлар кўриги (периодонтит);
- юрак аускультацияси (юрак ва перикард ишқаланиш шовқинлари;
- нафас йўллари текшируви (ўпка тўқимасининг қаттиқлашиш белгилари, плеврит);
- қорин соҳаси кўриги ва пальпацияси (жигар, талоқ ва буйрак пайпасланганда уларнинг катталаниши ва оғриқли соҳаларнинг аниқланиши);

- ректал ва вагинал текширув;
- лимфа тугунлари пальпацияси;
- оёқ томирлари кўриги (тромбоз).

Асосий лаборатор ва асбобий текширувлар:

- умумий қон таҳлили (гемоглобин, ранг кўрсаткич, лейкоцитлар, ЭЧТ);
- сийдик таҳлили (умумий таҳлил ва уни экиш);
- қоннинг биохимиявий таҳлили;
- қонни экиш;
- кўкрак қафаси ва бурун бўшлиқлари рентгенографияси;
- ахлатни микроскопик текшириш ва экиш;
- балғам таҳлили (агар бўлса);
- қорин тифи, юкумли моноклеоз, бруцеллез, цитомегаловирусли инфекция, токсоплазмоз ва захми ташхислашда ўтказиладиган махсус текширишлар;

- * Сямуляция
- * До ри воситасиларнинг пож уя таъсири
- * Утга касалликлари
 - Упка абсцеси
 - сил
 - саркондоз
 - Упка раки
- * Йи рингли инфекция
 - Упка абсцеси
 - поддиафрагмал абсцес
- жигар абсцеси
- парансфрит
- Ут нуфайн эмшемаси
- * Хавфли усмалар
 - жигар
 - буйрак
 - ошқозон
 - ошқозон ости бези
 - лимфома ва лим фагрануламатоз
 - лейкоз



- * Пародонтит
- * Лимфа тугуналари катталашши
 - лимфома ва лимфагрануламатоз
 - лейкоз
 - ОИТС-инфекцияси
 - саркидот
 - инфекцияи моннуклеа
- * Юрак кон томир касалликлари
 - инфекцияи эндокардит
- * Спленомегалия
 - лейкозлар
 - инфекцияи эндокардит
- Крон касаллиги

1-расм. Иситмалашга чалинган беморларни объектив текшириш

- ОИТС антителасига кон тахлили;
- иммун ўзгаришларни аниқлаш учун ўтказилиши лозим бўлган текширишлар [ревматизм, тизимли кизил волчанка (ТҚВ) ва бошқалар];
- туберкулинли синама;
- ошқозон-ичак тизимини рентгеноконтраст текшириш;
- ультра товуш текшируви
- ҳосиладан пункция қилиб слинган материални цитологик текшириш;
- лапароскопия;
- биопсия, масалан катталашган лимфа тугундан, тери, жигар, суяк қўмигидан гистологик текшириш учун.

Юқорида санаб ўтилган лаборатор – асбобий текширишлар у ёки бу касалликка хос анамнез, клиник белгилар бўлганда уни тасдиқлаш учун аниқ кўрсатмалар асосида ўтказилади. Бу кўрсатмаларни бемор билан илк бора учрашадиган УАВ яхши билиши ва иситмалашнинг катта қисмини юқумли касалликлар ташкил этганлиги учун уларнинг умумий клиник белгиларини фарқлай олиши лозим.

Инфекцияга боғлиқ тана ҳароратининг кўтарилишига бактериал, вирусли риккетсиозли, паразитар касалликлар олиб келиши мумкин. Биз қуйида уларни

ташхислаш мезонлари ҳамда УАВ тактикасига қисқача тўхталиб ўтаемиз. Ушбу мезонларни таҳлил қилиш учун бирламчи тизимда ишловчи шифокор иситмалаш билан бирга кечадиган клиник белгиларни ажрата олиши ҳамда унинг қайси касалликка хослигини тўғри аниқлаши лозим.

1. Қалтираш (ваража) - одатда тўсатдан пайдо бўлувчи и ситмалаш қалтираш билан кечади: зотилжам, йирингли инфекция, бактеремия; сепсис, лимфогранулематоз, ўткир лейкоз, пиелонефрит, безгак, бруцеллез.

2. Тери тошмалари - қизамик, қизилча, сув чечак, баъзи стафилококкли инфекциялар, қорин тифи, паратиф, токсоплазмоз, экссудатив эритема, дори воситалари таъсиридаги иситмалаш, Стивенс-Жонсон, Лайелла синдромлари, ревматизм, ревматоидли артрит, ТҚВ, Шегрен касаллиги, дерматомиозит, тугунчали периартериит, тугунчали эритема, юкумли моноклеоз, лептоспироз, иерсиниоз, туляремия, Ку-иситмалар, қайталовчи тиф, геморрагик иситмалар, менингит, бактериал эндокардит.

3. Лимфа тугунлари катталашини - бурун-томоқ ва оғиз бўшлиғи йўллари яллиғланиши (тананинг юқори қисмидаги лимфа тугунлар катталашини кузатилади - бўйин, жағ ости, қўлтиқ таги, билак). Бундан ташқари, тананинг барча лимфа тугунларининг катталашини (сарамас, йирингли лимфаденит, лимфогранулематоз, дифтерия, вирусли инфекция-энтеровируслар, аденовируслар, инфекция моноклеоз, ОИТС; бактериал инфекциялар - бруцеллез, сил, оддий паразитлар чақирган касалликлар -токсоплазмоз, лейшманиоз).

4. Танглай, ҳалқум ва оғиз бўшлиғи яллиғланиши - ўткир фарингит, ангина, сурункали тонзиллитнинг қайталаниш даври, бўғма, юкумли моноклеоз, грипп, аденовирусли инфекция, қизамик, менингит, токсоплазмоз, ўткир лейкоз.

5. Йўтал - грипп, аденовирусли инфекция, ўткир ларингит, бронхит, зотилжам, сил, орнитоз, плеврит, ўпка абсцесси ва бошқалар.

6. Терлаш - организмдан иссиқликни чиқариш йўллари билан Иситма тушиши билан кўп терлаш кузатилади. Унинг кўтарилиши билан тери одатда иссиқ ва қуруқ бўлади. Терлаш доим ҳам иситмалаш билан бирга келмаслиги мумкин. У кўпинча йирингли инфекциялар, инфекцияли эндокардит ва бошқа касалликлар учун ҳам хос.

7. Юқоридагилардан ташқари иситмалашнинг қуйидаги умумий белгилари мавжуд - касалликнинг ўткир бошланиши, бош оғриши, дармонсизлик, артралгия, миалгия, баъзан кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, гепатоспленомегалия, дизурия ва бошқалар.

Иситмалашнинг юкумли табиатли эканлигига шубҳа туғилса, УАВ уларнинг қайси гуруҳга мансублигини аниқлаши лозим: Бактериал, паразитар ёки вирусли. Баъзан бактериал ва вирусли инфекция бирга келиши мумкин (микст-инфекция).

Бактериал инфекцияли иситмалашда тана ҳарорати юқори кўтарилиши асосан кечки вақтга тўғри келади. Қайта қалтираш, кучли терлаш, умумий қон таҳлилида – лейкоцитоз, таёкча ядроли чапга силжиган нейтрофилез, ЭЧТнинг ошиши, токсик донатор нейтрофиллар бўлиши мумкин. Шунингдек,, баъзан бемор лабларида герпес кузатилади.

Вирусли инфекцияли иситмалашда эпидемиологик анамнезни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Улар кўпинча бурун-ҳалқум яллиғланиш белгилари ва теридаги тошмалар билан бирга кечади. Кам ҳолатларда эса қалтираш ҳам кузатилади ва уларда умумий интоксикация белгилари устун туради. Умумий қон таҳлилида лейкопения, нейтропения ҳисобига чапга силжиш, ammo ЭЧТ сезиларли ўзгармайди.

Паразитар инфекцияли иситмалаш ўзига хос клиник белгилар билан кечиб, уларни ташхислашда ҳар бир тур учун махсус ташхисий услублар қўлланилади.

Юқумли касалликлар

Юқорида қайд этилганидек, иситмалашнинг аксариятини юқумли касалликлар ташкил этишини назарда тутган ҳолда, биз Республикамизда учрайдиган ушбу хасталиклардаги иситмалаш ва унда УАВ тактикасига тўхталиб ўтамиз.

Хафта мобайнида тана ҳарорати зинапоя шаклида 39-40⁰ Сгача кўтарилиб, сўнгра доимий турдаги “тифоз статус”ли иситмалашга айланса, лекин тахикардия кузатилмаса, касалликнинг 8-9-кунларида қорин ва кўкракнинг ёнбош юзасида қизғиш доғлар пайдо бўлиб, улар босганда йўқолса, лимфоаденопатия, спленомегалия ҳамда қоннинг умумий таҳлилида лейкопения, нейтропения, анэозинофилия аниқланса, унда ушбу касалликнинг юқорида келтирилган клиник ва объектив манзараси қорин **тифи, А ва В паратифлар** эканлиги ҳақида маълумот беради. Уларнинг кўзгатувчиси салмонеллалар бўлиб, инфекция манбаи бемор ёки бактерия ташувчилардир. Тарқалиш йўли аксарият ҳолларда озиқ-овқат, ичимлик суви ва маиший алоқалар ҳисобланади.

Ташхислаш: II ҳафта давомида қонни экиб кўзгатувчини аниқлаш; Видал реакцияси (тиф-паратифоз антигенига агглютинация); қон зардобиди 1:200 нисбатда аралашгандагина реакция мусбат ҳисобланади.

Даволаш: левомецетин кунига 2,0 г (тана ҳарорати тушгандан сўнг тўрт кун давомида у меърида сақлангунча буюрилади).

УАВ тактикаси: беморни юқумли касалликлар шифохонасига (бўлимига) ётқизиш. Даволашнинг муҳим тадбирларидан бири беморларга тўғри парваришни ва ётоқ режимини ташкиллаштиришдан иборат. Уларга тана ҳарорати меъёрлашганининг 7-8–кунлари ўтиришга, 10-11–кунлари эса юришга руҳсат берилади. Беморнинг териси ва оғиз бўшлиғини тозалаб

яхши парвариш қилиш лозим бўлади. Ич келиш равонлигини кузатиш, аммо шифокор руҳсатисиз тозаловчи хўқналар қилиш ман қилинади. Енгиел хазм бўлувчи ва юмшоқ таомлар тавсия қилиниб, бемор соғайган сари у кенгайтирилиб борилади.

Тана ҳарорати интермиттирловчи ёки доимий, гектик (39 - 40° С) бўлиб, бемор иситманинг пайдо бўлган вақти ва соатини аниқ билса, калтираш, ҳолсизлик, бош, бел қўл ва оёқ оғриғи, иштаҳасизликдан шикоят қилса, хасталикнинг биринчи кунни тери оқимтир ва сезувчанлиги юқори бўлиб, тахикардия, хансираш ҳамда иккинчи кунни терида пушти рангда доғ, кейинчалик у геморрагик ҳар хил ҳажм ва шаклда тошмага айлансада, полиморф бўлса, (яъни пайдо бўлиш вақтлари ҳар хил бўлганлиги учун янги геморрагикдан то некротикгача, айрим ҳолларда эса мурда доғлари) унда **менингококкли инфекция** тўғрисида ўйлаш керак. Бундай беморларни зудлик билан шифохонага ётқизиш шарт.

Юқори ва узоқ давом этувчи тана ҳарорати (39-40° С), лимфоаденопатия, жигар, талок ва мойк катталаниши, ҳаракат таянч тизими зарарланиши, асаб тизимининг неврит, полиневрит ва радикулит шаклда яллиғланиши, қон таҳлилида нисбий лимфоцитоз билан лейкопения, ЭЧТ ошиши **бруцеллез** касаллигига хосдир. У инфекция-аллергик касаллик бўлиб, одамга сут эмизувчи ҳайвонларнинг ажралмалари ва сути орқали юқади.

Таъхиси: тери ичига аллергик Бюрне синамаси; серологик текширув (Райт-Хедделсон ва бруцеллез антигени билан боғланувчи крипитация реакцияси).

Даволаш: тетрациклин (кунда 1.0 г), левомецетин (кунда 2.0 г) ёки стрептомицин (кунда 1.0 г) 7-10 кун. Даволаш курси 2-3 марта такрорланади.

Ушбу касалликка шубҳа бўлганда, УАВ беморни юқумли касалликлар шифохонасига (бўлимига) ётқизиши лозим. Касалликнинг олдини олиш учун ҳайвонларни режали равишда мунтазам ветеринария кўригидан ўтказиш ва аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишлари олиб бориш керак.

Сил касаллиги мавжуд бўлган ўчоқларда яшовчи ёки сўраб-суриштирилганда оиласида, иш жойида ушбу хасталикка чалинган беморлар борлиги аниқланса ҳамда юқори иситмалаш интоксикация, хансираш, йўтал белгилари билан бошланса, ўпка **силини диссеминирланган**, субфебрилли иситмалаш, нисбатан қониқарли аҳвол, аксарият ҳолларда узоқ давом этувчи (ойлаб) балғамсиз йўтал билан кечса **ўчоқли**, иситмалаш, қон туфлаш билан бирга кузатилса **инфилтратив шакллари** тўғрисида ўйлаш лозим.

«Сил касаллиги» тўғрисида батафсил маълумот ушбу мавзуга **бағишланган маърузада кенг ёритилган.**

Узоқ тўхтовсиз давом этувчи гипертермиянинг сабабларидан бири **сепсис** ҳисобланади. Иситмалашнинг сепсисга хос турлари: гектик, кам ҳолларда доимий, ремиттирловчи ёки тўлқинсимондир. Унинг кўзгатувчиси стрептококк, стафилококк, эшерихия, протей ва бошқа қатор омиллар бўлиши мумкин. Сепсисга хос белгилардан бири беморда бирламчи

инфекция ўчоғи мавжудлиги (ҳар доим ҳам аниқлашнинг имкони йўқ) ва ундан қўзғатувнинг қонга ўтиши ҳамда зарарланган фагоцитларда ривожланиши (септицемия) ҳисобланади. Сўнгра иккиламчи йирингли ўчоқ шаклланади (септикопиемия). Сепсис баъзан шок билан асоратланиши мумкин, унда йирингли ўчоқларнинг барча аъзоларга тарқалиши (жигар, ўпка, бош мия ва бошқалар) кузатилади. Инфекциянинг бирламчи ўчоғи аниқланса, сепсис иккиламчи деб аталади, мабодо у топилмаса, бирламчи ёки криптоген сепсис тўғрисида сўз юритилади.

Сепсис қўзғатувчиси тери (чипқон, терининг тарқалган яралари ва бошқалар), аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва унда ўтказилган муолажалар натижасида, уроген, отоген, криптоген йўллар орқали тарқалиши ёки касаллик жарроҳлик амалиётидан кейин ривожланиши мумкин. УАВ беморда сепсис мавжудлигига шубҳа қилган ҳолларда уни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлимга (ресанимация) ётқизиши лозим.

Узоқ муддатли иситмалаш 15-20% ҳолларда чегараланган ўчоқли яллиғланиш оқибатида пайдо бўлади. Беморда йирингли жараён ўчоғи аниқланса, иситмалаш сабабини ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Лекин айрим ҳолларда йирингли ўчоқни топишнинг имкони бўлмасида, (паранефрит, диафрагма ҳамда жигар ости абсцесси ва бошқалар) реммиттрловчи иситмалаш ва йирингли жараёнга хос бўлган лейкоцитознинг мавжудлиги унинг борлигидан далолат беради. Шунингдек, иситмалашга юрак қон-томир тизими (юрак аневризмаси, тромбофлебит), кўкрак қафаси (ўпка абсцесси ва гангрена, йирингли бронхоэктазлар, плевра эмпиемаси) ва қорин бўшлиғи (бактериал перитонит, вирусли гепатит, ўткир ва сурункали холецистит, жигар, жигар ости, диафрагма ҳамда тоз соҳаси абсцесслари), сийдик чиқариш йўллари (ўткир ва сурункали пиелонефрит, апостаматоз нефрит, буйрак карбункули ва сили, паранефрит) касалликларида, простатитларда, тери, тери ости ёғ ва суяк тўқимасининг инфекцияларида (инъекциядан кейин ҳосил бўлган инфильтратлар, абсцесслар ҳамда флегмоналар), ётоқ яралари, тиш ва жағ инфекцияси (жағ остеомиелитлари) ҳам сабаб бўлади.

Аксарият ҳолларда септик ўчоқлар эндокарда жойлашади. **Инфекцион ёки бактериал эндокардит** [ИЭ] – қон билан бирга айланиб юрган қўзғатувчилар юрак копоқчалари, эндокард ва унга яқин жойлашган магистрал томирларнинг (аорта, ўпка артерияси) ўзгарган эндотелиал қаватига ўрнашиб, унинг яллиғланишига сабаб бўлади ва тромбоэмболик, иммунопатологик ҳамда бошқа асоратлар чақиради. Сўнгги йиллардаги маълумотларга қараганда, ҳар йили ИЭ билан касалланган беморлар сони дунё бўйича ортиб бормоқда. Шунинг учун УАВ ушбу касаллик тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши лозим. Илмий кузатувлар асосида юрак қон-томир тизимида ўтказилаётган жарроҳлик амалиётларининг кўпайиши (натижада эндотелиал қават бутунлиги бузилиб, унга қонда айланиб юрган микроблар ўрнашиб кўпайиш эҳтимоли ортади),

интравеноз ва интраартериал катетерлар, артериовеноз шунтлар, ташхислаш муолажаларида қўлланиладиган асбобларнинг микроблар билан зарарланиши (нозокомиал ИЭ) ҳамда наркоманлар сонининг ортиши (наркотикларни томир ичига юборувчи) оқибатида юза келиши исботланмоқда. Бактерия (аксарият ҳолларда ҳар хил турдаги стрептокок ва стафилококлар), микоплазма, замбуруғ, риккетсия, хламидия ва вируслар касалликнинг асосий сабабчилари ҳисобланади. Юрак қопқоқчалари ўзгармаган беморларда ИЭ касаллигининг ривожланишидаги хавф омилларининг 55-75% ни қоринчалар ора тўсиқ асимметрик гипертрофияси, юрак дегенератив касалликлари ва дориларни томир ичига юборишни суистеъмол қилиш эканлиги исботланган. Митрал қопқоқчадаги патологик ўзгаришлардан келиб чиқиб, ИЭ касаллигининг ривожланиш хавфини кўйидаги даражаларга бўлиш мумкин: **Юқори даражадаги хавф омили** - юрак қопқоқчаларида бажарилган протезлаш амалиёти, илгари ўтказилган ИЭ касаллиги, туғма юрак нуқсонлари, очик артериал проток, аортал етишмовчилиги ёки стенози, митрал қопқоқчалар етишмовчилиги ва аралаш юрак нуқсонлари. **Оралиқ хавф омили** - регургитация билан кечувчи митрал қопқоқча пролапсининг стеноз билан бирга келиши, уч табақали қопқоқчалар нуқсонси, ўпка артерияси стенози, қоринчаларо тўсиқ асимметрик гипертрофияси, аорта стенози, енгил даражадаги СЮЕ чалинган беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг биринчи 6 ой. **Паст хавф омили** - регургитация билан кечувчи митрал қопқоқчалар пролапси, бўлмачалар ора тўсиқ дефекти, атеросклеротик бўртмалар, тож артерияларининг яллиғланиши, электрокардиостимулятор ўрнатилган беморлар, енгил даражадаги СЮЕ чалинган беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейин 6 ой ўтгандан сўнг.

Этиологияси - стрептокок, стафилокок энтерокок ва бошқа микроблар.

Клиник-морфологик шакли:

- бирламчи;
- иккиламчи (ўзгарган юрак қопқоқчаларида).

Клиник кечиши

- ўткир;
- ним ўткир;
- чўзилган а) нисбий ижобий оқибат билан кечиши, б) салбий оқибат билан кечиши.

Иммунологик вариант (миокардит, васкулит артрит, гломерулонефрит ва бошқалар) билан кечиш.

УАВ фаолиятида ИЭ касаллигининг аксарият ҳолларда ним ўткир кечиши учрайди. Унинг ривожланишига кўпинча беморлардаги мавжуд ангина, ўткир респиратор касалликлар, пиодермия, шунингдек,, тонзиллоэктомия, тиш олиш, урологик ва гинекологик муолажалар сабаб бўлиши мумкин. Тана ҳароратининг кўтарилиши 80-85% беморларда кузатилади. Маъруза бошида келтирилган иситмалаш турларидан бирортаси

кузатилмаса ҳам, доимий ёки такрорланувчи тўлқинсимон ноаниқ турдаги иситмалаш эгри чизигининг қайд этилиши кўпроқ ушбу хасталикка хос. Шу ўринда Vaquez (1917) томонидан келтирилган қуйидаги афоризм юқоридаги фикрни тасдиқлайди. «Юрак нуқсони бор беморларнинг иситма варақасидаги олиб борилган даво чораларига қарамасдан узоқ давом этувчи, ноаниқ, турғун ва тебранувчи ҳар хил эгри чизикнинг мавжудлиги – чўзилган ИЭ касаллиги борлигидан далолат беради». Ушбу фикрни замонавий талқин қиладиган бўлсак, юрак нуқсонлари билан бир қаторда, юқорида келтирилган бошқа хавф омилларини ҳам эътиборга олиш лозим.

Таъхислаш: Бунда нафақат иситмалаш балки ИЭ олиб келган касалликка хос бўлган клиник белгиларни аниқлаш ва баҳолаш муҳим аҳамиятга эга. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз (асосан стафилококкли инфекцияда), псйтропения (кучли интокцикация), лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши, сийдик таҳлилида протеинурия, цилиндрурия ва гематурия (гломерулонефрит), биокимёвий таҳлилда боғланган билирубин, АСТ АЛТ кўрсаткичларининг ошиши, диспротеинемия, қон экиб кўрилганда касалликни чақирган микробларнинг ўсиши (ушбу синама нафақат ташхисни тасдиқловчи, балки антибиотиклар билан даво чораларини танлашда ҳам ҳал қилувчи текшириш усули ҳисобланади) аниқланади. Эхокардиография текширувини ўтказиш муҳим аҳамиятга эга бўлиб, 98 % ҳолларда унинг ёрдамида ташхисни тасдиқлаш мумкин. ИЭ дан ўлим кўрсаткичлари юқори бўлганлиги сабабли унга шубҳа бўлган ҳолларда зудлик билан беморларни шифохонага ётқизиш лозим.

Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, иситмалашга вируслар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Улар орасида бутун дунёда, шу жумладан, Республикамизда ҳам кўпайиб бораётган ОИТС-инфекцияси алоҳида ўрин тутади. Ушбу синдром зўрайиб борувчи антропоноз юқумли жараён ҳисобланади ва гемоперкутан йўл билан юқади. Касаллик организмда чуқур иммун дефицит ҳолатини чақиради ҳамда оппортунист инфекция, ёмон сифатли ўсма ва ауто-иммун патологик жараёнларга хос клиник кўринишлар билан намоён бўлади.

Қуйидаги ҳолатлар беморда кузатилса, УАВда ОИТС инфекциясига шубҳа туғилиши керак: иситмалаш ва диареянинг бир ойдан кўп давом этиши, шу муддатда тана вазнининг сабабсиз 10% дан кўп камайиши, узоқ давом этувчи зотилжам, самараси исботланган муолажаларни қўллашга қарамасдан доимий йўтал, сепсис, икки ва ундан кўп лимфа тугунларининг катталашиви, илгари соғлом бўлган кишида сабабсиз ақли заифлик белгиларининг кузатилиши. Одатда икки ҳафтадан икки ойгача давом этувчи яширин босқичдан сўнг касалликнинг клиник даври бошланади ва 96% беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши билан намоён бўлади. Шунингдек, беморда ўткир ретровирусли синдром, инфекцион моноклеоз, грипп ва экзантемани эслатувчи белгилар

кузатилади. Касаллик полисиндром белгилар билан кечганлиги сабабли ўз вақтида таъхис қўйиш анча мураккаб ҳисобланади. Шунинг учун таносил касалликлари мавжуд бўлган, лимфа тугунлари катталашган, герпес, белбоғсимон темираткига, силга чалинган беморлар ОИТС инфекциясига доир серодиагностикадан ўтишлари шарт.

Серологик синама мусбат натижа берган ҳолларда беморлар зудлик билан ОИТС марказига юборилишлари лозим. «ОИТС» тўғрисидаги маълумот ушбу мавзуга бағишланган маърузада батафсил ёритилган.

Тана ҳарорати кўтарилишининг (39 - 40°С) ўткир бошланиши, қалтираш, пешона ва кўз соққаси соҳасида оғрик, ёруғликдан кўрқиш хисси, кўздан ёш оқиши, тана мушакларининг қақшаб оғриши кўпроқ гриппга хос. Одатда иситмалаш ушбу касалликда 2-4 кундан кўп давом этмайди. Мабодо унинг давомийлиги 5 кундан ортиқ бўлса, касалликнинг асорати тўғрисида ўйлаш лозим. Трахеит, ринит, фарингит, ларингитларнинг мавжудлиги грипп учун характерли ўзгаришлар ҳисобланади.

Таъхислаш: бурун ва танглай шиллик қаватидан грипп вирусига флюоресценция услубида антителаларни аниклаш.

Даволаш: ремантадин, оксолинли суртма, антигриппин, балғам кўчирувчи бромгексин, кўп микдорда иссиқ суюқликлар ичиш, бурунга нафтизин томизиш, галазолин, эфедрин, ментол ёғларини кўллаш; унинг зотилжам билан асоратланишида- антибиотик ёки сульфаниламид препаратлари буюриш.

Юқорида қайд этилганидек, айрим паразитлар чақирган касалликлар ҳам тана ҳароратининг кўтарилишига олиб келиши мумкин. Қуйида Республикамизда кенг тарқалган ва иситмалаш билан кечувчи ушбу касалликларга тўхталиб ўтамиз:

Лямблиоз - унинг ичак, гепатобилиар ва аралаш шакларида субфебрил иситмалаш кузатилади ва ривожланишида қуйидаги асосий патогенитик бўғинлар фарқланади:

- ✦ лямблиялар таъсирида ичак ва ўт йўллариининг жароҳатланиши;
- ✦ 12 бармоқли ва ингичка ичак, ўт йўллари ҳамда жигарнинг шиллик қаватида атрофия ва микроабцесслар пайдо бўлиши;
- ✦ ичаклар микробиозининг ўзгариши;
- ✦ мальабсорбция жараёнининг ривожланиши;
- ✦ турғун дискензия;
- ✦ микроблар ўлими натижасида ичакда дисметоболитик маҳсулотлар тўпланиши.

✦ Беморда субфебрил иситмалаш билан бир каторда қуйидаги клиник белгилар аниқланади:

- ✦ тилнинг оқ қараш билан қопланиши;
- ✦ метеоризм ва ичакларнинг ғулдираши;
- ✦ пиллодуоденал ва мезогипогасрал соҳада оғрик;
- ✦ жигар катталаниши;

✦ Ортнер-Греков ва Мюсси-Георгиевский синдромларининг аниқланиши (1/3 қисм беморларда).

Бундан ташқари, асаб тизимида астенизация, юрак қон-томир тизимида дистония, гемоглабин кўрсаткичининг меъёрида бўлишига қарамасдан, терининг оқимтир рангга кириши, болалар ҳамда ўсмирларда (уларда асосий белги ҳисобланади) лаб қуриши, ёрилиши, устки қаватининг қуриб кўчиб тушиши, соч ўсиш тезлигининг камайиши ва унинг ингичкалашиши кузатилади. Ташхис нажасни (янги ажралган бўлиши ва у бир неча бор қайта текширилиши лозим) микроскоп ёрдамида текшириб лямблия топилганда тасдиқланади. Ушбу текшириш лямблиянинг жойлашиши ичакда бўлган тақдирда, ижобий самара беради. УАВ бемор яқин орада антибиотиклар қабул қилганда ёки паразитларни гепатобилиар тизимда жойлашишида нажасда лямблиялар топилмаслигини ёдда тутиши лозим.

Бирламчи тизимда ишлайдиган шифокорга болалар ва катталар кўпинча лямблиознинг сурункали шакли билан мурожаат қиладилар. Уни даволаш куйида келтирилган 3 босқичда амалга оширилади.

Биринчи босқич эндотоксикозни бартараф этиш, лямблияларни механик равишда тозалаш ва организмнинг химоя қувватини оширишни ўз ичига олади.

Ушбу босқични бажариш куйидаги чора-тадбирни қўллаш билан амалга оширилади:

- парҳез ва овқатланиш тартиби. Бу лямблияларнинг кўпайишига тўсқинлик қилувчи сорбент маҳсулотлардан (бўтқа, таркибида ун кепаги кўп бўлган маҳсулотлар, олмали печеные, нок, қуритилган мевалар, сабзавотлар, ўсимлик ёғи) ташкил топган бўлиши керак. Ширинлик истеъмол қилиш таъқиқланади;

- ўт ҳайдовчи гиёҳлар ва дори воситалари (наъматак, жўхори попути, никодин, холензим оксафенамид, энтеросгель);

- 6-7 кунда бир марта жигар, ўт қоли ва ичакни тозалаш; оч коринга 25% магний сульфат (50-100 мл.) ёки 30-50% сорбит ёки ксилит эритмаси ичгандан сўнг 300 мл.гача (қайноқ сувни совутгандан кейин) суюкликни 2 соат давомида (лекин минерал сув бўлмаслиги керак) ичиш. Ичак бўшалгандан сўнг кун давомида енгил ҳазм бўлувчи (қайнатилган гуруч, мева ва сабзавотлар, кўп суюклик истеъмол қилиш) парҳез;

- лямблияларнинг қайта сўрилишининг олдини олиш учун (ресорбция) кечки пайт 2 ош қошиқ гуруч совуқ сув аралаштириб эрталаб яхшилаб ювилади ва ундан сўнг 250-300 мл. қайноқ сув устидан куйилиб, 2 дақиқа давомида қайнатилади (сўнгги қайноқ сув билан боғлиқ жараён 3 марта такрорланади). У махсус тўр идишдан ўтказилиб, колган куюқ иссиқ сув билан ювилиб ликобчаларга солинади. Тайёрланган таом майда чайнаб шошмасдан истеъмол қилинади ва беморга ундан сўнг 4 соат давомида суюклик ҳамда овқат истеъмол қилиш ман этилади. Кун давомида 4-6 стакан қайнатилган сув ичиш лозим. Ижобий самарага эришиш учун ушбу парҳез даво курсини 40-45 кун давомида қўллаш мақсадга мувофиқ;

- энтеросорбентлар (полифепан, холестерамин 7- 10 кун) тавсия этиш;
- фермент дорилари (кўрсатмалар асосида);
- тозаланган олтингугурт 0.1-0.3 г. кунига 3 маҳал овқатдан олдин 2-ҳафта давомида;
- 1,5–2,0 литр қайноқ сувни тана ҳароратигача совутиб, лимон шарбати (нордонлаштириш мақсадида) аралаштирилгандан сўнг ичакни тозаловчи ҳукна ўтказиш. Ушбу муолажа 2-босқич олдидан ўтказилади.

Иккинчи босқич. Ушбу босқичнинг мақсади паразитларни бартараф қилишга қаратилган бўлиб, унда фазижин, трихопол ёки зентил дори воситалари ишлатилади. Юқорида санаб ўтилган дори воситалари ёрдамида ўтказилган даво курсидан сўнг 3-кун танафус қилиниб, кейин 5 кун фуразолидон буюрилади ва уни қўллашнинг охириги куни тубаж ўтказилади. Ушбу даво босқичида беморнинг ич келиши равонлиги кузатиб борилади.

Учинчи босқич. Сўнгги учинчи босқич бемор иммун қувватини ошириш ва лямблиянинг ривожланишига йўл қўймайдиган шароит яратишидан иборат.

Санаб ўтилган босқичларнинг даво самараси 92-95% беморларда кузатилади. Бироқ 3-6 ойдан сўнг ўтказилган қайта лаборатор текширув натижасида айрим беморларда яна лямблия борлигини аниқлаш мумкин. Лекин рецидив ёки реинфекция бўлган беморларда юқорида келтирилган клиник белгилар кузатилмайди.

Баъзан узоқ давом этувчи субфебрил, тўлқинсимон эгри чизикли иситма қайталанувчи сурункали касалликлардан бири бўлган **токсоплазмоз**да учрайди. Ўткир токсоплазмоз ўта оғир кечиб, баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Аксарият ҳолларда ўткир тифга ўхшаш шаклда, яъни касалликнинг 4-7-кунлари экзантемадек тошмалар пайдо бўлиши билан бошланади. Уларнинг 85% да тарқалган лимфааденопатия, мускулларнинг орасида қаттиқ кальцинатлар, 90% беморлар ЭКГсида ритм бузилишлари, миокарда ўчоқли ёки диффуз ўзгариш белгилари бўлиши ва 65% да жигар катталашishi кузатилса ҳам, лекин сурункали гепатит ёки жигар циррози ривожланмайди. Сурункали токсоплазмоз тўлқинсимон кечиб, кўзиш кейинчалик қисқа ремиссия даври билан алмашади, бу вақтда касалликнинг барча клиник белгилари сўниб, беморнинг иш қобилияти тикланса ҳам, ўзини тўлиқ соғлом ҳис этмайди. Яширин кечаётган токсоплазмоз касаллиги учун чуқур текширганда ҳам унга хос бўлган белгиларни аниқлашнинг мураккаблигидир.

Беморларнинг умумий кон таҳлилида нормоцитоз ва нисбий лимфацитоз билан кузатиладиган яққол намоён бўлмаган лейкопения қайд этилади. Касалликка бактериал инфекция қўшилган ҳолларда лейкоцитоз, аксарият беморларда ЭЧТ меъёрида бўлиши ва доимий бўлмаган гамма – глобулин фракциясининг ортиши аниқланади.

УАВ беморда токсоплазмоз касаллиги борлигига шубҳа қилганда, ташхисни тасдиқлаш учун мутахассисга юбориши ва уларда серологик

реакция ёки тери ичига токсоплазмин синамаси ўтказилиши (токсоплазмин антигени билан реакция, флюоресцент услубида антителалар топиш, ИФА ва бошқа) лозим.

Иситмалашга бағишланган адабиётларда уни келтириб чиқарувчи асосий омил сифатида юқорида баён қилинганидек, юқумли касалликлар ҳисобланса ҳам, қатор ҳолларда ауто иммун жараёнлар ва ёмон сифатли ўсмалар ҳам унга сабаб бўлиши мумкин. Илмий манбаларда бу гуруҳ касалликлар иситмалашга олиб келувчи катта уқлик деб аталади.

УАВ фаолиятида учрайдиган иммун яллиғланиш касалликлари (тизимли қизил волчанка, дерматомиозит, тугунчали переартериит, ревматизм, ревматоидли артрит, носпецифик аортоартериит) бошланғич даврида иситмалаш синдроми билан кечиб юқумли касалликлар тўғрисида сохта фикр туғдиради ва қўлланилган антибиотиклар самара бермайди.

Ёш аёлларда доимий ёки интермиттирловчи иситмалаш (баъзан 40°C) артралгия, лимфаадинопатия, плеврит, перикардит, нефрит билан бирга ёноқларда «капалаксимон» тошма кузатилса, УАВ тизимли қизил волчанка тўғрисида ўйлаши керак. Субфебрил иситмалаш, дерматит, зўрайиб борувчи мушаклар қувватсизлиги ва шиши, унинг ҳисобига ҳаракатнинг чегараланиши, тананинг очик қисмидаги терида эритематоз тошмалар («кўзойнак» симптоми) каби ўзгаришлар бирга келиши дерматомиозит касаллиги мавжудлигидан далолат беради. Ремиттирловчи иситмалаш (аксарият ҳолларда 38-39° С гача кўтарилиб, кун давомида 1-2° С га ўзгариши) мактаб ёшидаги болалар ва ўсмирлар стрептококкли инфекция (ангина, фарингит) ўтказгандан кейин 2 ҳафта ўтгач, калтираш, кўп терлаш, йирик бўғимларда кўчиб юрувчи оғрик, маҳаллий шиш, кардит, хорёя ва терида халқасимон эритемалар бирга кечса, ревматизм тўғрисида ўйлаш лозим.

Айрим ҳолларда тана ҳароратининг ўта юқори (40°C гача) кўрсаткичларгача кўтарилиши, терида эритематоз доғлар, геморрагик, сувли ва некротик ўзгаришли тошмалар, тери тагида томир бўйлаб жойлашган оғрикли 1 см.гача бўлган тугунчалар, тана вазнининг сабабсиз камайиши, бўғимлар, мушаклар ва ички аъзолардаги ўзгаришлар тугунчали периартериитга хос ҳисобланади.

Тана ҳарорати кун давомида меъёридан 3-4°C гача кўтарилиб (гектик ёки субфебрил), кичик бўғимларда симметрик оғрик, эрталабки қарахтлик ва кейинчалик уларнинг деформацияланиши (улнар девиация, бармоқларнинг урчуксимон шаклга кириши) билан кечса УАВ ревматоид артритга шубҳа қилиши лозим.

УАВ юқорида санаб ўтилган белгиларни аниқлаб, у ёки бу тизимли касалликлар тўғрисида шубҳа қилса, беморни ихтисослаштирилган шифохонага (бўлимга) даволаниш учун юбориши зарур.

Ушбу касалликлар тўғрисидаги маълумот «Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари» ва «Бўғим синдроми»га бағишланган маърузаларда батафсил ёритилган.

Юқорида баён қилинганидек, иситмалашга бағишланган адабиётларда уни келтириб чиқарувчи асосий уч омилдан бири ўсмалар ҳисобланади.

Кўпчилик ўсмалар ҳар хил турдаги иситмалаш билан (хусусан, лимфома, лимфогранулематоз, нефрокарцинома, йўғон ичак, ўпка, жигар ва ошқозон ости беzi ўсмалари ва бошқалар) кечади. Баъзан иситмалаш олдинрок кузатилиб, унинг бошқа белгиларидан устунлик қилиши ёки маълум муддатгача ягона белги сифатида намоён бўлиши ҳам мумкин. Баъзи ҳолларда асосий жараёнга инфекция қўшилиши оқибатида иситмалаш пайдо (масалан, ўпка ракида зотилжам) бўлади. Бундан ташқари, ўсмаларнинг пироген модда ишлаб чиқаришини ҳисобга олсак, уларнинг таъсири натижасида иситмалаш кузатилиши мумкин.

Субфебрил, интермиттирловчи, тўлқинсимон ёки нотўғри иситмалаш аксарият ҳолларда катта ёшдаги кишиларда учраса ҳамда тана вазнининг тез камайиб бориши, лимфа безларининг катталашиши аниқланса, беморларда сабабсиз дармонсизлик, иштаҳасизлик, антибиотиклар, ГКС ёки НЯҚВ таъсирида тана ҳароратининг тушмаслиги кузатилса ва авж олиб борувчи салбий лаборатор кўрсаткичлар (анемия, ЭЧТ ошиши, гепатома ва гипернефромада эритроцитоз, ошқозон ости беzi ракида эса қайталовчи тромбофлебит) кайд этилганда, УАВ беморда ўсма борлигига шубҳа қилиши лозим. Юқоридаги умумий белгилар билан бир қаторда ўсманинг жойлашишига қараб у ёки бу аъзо зарарланишига хос симптомлар (ўпка ракида йўтал билан бирга баъзан қон туфлаш, гепатобилиар соҳа ўсмасида сариклик, буйракда гематурия ва бошқалар) ҳам аниқланади. Тўлқинсимон ёки нотўғри иситмалаш баъзи ҳолларда лейкоз касалликларининг бошланғич белгиларидан бири бўлиши мумкин. Шу билан бир қаторда, теридаги ҳар хил катталиқдаги гематомалар, милк ва бурун қонаши, бош айланиши, кўз олди қоронғилашиши, кучайиб борувчи дармонсизлик ва қон таҳлилидаги мавжуд анемия, лейкоцитлар сонининг ошиши, ЭЧТ кўтарилиши ушбу касалликларга шубҳа қилишга асос ҳисобланади. УАВ беморларда ўсма касаллигига (шу жумладан, лейкозлар) хос белгиларни аниқласа, уларни зудлик билан тегишли мутахассис (онколог, гематолог) маслаҳатига юбориши лозим.

Қатор ҳолларда иситмалаш айрим **дори воситаларини** қабул қилиш натижасида пайдо бўлиши мумкин. У ёки бу дорини қабул қилаётган беморда ремиттирловчи, интермиттирловчи, икки тўлқинли, гектик ёки субфебрил иситмалаш кузатилса ва уни тўхтатгандан сўнг тана ҳарорати меъёрига тушса, ушбу ҳолат дориларнинг ноҳўя таъсирида пайдо бўлган иситмалаш, деб аталади. Иситмалаш баъзан амфотерицин, антигистамин гуруҳидаги дорилар, барбитуратлар, допегит, пенициллин, новокаинамид, хинидин, салицилатлар, сульфаниламидлар, азотиоприн, изониазид, йодидлар, нитрофуранлар, стрептокиназа ва стрептомицинларнинг ноҳўя таъсири сифатида намоён бўлади.

Дори воситалари таъсирида келиб чиқувчи иситмалашлар қуйидаги ҳолатларда кузатилади:

▶ дори воситаси томир ичига юборилаётган вақтда ёки ундан сўнг қисқа вақт ўтгач пайдо бўладиган иситмалаш (масалан, томир ичига дориларни оқим ёки томчилаб юборганда кузатиладиган пироген реакциялар);

▶ дори воситасининг самараси сифатида юзага келадиган иситмалаш (антибиотиклар таъсири натижасида катта миқдордаги микроорганизмларнинг нобуд бўлиши ва улардан эндоген субстанциялар ажралиб терморегуляция марказига таъсири оқибатида тана ҳароратининг кўтарилиши – масалан, захмда, лептоспирозда, пневмокок зотилжам ва бошқалар);

▶ дори воситаларига организмнинг ўта юкори сезувчанлиги оқибатида юзага келадиган иситмалаш. Уларнинг пайдо бўлиши асосида иммунологик механизмлар ётиб, иситмалаш кўпича дорилар таъсирида кузатиладиган аллергия белгилари билан намоён (тери тошмалари, эшак еми) бўлади.

▶ дори воситаларининг ноўя таъсирида иситмалашнинг юзага келиш эҳтимолини оширадиган омиллар:

▶ илгари анамнезида баъзи дориларга аллергияси бўлган беморларга бир вақтнинг ўзида бир неча хил дори воситалари юбориш;

▶ катта ёшдаги беморлар.

▶ дори воситалари таъсирида юзага келган иситмалашни даволашда ГКС қўллаш (томир ичига юбориш тавсия этилади) яхши самара беради.

Марказий асаб тизими касалликларида кузатиладиган иситмалаш

Иситмалашнинг сабаби мия ва унинг қаватларидаги инфекция ўчоқлари, ўсма, жароҳатлар ва қон қуйилиши бўлиши мумкин. Ушбу ҳолатларда беморда тана ҳароратининг кўтарилиши билан бир қаторда бош миянинг ўчоқли зарарланишига хос бўлган (**менингит, қон қуйилишида – гемиплегия, гемипарез, афазия ва бошқалар; жароҳатларда –** унга хос ўзгариш) белгилар кузатилади.

Ноаниқ табиатли иситмалаш

Қуйидаги ҳолатларда иситмалаш номаълум табиатли деб аталади:

- тана ҳарорати 38° Сдан юкори бўлса;
- унинг давомийлиги 3 ҳафтадан узоқ тўзилса;
- шифохона шароитида бемор ўта синчковлик билан текширилишига қарамадан унинг сабаби бир ҳафта мобайнида аниқланмаса.

УАВ беморда ноаниқ табиатли иситмалашга шубҳа қилганда кам учрайдиган касалликлар тўғрисида эмас, балки биринчи навбатда, кенг тарқалган патологик жараёнлар (уларнинг атипик кечиши) ҳақида ўйлаши лозим. Унинг сабабини аниқлашда синчковлик билан йиғилган анамнез (илгари ўтказилган касалликлар, касби - ҳайвонлар билан ишлаши, яқин орада сафарда бўлганлиги ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга.

Сунъий йўл билан чақирилган иситмалаш

Баъзи ҳолатларда (антибиотикларга чидамлик кузатилганда, чўзилган, қайталанувчи бактериал инфекцияларда, захм касаллигининг эрта даврида

ёки унинг таъсирида асаб тизими шикастланганда, сўзакнинг сурункали кечишларида, айрим тери касалликларида – псориаз, экзема, стрептодермия, сарамас) қатор дорилар ёрдамида (пирогенал, пиромен ва пирексаллар) беморда сунъий йўл билан иситмалаш чақирилади ва ундан сўнг даволаш чоратадбирлари ўтказилади. Табобатда бу усул пиротерапия деб аталади. Беморда юрак қон томир етишмовчилиги, ГК, ҚД, тиреотоксикоз, ЮИК ва хомиладорлик мавжудлиги пиротерапия ўтказишга қарши кўрсатма ҳисобланади.

Маълумки, юқорида қайд этилганлардан ташқари, УАВ фаолиятида учровчи бошқа қатор касалликларда ҳам иситмалаш кузатилади. Лекин уларни бир маъруза доирасида ёритишнинг имкони йўқ. Шуни эътиборга олиб, қуйида биз Ф.И.Комаров ва ҳаммуаллифларнинг китобида баён этилган (1-8–жадваллар) иситмалаш билан кечиш эҳтимоли бўлган синдромлар ва уларга олиб келувчи касалликларни ташхислаш мезонлари ҳамда ахборотли текшириш усулларини келтирдик. Улардан фойдаланиш шифокорга иситмалаш сабабини ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Аммо уларда келтирилган ва касалликларни ташхислаш учун тавсия этилган айрим қўшимча текшириш усуллари мутахассис шифокор маслаҳатидан сўнг аниқ кўрсатмаларга асосан буюрилиши лозим.

1- жадвал

Иситмалаш ва бўғим - мушак синдроми билан кечувчи касалликларнинг асосий ташхисий мезонлари ҳамда қўшимча текшириш усуллари (артралгия, миалгия, артритлар, миозитлар)

Касалликлар	Асосий ташхисий мезонлар	Текшириш дастури
Ревматик лихорадка-ли полиартрит	Қисқа муддатли бўғим синдроми, эндо ва миокардит белгиси Антистрептолизин-0 титрининг ошиши	Юракни ЭхоКГ, ЭКГ, оксиллар фракциясини текшириш Антистрептолизин-0 титри
Ревматоидли артрит	Терида ревматоид тугун, бўғим деформацияси, рентген белгиси, юқори титрли ревматоид омил (серопозитив шаклида)	Қон ва бўғим суюқлигида ревматоид омил, бўғимлар рентгенографияси
Иммунокомплекс полиартрит, шунингдек, постдизентерияли, постгнококкли	Артрит ривожланишида юқумли инфекцион касалликлар мавжудлиги	Серологик текшириш, тор мутахассислар маслаҳати
Бруцеллёз	Касбий анамнез, лимфа тугунлари, талоқ катталашини, илдишчали неврологик белгилар, лейкопения, мусбат серологик реакциялар	Серологик текшириш, тор мутахассислар маслаҳати

Сепсис ва септик артрит	Бирламчи септик ўчоқ мавжудлиги ва септикопиемиянинг намоён бўлиши	Қон ва синовиал суюқликни бактериал текшириш
Инфекцион артритлар (гонорея, йерсениоз, хламидиоз)	Анамнез, инфекциянинг бошқа белгилари	Серологик текшириш, инфекционист маслаҳати, синовиал суюқликни текшириш
Тизимли қизил волчанка	Тери ўзгаришлари, плеврит, сийдик синдроми, лейкопения, конда LE хужайралар ва ДНК АТ ларининг аниқланиши, комплемент камайиши	Қонни LE хужайраларига, ДНК АТга текшириш, комплемент аниқланиши
Дерматомиозит	Тери ўзгаришлари, миастения, нафас ва диафрагма мушакларини шикастланиши, баъзан ўсмалар билан бирга (50%) келиши	Невропатолог маслаҳати, электромиография, мушаклар биопсияси
Аллергик реакциялар	Дорилар қабул қилиш билан боғлиқлик, анамнезда уларни кўтаролмаслик, дори аллергияларининг бошқа белгилари, эозинофилия	
Тугунчали артрит	Полиневритлар, артериал гипертензия, сийдик синдроми, озиш, лейкоцитоз, эозинофилия, бронхоспазм	Невропатолог маслаҳати, мушаклар биопсияси
Трихинелёз	Гастроэнтерит белгилари, мушакларда оғрик, гуруҳли касалланишлар ҳолати, эозинофилия, музбат серологик реакциялар, мушаклар биоптатида личинкалар аниқланиши	Серологик текшириш, мушаклар биопсияси
Ревматик полимиалгия	Беморларнинг катта ёшдалиги, чаноқ камари миалгияси, кескин тезлашган ЭҚТ, тери ва мушаклар биоптатида гигант хужайрали артериит	Тери - мушак биопсияси

Лимфаденопатия ва иситмалаш билан кечувчи касалликларнинг асосий ташхисий мезонлари ҳамда кўшимча текшириш усуллари

Касалликлар	Асосий ташхисий мезонлар	Текшириш режаси
Инфекцион моно-нуклеоз	Нисбатан ёшларда, ангина, бўйин лимфа тугунлари катталашиши, эшак еми, лимфа-моноцитоз, Пауль- Буннель реакцияси мусбат	Пауль - Буннель серологик реакцияси
Ўткир лейкоз	Шиллик каватларнинг ярали-некротик шикастланиши, анемия, геморрагик синдром, қонда ва суяк кўмигида бласт хужайралар аниқланиши	Суяк кўмигини текшириш
Сурункали лимфо-лейкоз (инфекциялар ва аутоиммун асоратлардан кузатиладиган иситмалаш)	Муйсафид ёш, талок катталашиши, лимфоцитоз, суяк кўмигининг лимфоцитлар билан метаплазияси, қонда Боткин - Гумпрехт хужайралари аниқланиши	Қон таҳлили
Лимфагранулематоз	Асосий ташхисий мезон лимфа тугунларидаги морфологик ўзгаришлар	Лимфа тугунлари биопсияси
Лимфасаркома	Асосий ташхисий мезон лимфа тугунларининг морфологк ҳолати	Лимфа тугунлари биопсияси
Иммунобласт лимфаденит (турли АТ таъсирларига лимфа тугунларида лимфоцитлар пролиферацияси)	Гепатоспленомегалия, тери ўзгаришлари, анемия, тромбоцитопения, диспротейнемия, лимфа тугунларида плазмобластлар ва иммунобластлар пролиферацияси	>>>>
Реактив лимфаденит	Маҳаллий яллиғланиш ўчоғининг аниқланиши	Маҳаллий патологик жараённинг жойлашиши ва характери
Саркоидоз	Медиастенал лимфа тугунлари катталашиши, ўпкалар шикастланиши (диссеминация, пневмосклероз), тугунчали эритема, ирит, иридоциклит, туберкулин синамаларнинг манфийлиги, лимфа тугунлардаги саркоид гранулёма	Ўпкани рентгенотомографик текшириш, туберкулин синамалари, лимфа тугуни биопсияси

3- жадвал

**Иситмалаш ва талок катталашини билан кечувчи
касалликларнинг асосий ташхисий мезонлари
хамда қўшимча текшириш усуллари**

Касалликлар	Асосий ташхисий мезонлар	Текшириш режаси
Сепсис	Қалтираш, терида геморагиялар, анемия, сийдик синдроми, лейкоцитоз, нейтрофилларнинг токсик донаторлиги	Қонни бактериологик текшириш
Бактериал эндокардит	Қалтираш, аортал етишмовчилик мавжудлиги, анемия, сийдик синдроми	Қонни бактериологик текшириш, ФКГ
Талок абцесси	Қалтираш, септик жараён, талок инфаркти мавжудлиги, скенограммада нуқсон аниқланиши	Эхолокация, талок скеннограммаси, лапароскопия
Ўткир лейкоз	2-жадвалга қаранг	2- жадвалга қаранг
Сурункали лимфолейкоз	« « «	« «
Лимфогранулематоз	« « «	« « «
Лимфосаркома	« « «	« « «
Инфекцион мононуклеоз	« « «	« « «
Иммунбласт лимфаденит	« « «	« « «
Бруцелез	« « «	« « «
Остеомиелофиброз (иситма инфекциялар ва иммун асоратларда юзага келади)	Талок ўлчамларининг катталашини, гиперлейкоцитоз чапга силжиш билан, базофилия, суяк кўмигида миелофиброз мавжудлиги	Суяк кўмигини гистологик текшириш

Иситмалаш ва жигар катталаниши билан кечувчи касалликларнинг асосий ташхисий мезонлари ҳамда қўшимча текшириш усуллари

Касалликлар	Асосий ташхисий мезонлар	Текшириш режаси
Сурункали актив гепатит	Талок катталаниши, тизимли белгилар (бўғим синдроми, ллевритлар, сийдикда ўзгаришлар), сариклик, гемorraгик синдром, функционал синамаларнинг мусбат бўлиши, жигар ферментлари фаоллигининг ошиши, HbsAg нинг қонда бўлиши, жигарда дегенератив, некротик ўзгаришларнинг лимфoндгистиoцитар инфильтрация билан бирга бўлиши	Жигар функциясини текшириш, ферментлар фаоллигини, HbsAg аниқлаш учун серологик текширишлар, жигар биопсияси
Холангит	Анамнезида ўт тош касаллиги хуружлари, қалтираш, интермиттирловчи сариклик, талок катталаниши, лейкоцитоз	Холецистография, холангиография, лапароскопия, ўт суюқлигини экиш
Жигар абцесси	Қалтираш, скеннограммада ўчоқли белгилар, ўнг томонлама плеврит	Скеннограмма, эхолокация, лапароскопия
Жигарнинг бирламчи раки	Жигар юзасининг нотекислиги, ўлчамларининг тез ўсиши, скеннограммада ўчоқли ўзгаришлар, қонда альфа фетoпрoтeиннинг мавжудлиги	Скеннограмма, эхолокация, лапароскопия, жигар биопсияси, альфа фетoпрoтeинни текшириш (Абелов реакцияси)
Лимфoгранулeмaтoз	2- жадвалга қаранг	2- жадвалга қаранг
Сепсис	3 - жадвалга қаранг	3 - жадвалга қаранг

5- жадвал

Иситмалаш ва камқонлик синдроми билан кечувчи касалликларнинг асосий таъхисий мезонлари ҳамда қўшимча текшириш усуллари

Касалликлар	Асосий таъхисий мезонлар	Текшириш режаси
Апластик анемия	Шиллик қаватларнинг ярали-некротик шикастланиши, геморрагик синдром панцитопения	Суяк илигини текшириш
Аутоиммун гемолитик анемия	Тери сариклиги, талок қатгалашиши, ретикулоцитоз, Кумбс синамаси мусбат	Суяк кумигини текшириш (Кумбс синамаси)
Гипернефрома	Сийдик синдроми, урография маълумотлари бўйича буйрак ўлчамларининг қатгалашиши, суяк кўмигининг плазмоцитози	Рентгеноурологик текшириш, буйрак артериялари ангиографияси
Опшқозон-ичак тизими ўсмаларининг иситмалаш ва қон кетиш натижасида анемия билан намоён бўлиши	Рентгенологик ва эндоскопик белгилар	Нажасни яширин қонга текшириш, рентгенологик ва эндоскопик текширишлар
Сепсис	3-жадвалга қаранг	3-жадвалга қаранг
Ўткир лейкоз	2-жадвалга қаранг	2-жадвалга қаранг

6-жадвал

Иситмалаш ва юрак етишмовчилиги ёки юракнинг бошқа зарарланишлари билан кечувчи касалликларнинг асосий таъхисий мезонлари ҳамда қўшимча текшириш усуллари

Касалликлар	Асосий таъхисий мезонлар	Текшириш режаси
Ревмокардит (бирламчи ёки қайталама)	Анамнезда юрак нуқсони, миокард ва эндокард зарарланиши белгилари билан (клиник, ЭКГ, ФКГ ва ЭхоКГ маълумотлари)	Юракни рентгенологик текшириш, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ

Бактериал эндокардит	3- жадвалга қаранг	3-жадвалга қаранг
Носпецифик миокардит	Юрак ўлчамларининг катта-лашиши, аритмиялар, юрак етишмовчилиги, тромбоз-молик асоратлар, ЭКГ маълумотлари	Юракни рентгенологик текшириш, ЭКГ
Дресслер синдроми	Миокард инфаркти ўтказилганлиги, перикардит, плеврит, пневмония, артралгия, лейкоцитоз, эозинофилия	ЭКГ, ўпкани рентгенологик текшириш
Бўлмача миксомаси	Аускультацияда юрак нуқсонли белгилари (кўпроқ митрал стеноз), хушдан кетишлар, эхокардиография маълумотлари	ЭхоКГ

7- жадвал

Иситмалаш ва ўпка - плевра зарарланиши билан кечувчи касалликларнинг асосий ташхисий мезонлари ҳамда қўшимча текшириш усуллари

Касалликлар	Асосий ташхисий мезонлар	Текшириш режаси
Ўткир носпецифик пневмония	Ўткир кечиши, йўтал, хансираш, кўкрак кафасида оғрик, аускультация манзараси, нейтрофилли лейкоцитоз	Динамикада рентген текшириш
Ўпка артерияси тармоғи тромбозмоблияси	Болдир венасида тромбоз-флебит мавжудлиги, тос аъзоларида жаррохлик амалиёти, қон туфлаш, юракнинг ўнг бўлаги зўриқиши, скеннограммада ўпканинг аваскуляризация соҳаси	Ўпкани рентгенда текшириш ва сканерлаш
Ўпка сили	Рентген маълумотлари, туберкулин синамаси яққоллиги, балғамда сил микобактериясининг мавжудлиги	Ўпкани рентгенда текшириш, туберкулин синамаси, балғамни бактериологик текшириш

Бронхоген рақ	Йўтал, қон туфлаш, кўкрақ қафасида оғриқ, рентген, бронхография, бронхоскопия маълумотлари	Ўпкани рентген текшириш, бронхоскопия, бронхография
Лимфогранулематоз	2-жадвалга қаранг	2-жадвалга қаранг
Ўпка абсцесси	Йирингли балғамнинг кўп миқдордалиги, анемия, лейкоцитоз, нейтрофилларни токсик донаторлиги	Рентгенотомографик текшириш, бронхоскопия
Ўпка саркоидози	2-жадвалга қаранг	2-жадвалга қаранг
Даврий касаллик	Маълум бир миллатда кўпроқ учраши (арманлар, яхудийлар), плеврит, қоринда оғриқ, оилавий касалланишлар	Рентген текшириш, милқдан биопсия (амилоидоз!)

8-жадвал

Иситмалаш ва сийдик синдроми билан кечувчи касалликларнинг асосий таъхисий мезонлари ҳамда қўшимча текшириш усуллари

Касалликлар	Асосий таъхисий мезонлар	Текшириш режаси
Пиелонсфрит	Қалтираш, белда оғриқ, дизурия, артериал гипертония, бактерурия, рентгенограммада қосача-жомча тизимида деформация	Сийдикни бактериологик ва буйракни рентгеноурологик текшириш
Буйрак сили	Анамнезда ўпка сили ўтказганлиги, туберкулин синамаси мусбатлиги, сийдикда сил микобактериясининг мавжудлиги	Туберкулин синамаси, сийдикни бактериологик ва рентгеноурологик текшириш
Тизимли қизил волчанка	1- жадвалга қаранг	1- жадвалга қаранг
Тугунчали артериит	1 - жадвалга қаранг	1- жадвалга қаранг
Сепсис	3 - жадвалга қаранг	3- жадвалга қаранг
Бактериал эндокардит	3 - жадвалга қаранг.	3- жадвалга қаранг
Гипернефрома	5- жадвалга қаранг	5- жадвалга қаранг

Таъхис қўйиш намуналари

✓ Иккиламчи инфекцион эндокардит ўткир кечишининг иммунологик босқичи. Сурункали ревматик иситмалаш оқибатидаги аорта қопқоқчалари етишмовчилиги; СҚАЕ II Б (III ФК);

✓ Иккиламчи инфекцион эндокардитнинг сурункали кечиши дистрофик босқичи. Юракни туғма нуқсон – очик Баталов йўли. Нефрит гепатит. Сурункали ўпкали юрак декомпенсация босқичи; СҚАЕ III (IV ФК).

ҲОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Браунвальде Е., Иссельбахара Дж. Под ред. Внутренние болезни. (перевод с английского). – М.: Медицина, 1993.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней.- М.: Медицина, 1987.
3. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Т. 1. Москва. 2002.
4. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. Инфекционные болезни в деятельности врача общей практики. Ташкент: «Янги аср авлоди», 2007.
5. Казаков В.С. Справочник врача общей практики. Т.2. Минск, 1995.
6. Каррей Х.Л. Клиническая ревматология. (Перевод с английского). М.: Медицина, 1990.
7. Комаров Ф.И. «Диагностика и лечение внутренних болезней». 2-Том - М.: Медицина, 1998.
8. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
9. Краснов А.Ф. Семейная медицина. Самара: Самарский дом печати, том-1, 2. 1995.
10. Матвейков Г.П. Справочник по дифференциальной диагностике внутренних болезней. – Минск: “Беларусь”, 1990.
11. Мерта Дж. Справочник врача общей практики.. –М., 1998 г.
12. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. Общая врачебная практика. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2005.
13. Палеев Н.Р. Болезни органов дыхания. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1990.
14. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
15. Симбирцев С.А., Гуринов Н.Н. Общая врачебная практика. Санкт-Петербург: Издательство СПб МАПО и «Лига», 1996.
16. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз, 2 т., - М.: Медицина, 1988.
17. Чиркин А.А., Огороков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Клинические симптомы, программа обследования больных, интерпретация данных. - Минск: “Беларусь”, 1994.
18. Шувалов Е.П. Инфекционные болезни. – М.: Медицина, 1990.

БЎҒИМ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ

*Муйсафид врач лотин, ёш врач англиз,
яхши врач бемор тилида гаплашади.*

Г. Кох

Турли этиологияли шунингдек,, тизимли ёки маҳаллий хусусиятга эга бўлган ҳаракат-таянч аппарати касалликлари аксарият ҳолларда тургун ёки ўтиб кетувчи бўғим. синдроми билан кечади. Бўғим синдромига сабаб бўлувчи ревматик касалликлар жуда кам ҳолатларда ўлимнинг асосий сабаби бўлади. Лекин уларнинг аксарияти ички аъзоларнинг зарарланиши билан кечиб, бемор иш қобилягининг йўқолишига, ногирон бўлиб қолишига ва умрининг қисқаришига олиб келади. Ушбу гуруҳ касалликлар турли ёш, жинс ва ирқдаги аҳоли орасида 20-45% ҳолларда учрайди (1-жадвал) ва беморларнинг 6-10 %и ногирон бўлиб қолади. Аксарият беморлар биринчи бор бўғимларда маҳаллий ёки тарқалган оғриқлар билан УАВ га мурожаат қиладилар. Бўғим синдроми тўғридан-тўғри бўғим ва (ёки) бўғим олди тўқимаси касалликлари билан боғлиқ бўлиши, айрим ҳолларда эса руҳий хусусиятга эга бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда тўғри ташхис қўйиш учун УАВ оғриқ характери, пайдо бўлиш вақти, сабаби, давомийлигини аниқлаши ҳамда ушбу ўзгаришлар билан кечиши мумкин бўлган касалликлар ва уларнинг асосий белгиларини билиши лозим.

1-жадвал

Бўғим синдромининг турли ёш ва жинсларда учраши

Ёши, йил	Касалликлар			
	Эркак-ларда		Аёл-ларда	
	Яллиғла-нишсиз	Яллиғла-нишли	Яллиғла-нишсиз	Яллиғла-нишли
18-34	Жароҳат/ зўриқиш Белда оғриқлар	Спондилоар- тропатиялар Гонококкли артрит Подagra	Жароҳат/ зўриқиш Белда оғриқлар	Гонококкли артрит Тизимли кизил волчанка
35-65	Жароҳат/ зўриқиш Белда оғриқлар Остеоартроз Туннел син- дроми	Бурсит Подagra Спондило- артропатия- лар Дифферен- цияланмаган	Остеопороз (менопаузадан кейин) Белдаги оғриқлар Жароҳат/ зўриқиш	Бурсит Ревматоидли ар- трит Дифференциялан- маган серонеготив полиартрит

		серонегатив полиартрит	Фибромиалгия Туннел син- дроми Остеоартроз Рейно фено- мени	
--	--	---------------------------	--	--

Ёшларда бўғим синдроми кўп ҳолларда ёмон оқибатларга олиб келувчи оғир патологик жараёнларнинг, яъни иммун ўзгаришлар ва тизимли касалликларнинг бир кўриниши сифатида намоён бўлса, катта ёшдаги беморларда бўғим ва тоғай тўқималаридаги дистрофик ўзгаришлардан далолат беради. Шунинг учун шифокор эътиборини фақат зарарланган бўғимни даволашга қаратмасдан, чуқур таққослама ташхис ўтказиши ва бемордаги оғрик синдроми баҳолашда масъулият билан ёндашиши керак. Бўғим синдроми билан кечувчи кенг тарқалган касалликлар ва уларни ташхислаш учун лозим бўлган лаборатор-асбобий текширишларни билиш, ўз вақтида ташхис қўйиш ва патогенетик даво олиб боришга, эҳтиёж бўлганда, беморларни ихтисослаштирилган даволаш муассасаларига (ревматология, онкология, урология, ортопедия ва бошқалар) юборишга ёрдам беради.

Бўғимдаги оғриклар – таянч-ҳаракат тизимининг бирламчи ва иккиламчи зарарланишида кузатиладиган патологик симптомлардан бири бўлиб, 100 дан ортик турли касалликларда учрайди. Уларни пайдо бўлиши бевосита бўғим ҳосил қилувчи тузилмалар (синовиал қобик, бўғим суяклари, бойламлар) ва преартикуляр тўқимада жойлашган нерв охирилариининг таъсирланиши билан боғлиқ. Фақат бўғим тоғайида нерв толалари ва томирлар йўқ ва унинг чегараланган зарарланиши оғрик билан кечмайди. Бўғимдаги оғрикларни юзага келтирувчи сабабларидан бири **артрозлардир**. У барча бўғим касалликларининг 80 % ни ташкил этади. Улар тоғайдаги дегенератив ўзгаришлар билан бошланиб, қисқа вақт ичида унинг остида ётувчи суякларни, бўғим қобиғини, хатто синовиал ўрам ва мушакларни қамраб олади.

Бўғимларнинг яллиғланиши - **артритлар** тарқалиши бўйича иккинчи ўринда турувчи оғрик синдроми билан кечадиган касалликлар гуруҳи ҳисобланади. Одатда улар асосида бўғим бўшлиғи ва синовиал қобиғида (синовит) жойлашган патологик жараён ётади. Бўғимда аниқланадиган шишлар нафақат синовит туфайли, балки синовиал қобикнинг ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг яллиғланиши сабабли ҳам юзага келади. Артритлар инфекция, аутоиммун яллиғланишлар, модда алмашинувининг бузилиши, жароҳат туфайли пайдо бўлса, айрим ҳолларда унинг сабабини аниқлаш имкони бўлмайди.

Бўғимдаги патологик жараён бошқа аъзо ва тизимларнинг ревматик бўлмаган касалликлари натижасида ҳам юзага келиши мумкин. Бунда бўғим синдроми артралгия ва артритлар кўринишида кечади. У бириктирувчи тўқиманинг тизимли зарарланиши, модда алмашинуви ва вегетатив нерв тизими гормонал ҳолатининг бузилиши, токсик, аллергик, токсико-аллергик

механизмлар таъсирида бўғим тўқимаси сезувчанлигининг жиддий ўзгариши оқибатида ривожланади. Уларнинг жойлашиши турлича бўлиб, асосий касалликка боғлиқ ҳолда ўзига хос белгиларга эга (1 ва 2-расмлар) бўлади. Улар тўғрисида кейинроқ алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Қуйида бўғим синдроми билан кечувчи амалиётда тез-тез учраб турадиган касалликлар классификацияси келтирилган:

Ревматизм (ревматик лихорадка).

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари (тизимли кизил волчанка (ТҚВ), тизимли склеродермия (ССД), Шегрен касаллиги, дарматомиозит (ДМ), диффуз фациит, бириктирувчи тўқимани аралаш касалликлари, ревматик полимиалгия ва бошқалар).

Тизимли васкулитлар (тугунчали переартериит, геморрагик васкулит, Вегенер грануломатози ва бошқалар).

Ревматоид артрит (РА) (полиартрит, РА тизимли шикастланиш билан, Фелти синдроми).

Ювенил артрит (ювенил РА, Стилл синдроми, сурункали ювенил артрит).

Бехтерев касаллиги.

Спондилоартрит билан бирга кечувчи артритлар (псориастик артрит, Рейтер касаллиги, ичакнинг носпецифик касаллигида (НЯК, Крон касаллиги) кузатиладиган артритлар).

Инфекцияга боғлиқ артритлар

А. Инфекцияли артритлар:

1. бактериали (стафилококк, стрептококк, гонококк, бруцеллёз, захм, микобактерия: туберкулез ва бошқалар), Лайм ва Уиппл касалликлари;
2. вирусли (қизилча, эпидпаротит, сувчсчак ва бошқалар);
3. замбуруғли;
4. паразитар;

Б. Реактив артритлар:

1. энтероколитдан кейинги- иерсиниоз, салманеллёз, шегеллёз ва бошқалар;
2. уrogenитал (Рейтер касаллиги ва сўзак (гонорея));
3. бурун халқум инфекциясидан кейин;
4. эмлашдан (вакцинация) кейинги.

IX. Микрoкpисталли артрит:

- подагра;
- хондрокальциноз.

X. Остеоартрозлар:

1. деформацияловчи остеоартроз (бирламчи ва иккиламчи);
2. спондилёз, остеохондроз, спондилоартроз.

XI. Бўғимларнинг кам учрайдиган касалликлари:

1. полисиндром ревматизм;
2. интермиттерланувчи гидроартроз;

Акромиал-ўмров
бўғими:
остеоартроз

Кафт билак
бўғими:
РА, остеоартроз

Проксимал
панжалараро
бўғим:
РА, вирусли
полиартрит, ТКВ

Дистал
панжалараро
бўғим:
остеоартроз,
псориаз,
подагра, РА

Бош бармоқ
бўғими:
остеоартроз,
подагра,
РА

Бошқа
панжалараро
бўғимлар: РА,
подагра

Пастки жағ бўғими: РА

Умurtканинг бўйин
қисми: РА,
остеоартроз,
спондилоартропатия

Елка бўғими: РА

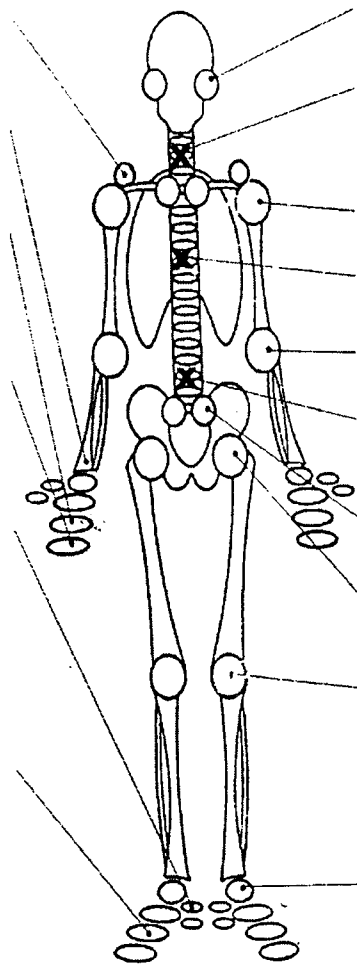
Умurtканинг кўкрак
қисми:
спондилоартропатия

Тирсак бўғими:
остеоартроз,
спондилоартропатия

Бел-думгаза бўғими:
остеоартроз,
спондилоартропатия

Сон-тоғ суяғи бўғими:
остеоартроз, РА

Тизза бўғими:
остеоартроз,
псевдоподагра (ёши
бўдан юқориларда),
РА, гемофилия,
спондилоартропатия,
саркондоз, подагра



1-расм. Турли артритларга хос шикастланиш жойи.

3. бўғим хондроматози;
4. рецидивланувчи полихондрит;
5. ўсма ва ўсмага ўхшаш касалликлар (синовиал қобик гемангиомаси, синовиома, саркома, пигментли ворсинка тугунли синовит ва бошқалар).

ХII. Ревматик бўлмаган касалликлардаги артропатиялар:

1. аллергик касалликлар (дори ва зардоб касалликлари);



2-расм. Артритларда кузатиладиган асосий симптомлар

2. метаболик бузилишлар (гемохроматоз, амилоидоз, охроноз, ксантоматоз, гиперлипидемия);
3. бириктирувчи тўқима метаболизмини туғма нуксони (Марфан синдроми, мукополисахаридоз, гипермобиллик синдроми);
4. эндокрин касалликлар (қандли диабет, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипертиреоз, гипотиреоз);
5. асаб тизими касалликлари (Шарко артропатияси, альгонея-родистрофия, компрессия синдроми, сирингомиелия, елка-панжа синдроми);
6. қон тизими касалликлари (гемофилия, лейкозлар, миелом касаллиги, ёмон сифатли лимфомалар);
7. паранеопластик артропатиялар (турли жойлашувдаги ёмон сифатли ўсмалар);
8. касб касалликлари (вибрация касаллиги, силикоз – силикоартрит - Каплас синдроми, Кессон касаллиги);

9. бошқа касалликлар (сурункали фаол гепатит, саркоидоз, даврий касаллик, гиповитаминоз).

XIII. Бўғимдан ташқаридаги юмшоқ тўқима касалликлари:

1. мушак касаллиги (миозитлар);
2. бўғим олди тўқимаси касаллиги (энтезопатиялар, тендинитлар, тендовагинит, теносиновит, бурсит, периартрит);
3. фация ва апоневроз касаллиги (фасцитлар, апоневрозитлар);
4. тери ости ёғ қатлами касаллиги (тугунчали эритема, оғриқли липоматоз, паникулитлар);
5. полиостеоартромиалгия (психоген ревматизм).

XIV. Суяк касалликлари ва остеохондропатиялар:

1. суяк касалликлари (остеопароз, остеомаляция, гипертрофик ўпкали остеопатия, деформацияловчи остеит, остеолиз);
2. остеохондропатиялар (сон суяги бошчасини асептик некрози, умуртка поғонаси танасини ва болдир суяги ўсиклари остеохондропатияси).

Юқоридаги классификациядан кўринадики, бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар жуда кўп ва уни яна кенгайтириш мумкин. Амалиётда кенг тарқалган ушбу синдром билан мурожаат қилган беморга тўғри ташхис қўйиш, даволаш ва зарурият бўлганда, тегишли мутахассисларга йўлланма талаб этилади.

Бўғим синдроми билан кечувчи касалликлар тўғрисида маълумот беришдан олдин бўғим тузилиши ва фаолияти тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Анатомик тузилишига кўра уч турдаги бўғимлар фаркланади: синартрозлар (ҳаракатсиз), симфизлар (ярим ҳаракатли) ва диартрозлар (ҳаракатчан).

Шифокорлар учун диартрозлар, яъни бир-биридан тўлиқ гиалинли тоғай билан ажратилган, юзаси фиброз капсула билан ўралган бўғимлар аҳамиятли ҳисобланади. Бўғим капсуласи ташки (фиброзли) ва ички (синовиал) қаватлардан иборат. Фиброз қават коллаген бойламларидан ташкил топган бўлиб, синовиал қобик билан узвий боғланган. У бўғимни ташки мухит таъсирдан ҳимоя қилади. Синовиал қобик тўғридан-тўғри бўғим бўшлиғи билан боғлиқ бўлиб, кон томирлари, лимфа капиллярлари ва нерв толаларига бой. У таркибида кон плазмасидаги барча элементлари мавжуд бўлган суюқлик ишлаб чиқаради. Бу суюқлик диффузия йўли билан бўғимнинг тоғай қисмини озиклантиради ва унинг юзаси ишқаланишини камайтиради ҳамда кераксиз моддаларни олиб чиқади.

Бўғим синдроми бир нечта симптом ва синдромларни бирга келиши билан намоён бўлади. *Бўғимдаги оғриқ* ушбу гуруҳ касалликларида биринчи ва кўп учрайдиган симптомдир. У тўғридан-тўғри бўғим ва унинг атрофидаги тўқималарда кечаётган жараёнлар билан боғлиқ ёки психоген бўлиши мумкин. Ташхис қўйишда оғриқ давомийлиги, пайдо

бўлиш вақти, характери, нима билан боғлиқлиги ва қайси симптомлар билан бирга келиши аҳамиятлидир. *Бўғимдаги шиш* унинг касалликларида кузатиладиган иккинчи асосий симптом бўлиб, у синовиал қобик ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқиманинг яллиғланиши ёки бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилиши туфайли юзага келади. Шиш, сурункали артритларда синовиал қобик ва бўғим атрофидаги юмшоқ тўқима гипертрофияси, периартикуляр тўқимадаги фиброз-склеротик жараён бўлиб, бўғим шакли ўзгаришига, яъни *дефигурациясига* олиб келади. Суяк охириларини деструкцияси, уларни бир-бири билан ўсиб кетиши, анкилозлар, ярим чикишлар ривожланиши ҳамда бўғим олди мушак ва бириктирувчи тўқималар шикастланиши ҳисобига бўғим шаклининг турғун ўзгариши, яъни *бўғимлар деформацияси* ривожланади. Бўғим ва унинг атрофидаги тўқима яллиғланиши шу соҳадаги тери қоплами *гиперемияси* ва маҳаллий *гипертермия* (ҳароратни кўтарилиши) билан бирга кечади. Патологик жараён кечаётган *бўғимда ҳаракатни чегараланиши* бўғим синдромининг асосий таркибий қисмларидан бири ҳисобланади. Бўғим синдроми ревматик касалликларда битта (моноартрит), иккита (олигоартрит) ва кўплаб (полиартрит) кўринишида, ўткир (3 ойгача), ўткир ости (3-6 ойгача), чўзилган (9 ойгача) ва сурункали (9 ойдан кўп) кечиши мумкин.

Ревматик касалликларни ташхислашда юқорида санаб ўтилган бўғим синдромига хос белгилар билан бир қаторда, тери – мушак тизими ва ички аъзоларнинг шикастланиш даражасини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Қуйида биз УАВ фаолиятида кўп учрайдиган ва бўғим синдроми билан кечадиган касалликларга тўхталиб ўтамиз.

Ревматизм (ўткир ревматик лихорадка)

Ўткир ревматик лихорадка (ЎРЛ) - А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли ўткир инфекциядан (ангина, фарингит) кейин ривожланган асорат, асосан юрак қон-томир тизими (кардит), бўғим (кўчиб юрувчи полиартрит), бош мия (хорея) ва тери (ҳалқасимон эритема, ревматик тугунчалар) шикастланиши билан кечувчи бириктирувчи тўқиманинг токсик – иммунли тизимли яллиғланиш касаллиги бўлиб, кўпроқ мойиялиги мавжуд бўлган 7-14 ёшдаги ўсмирлар орасида кенг тарқалган. Ташхислашда Кисел-Жонс томонидан таклиф қилинган 1992 йилда Америка кардиологлари уюшмаси томонидан қайта кўрилган ва ўзгартиришлар киритилган, Россия ревматологлари уюшмаси томонидан 2003 йилда таклиф этилган ташхисий мезонлар мажмуасига асосланилади (2- жадвал).

Агар иккита қатта мезон ёки битта қатта ва иккита кичик мезон ҳамда А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли инфекция ўтказганлигини тасдиқловчи ҳужжат мавжуд бўлса, ЎРЛ ривожланиши эхтимоли юқорилигидан далолат беради.

Ўткир ревматик лихорадканинг таъхисий мезонлари

Катта мезонлар	Кичик мезонлар		А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококкли инфекция мавжудлигидан далолат берувчи маълумотлар А стрептококкли экма мусбатлиги ёки мусбат тез аникловчи А стрептококкли синама Антистрептококкли АСЛ-О, анги- ДНК антителалар титрини юкори бўлиши ва ошиб бориши
Кардит Полиартрит Хорея Ҳалкасимон эритема Тери ости ревматик тугунчалари	Клиник	Артралгия Лихорадка	
	Лаборатор	Ўткир фазали синамалар кўрсаткичини ошиши: ЭЧТ, СРО, АСЛО	
	Асбобий	ЭКГ да P-Q оралиғини узайиши, доплер- ЭхоКГ да митрал ва (ёки) аортал регургитация	

оғирлик даражаси ва оқибатини белгилайди. Унинг негизини а, митрал, кам ҳолларда аортал қопқоклари вальвулити ташкил этиб, юрак соҳасида органик шовқинлар пайдо бўлиши ва уни миоперикардит билан бирга кечиши хосдир.

Ревматик полиартритни (60-100% ҳолларда кузатилади) таъхислашда қуйидагилар муҳимдир:

- стрептококк инфекцияси ўтказганлиги билан боғлиқлик (1-2 ҳафтадан кейин);

- йирик ва ўрта бўғимларни (тизза, болдир-товон, кам ҳолларда елка

ва тирсак) олигоартрит ёки моноартрит кўринишида зарарланиши, уларни кўчувчан характерда бўлиши ва бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши;

- НЯҚВ яхши самара бериши ва бўғимлардаги ўзгаришларнинг изсиз йўқолиши (3-расм);

Ревматик хорея (кичик хорея, Сиденгам хореяси) 6-30% ҳолларда кўпинча ёш қизларда кузатилади. Унинг клиник кўриниши қуйидаги бешта синдромлар мажмуасидан иборат: хореяли гиперкинезлар, мушак гипотонияси (параличга ўхшаш мушаклар бўшаши), координация бузилиши ва томир дистонияси.



3-расм. Ревматизмда бўғимдаги ўзгариш

Ҳалқасимон (аннуляр) эритема 4-17% ҳолларда кузатилади. Оч пушти рангдаги диаметри бир неча миллиметрдан 5-6 см гача бўлган ҳалқасимон тошмалар танада, оёқ ва қўлларни проксимал қисмида жойлашади. У кўчиб юриш хусусиятига эга бўлиб, тери сатҳидан кўтарилмайди, индурация ёки қичиш билан бирга кечмайди, қолдиқ элиментларсиз (пигментация, кипикланиш, атрофик ўзгаришлар) тез ўтиб кетади.

Тери ости тугунчалари охириги йилларда жуда кам - 1-3% ҳолларда кузатилса-да, ўзининг ташхисий аҳамиятини йўқотгани йўқ. У думалок, кам ҳаракатчан, оғриксиз, турли ҳажмдаги ҳосила бўлиб, бўғимларнинг ташқи соҳасида, тўпик, пай, умуртқа поғонаси ўсиқлари устида жойлашади ва 2-4 ҳафта ичида исиз йўқолади.

Ревматик анамнезга эга бўлган (ревматик юрак нуқсони мавжуд) беморларда касаллик белгилари қайта пайдо бўлиши ЎРЛ янги кўзгалиш даври деб қаралади ва бундай ҳолларда ташхис битта катта ва 3-4 та кичик мезонларга асосланиб қўйилади.

ЎРЛ ташхисини қўйишда 2003 йилда Россия ревматологлари уюшмаси томонидан таклиф этилган классификация қўлланилади (3- жадвал).

3- жадвал

Ўткир ревматик лихорадка классификацияси

Клиник шакллари	Клиник белгилари		Натижа	ҚАЕ босқичлари	
	Асосий	Қўшимча		СВК*	НУНА
Ўткир ревматик лихорадка Қайта ревматик лихорадка	Кардит Полиартрит Хорез Ҳалқасимон эритема Тери ости ревматик тугунчалари	Лихорадка Артралгия Абдоминал синдром Серозитлар	Тузалиш Юракни сурункали ревматик касаллиги -юрак нуқсонисиз** -юрак нуқсони -билан***	0 I II III	0 I II III IV

Изоҳ: СВТ* - ҚАЕ ни Н.Д. Стражеско ва В.Х. Василенко бўйича классификацияси

** ЭхоКГ ёрдамида яллиғланишдан кейинги юрак қопқоқчалари четдаги фиброз ўзгаришлар (реургитациясиз) аниқланиши мумкин;

*** Биринчи бор юрак нуқсони аниқланганда, бу ҳолатга олиб келиши мумкин бўлган барча касалликлар (инфекцион эндокардит, бирламчи фосфолипид синдроми, дегенерация негиздаги қопқоқчалар кальцинози) инкор этилиши лозим.

Ушбу классификацияда касалликнинг иккита натижаси келтирилган. *Тузалиш* - ЎРЛнинг барча клиник белгиларни йўқолиши ва лаборатор кўрсаткичлар меъёрига қайтиши ҳамда ҳеч қандай асоратлар ривожланмаслиги назарда тутилган. ЎРЛ ўтказилгандан кейин юрак копоқчалари четида фиброз ўзгаришлар ёки нуксон (етишмовчилик ва/ёки стеноз) ривожланган ҳолларда *сурункали ревматизм касаллиги* ташхиси қўйилади.

УАВ кейинги йилларда ревматизм турғун сурункали, 2-3 та, ҳатто бир бўғим зарарланиши ёки РАни эслатувчи майда бўғимлардаги пролифератив ўзгаришлар ҳамда белгисиз сакроилеит билан кечаётганлигини унутмаслиги керак. РАдан фарқли ўлароқ, ревматизмда эрталабки қотиб қолиш, жараёни симметриклиги кузатилмайди ва қонда ревматик омил аниқланмайди. Бундан ташқари, ревматизмни ўрта ва кекса ёшдаги эркакларда тез-тез, ҳар хил вақт оралиғида қайталаниб турувчи, бўғимлардаги ўткир яллиғланиш *ноаник этиологияли полисиндром ревматизмда* фарқлаш лозим. Бунда бир ёки бир неча бўғим (кўпроқ тизза, кейин билак - қафт ёки панжа майда бўғимлари) зарарланади. Хуруж бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиб, кескин оғриқлар ва периартикулар тўқималар шиши билан кечади, шунингдек, бўғимлардаги жараён тўлик яхши бўлиши билан характерланади. Қонда эозинофилия, лимфоцитоз кузатилади.

Даволаш. Ревматизмни даволаш уч босқичда олиб борилади, яъни шифохона – ОП (ҚВП) – санатор-курорт. Шифохонада даволашда фаол яллиғланишга қарши муолажалар, бициллин профилактикани бошқаш, бемор реабилитацияси ва унинг жисмоний ҳолатини назорат қилишдан иборат. Кейинги босқичда касаллик фаоллиги пасайгач, бемор махсус ревматологик санаторияга ёки ОП (ҚВП)да УАВ назорати остида даволаш давом эттирилади. Зарурат бўлганда ревматолог маслаҳати ўтказилади. Учинчи босқич беморни мунтазам диспансер назоратида кузатиш, бициллин профилактикасини ўтказиш ва касаллик қайталанишини олдини олишдан иборат.

Дори воситалари билан даволаш

1. Этиотроп (стрептококка қарши) даво:

- катталар ва ўсмирларга бензилпенициллин 1.000.000 бир., ёш болаларга эса 100.000-150.000 бир. кунига 4 марта м/о 10 кун давомида. Кейин иккиламчи профилактика чора-тадбирлари олиб борилади;

- пенициллин гуруҳидаги воситаларни бемор қабул қила олмаса, макролидлар қўлланилади: рокситромицин болаларга кунига 5-8 мг/кг, катта ёшдагиларга 150 мг кунига 2 марта ёки кларитромицин болаларга кунига 7,5 мг/кг, катта ёшдагиларга эса 250 мг кунига 2 марта ичишга тавсия этилади.

- 2. Патогенетик даво:

- ГКС касаллик оғир қардит белгилари билан ўткир кечганда, фаоллик даражасидан келиб чиқиб тавсия этилади. Преднизолон кунига 1,0 мг/

кг микдорда куннинг биринчи ярмида ва ЭЧТ меъёрий кўрсаткичгача пасайгандан кейин ҳар 6-10 кунда унинг микдори $\frac{1}{4}$ таблеткага камайтириб борилади. Даволаш ўртача ҳисобда 2-2,5 ой давом этади;

- ЯҚНВ унча юқори бўлмаган фаоллик даражасида, ГКС лар микдори камайтирилганда ёки бериш тўхтатилганда, қайталанган ревматик лихорадкада қўлланилади. Индометацин 25-150 мг. кунига 1-2 марта ёки вольтарен 25 мг. кунига 1-2 марта овқатдан кейин.

Касаллик узоқ вақт ёки тўхтовсиз қайталанганда, ЯҚНВ билан бир қаторда, аминохиолин унумлари тавсия этилади. Делагил 0,25 г. ёки плаквенил 0,2 г.дан кунига 1-2 марта овқатдан кейин ичиш буюрилади. Даволаш курси бир неча ойдан кўрсатмалар бўлганда йилларгача давом этади.

Беморда юрак нуқсони ривожланганда, кардиохирург маслаҳати тавсия этилади. Агар гемодинамик ўзгаришлар натижасида ҚАЕ ривожланса симптоматик даво олиб борилади. Бу тўғрисида батафсил маълумот шиш синдромини қиёсий таҳлислашга бағишланган маърузада ёритилган.

Профилактика

Бирламчи профилактика ЎРЛ ривожланмаслиги учун стрептококка қарши фаол даво олиб бориш:

- болаларни соғломлаштириш ва чиниқтириш;
- бирламчи инфекция ўчоқларини (юқори нафас йўллариини ўткир ва сурункали инфекцияси (рениит, тонзиллит, фарингит) санация қилиш, йирингли жараёнларни (тиш қарнеси, фурункул, карбункул) бартараф этиш;

- ревматизмга наслий мойиллиги бор болаларда 5 кунлик бензилпенициллин билан профилактик даво олиб бориш.

- Иккиламчи профилактика ЎРЛ ўтказган беморларда қайта хуружлар ривожланишини ҳамда ревматик юрак нуқсони авжланиши олдини олишга йўналтирилган. Иккиламчи профилактика давомийлиги:

- ЎРЛ ни кардит белгиларисиз (полиартрит, хорей) ўтказган беморларга 5 йил давомида бициллин -5 ҳар тўрт ҳафтада 1,5 млн. бирликдан м/о га юборилади;

- ЎРЛ ва қайта ревматик лихорадка оқибатида юрак шикастланишлари мавжуд бўлган беморларда бициллин профилактика бутун ҳаёти давомида олиб борилади;

- иккиламчи эндокардит ривожланиши олдини олиш.

Учламчи профилактика чора-тадбирлари юқоридаги санаб ўтилган муолажалар билан бирга янги юрак нуқсонлари пайдо бўлишини, ҚАЕ белгиларини бартараф этиш ва ривожланиши олдини олиш ҳамда беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган.

Ревматоид артрит

РА - бириктирувчи тўқималарнинг сурункали тизимли аутоиммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан периферик бўғимларни авж олиб боровчи эрозив - деструктив полиартрити кўринишида кечади. У бутун дунё аҳолисининг 0,6-1,6% да, аёллар ва эркаклар орасида 4:1 нисбатда учрайди. Касаллик ривожланишига олиб келувчи омиллар инфекция (ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларини кўзғалиши), В-лимфоцитларда жойлашиб, иммуноглобулинлар синтези бузилишига олиб келувчи Эпштейн- Барр вируси, наслий мойиллик, организмни физиологик аллергияцияси (жинсий ривожланиш даври, туғруқдан кейинги ҳолат, климактерик давр), метеорологик ўзгаришлар ҳисобланади. Касалликнинг эрта даврларида бўғим синдроми унча яққол намоён бўлмашлиги мумкин. Аксарият беморларда эрталаблари пайдо бўлиб, фаол ҳаракатдан кейин ўтиб кетувчи бутун танада ёки бўғимлардаги қарахтлик, артралгия, умумий ҳолсизлик, тана вазини камайиши, кўп терлаш, субфебрил иситмалаш, ЭЧТ бир оз ошиши билан бошланади. РА ўткир ости фаолликда кечганда, аста-секин умумий ва маҳаллий қарахтлик, қўл ва оёқ панжаларининг майда бўғимларидаги турғун полиартралгия ёки артрит ривожланади. Бўғимлардаги оғрик “яллиғланишли ритм”га эга бўлиб, туннинг иккинчи ярмида ва эрталаблари кучли, кун давомида эса камайиб боради. Биринчи навбатда, касаллик II ва III кафт - фаланг ҳамда проксимал фалангалараро, кам ҳолларда эса плюс - фаланга, иккинчи навбатда, тиза, билак - кафт, тирсак, болдир товон бўғимлари симметрик артрити билан бошланади. Дистал фалангалараро, биринчи (кафтни бош бармоғи) кафт-фаланга, жимжилокни проксимал фалангалараро бўғимлари умуман шикастланмайди ва уларни биринчи бўлиб зарарланиши РА касаллигини инкор этади. Ушбу касалликда бўғим синдроми қайталовчи ва авжланувчи хусусиятга эга бўлиб, ҳар бир кўзғалишда жараён янги бўғимларни қамраб олади. Шу сабабли айрим бўғимлардаги ўзгаришлар касалликнинг эрта, бошқалари эса анча кечки босқичларига хос бўлади. РА да бўғимлар шикастланишини икки тоифага бўлиш мумкин:

1. потенциал орқага қайтувчи синовит (эрта босқичларида);

2. қайтмас таркибий ўзгаришлар (кечки босқичларида) – эрозия ва анкилоз.

Бўғим синовиал қобиғи яллиғланишининг яққол белгиси эрталабки қарахтлик бўлиб, касалликнинг фаоллик даражасига кўра 30 дақиқадан бир неча соатларгача давом этади. Бўғимлари шикастланиши куйидагича намоён бўлади:

Кафт-фаланга, проксимал фалангалараро бўғимлар шиши, деформацияланиши ва дистал фалангалараро бўғимлар ўзгаришсиз қолиши бармоқларга “урчук” шаклини беради. Кейинчалик ярим чиқишлар ва контрактуларал ривожланиб, бармоқлар турли шаклда деформацияланади:



4-расм. Ревматоидли артритда
қўл панжаларидаги
ўзгаришлар

бармоқларни ульнар девиацияси – “морж сузғичи”, “ок қуш бўйни” (кафт-фаланга бўғимини букилган кантрактурасини проксимал фалангалараор бўғими ва тирнок фалангасини кескин ёйилиши), “бутонъерка” (кафт-фаланга бўғимини кескин букилувчи кантрактурасини дистал фалангалараро бўғимларнинг кескин ёйилиши билан келиши). Шунингдек, регионар мушаклар атрофияси кузатилади (4- расм).

Оёқ панжаси бўғимлари касалликнинг эрта босқида II –IV бармоқлар асосида шиш ва оғриқлар билан бошланиб, секин-аста деформацияланади. Жараёнга оёқ кафтининг бошқа бўғимлари ҳам қўшилиши

мумкин. Оёқнинг бош бармоғи бўғимлари артрити жуда кам учрайди. Айрим ҳолларда (кўпинча эркакларда) ахиллов пайи тендобурсити кузатилади.

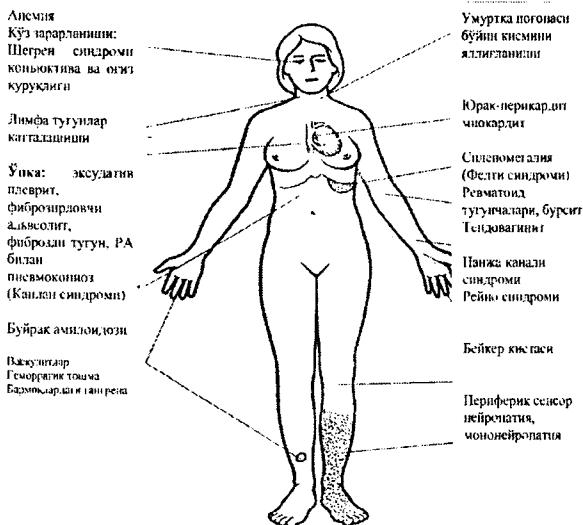
РАнинг тизимли кечиши барча ҳолатларнинг 12-13%и ни ташкил этиб, ўта ўткир фаолликда, марказлашган кўринишга эга бўлади ва аксарият ҳолларда серопозитив беморларда учрайди. Касаллик аввал полиартрит ва лимфаденопатия билан бошланиб, кейинчалик ички аъзолар- сероз қобиклар, буйрак (ўчоқли нефрит, пиелонефрит, буйрак амилоидози), юрак (перикардит, васкулит, юрак қопқоқларини гранулематоз шикастланиши, эрта атеросклероз ривожланиши), ўпка (плеврит, ўпкани интерстициал касаллиги, ўпкада ревматоид тугунчалар (Каплан синдроми)), кўз (склерит, эписклерит, курук кератоконъюнктивит (Шегрен синдроми билан келганда), склеромалация), асаб тизими (компрессияланган ёки тизимли нейропатиялар), марказланган васкулит белгилари ривожланади (5 - расм).

Фелти синдроми - 40-60 ёшдаги аҳоли орасида кўпроқ учрайди. Аксарият ҳолларда у ўткир лихорадка, РАга хос полиартрит, спленомегалия, лимфаденопатия, лейкопения (нейтропения, баъзан кучли гипохром анемия) каби белгилар билан кечади. Айрим ҳолларда гепатомегалия, тананинг очик соҳаларида пигментация доғлари, ревматоид тугунчалар, полинейропатия, ўпкада диффуз фиброзли жараён ривожланиши мумкин. Барча беморларда умумий ҳолсизлик, таъна вазнининг камайиши, мушаклар атрофияси кузатилади.

Болаларда кузатиладиган **ювенил РА** катталардаги каби полиморф кечали. У аксарият ҳолларда 6 ёшгача бўлган қизларда учраб, ўткир бошланиши, иситмалаш, вицирт ёки усиз кечадиган моно ва олигоартрит, узок давом этувчи полиартралгия билан намоён бўлиши мумкин. Ювенил артрит катталардаги РАдан қуйидагилар билан фарқланади: 1) аксарият

холларда йирик (тизза, тоз - чанок, болдир - товон) бўғимларини моно-ва олигоартрит кўриниши ҳамда умуртқа поғонасини бўйин қисмини шикастланиши; 2) кўзни (ирит, иродоциклит, эписклерит) зарарланиши; 3) тери қопламида тошмалар (эритематоз - макулез дерматит) мавжудлиги; 4) серонегативлик (бемор бола қонида фақат 3-25% ҳоллардагина РО аниқланиши мумкин); 5) бирмунча яхши оқибат (прогноз). Беморнинг шикастланган бўғимида аста-секин турғун деформация кузатилсада, камдан-кам ҳолларда анкилоз ривожланади. Рентген текширишда бўғимнинг суяк ва тоғай қисмининг бир оз деструкцияси аниқланади. Ички аъзоларни шикастланиши билан кечадиган тизимли тури 20-25% ҳолларда учраб, бир неча турдаги синдромлар билан кечади.

Стилл синдромига ўткир кечиш, бир вақтнинг ўзида катта ва кичик бўғимлар ҳамда умуртқа поғонаси шикастланиши, бўғимларда кучли оғрик, эксудация, кейинчалик уларни деформацияси, юқори иситмалаш, юз, қўл-оёқ ва танада полиморф тошмалар, лимфаденопатия (лимфа тугунлари қаттиқ, оғриқсиз, ҳаракатчан, кичик ёнғоқ ёки олча катталигида), спленомегалия, умумий аҳволи ёмонлашиши (тана вазнини камайиши, камқонлик, узок вақт давом этувчи иситмалаш) хос. Кейинчалик тана ҳарорати пасайиб, тошмалар йўқолади, лекин ички аъзоларни шикастланиш белгилари (перикардит, кардит, нефрит, полисерозит ва бошқалар) пайдо бўлади. Рентген текширишда остеопароз, бўғим тирқишини торайиши, кисталар аниқланиши мумкин. Қон таҳлилида ЭҚТ турғун кўтарилиши, анемия ва лейкопения кузатилади. Кўп ҳолларда интеркурент инфекция ёки амиллоидоз беморлар ўлимига сабаб бўлади.



5-расм. Ревматоидли артритнинг клиник кўриниши

Аллергосептик синдроми гектик шаклдаги иситмалаш асосида йирик бўғимлардаги турғун артралгия, теридаги тошмалар, аксарият ҳолларда юракни (миокардит, перикардит) ёки ўпкани (пневмонит) шикастланиши, баъзан бир оз эксудация белгилари, рентгенда остеопароз, қон тахлилида гиперлейкоцитоз ($\leq 27 \times 10^9/\text{л}$), ЭЧТ кескин ошиши билан кечади. Бу синдром тўлиқ тузалиши ёки авж олиб бориши мумкин.

Бўғим – вицерал шаклига катта ва кичик бўғимлар олигоартрити, уларда турғун деформация ва айрим ҳолларда висциритлар (миокардит, плеврит, перикардит) ривожланиши, ЭЧТнинг ошиши хос бўлиб, яхши сифатли оқибатга эга.

Юқоридagi шакллар билан бир қаторда, РА бошқа ревматик касалликлар (ревматизм, ДОА, ТҚЮ) бирга қўшилиб келиши мумкин.

РА ни аниқлаш ва ташхис қўйишда уни ишчи классификациясидан (4-жадвал) фойдаланган ҳолда, қуйида келтирилган Америка ревматологлари уюшмаси томонидан таклиф этилган ташхисий мезонларга асосланилади (5-жадвал).

Юқорида санаб ўтилган мезонлардан ҳеч бўлмаганда 4 таси камида 6 ҳафта давомида кузатилса, РА ташхиси ишончли деб ҳисобланади. Агар полиартрит икки йил давомида ревматик омилсиз кечса, унда ревматоид артрит ташхиси қуйидаги мезонлар аниқланганда қўйилади:

- жараён қўл ва оёқлар панжасидаги барча майда бўғимларни $\frac{1}{4}$ қисмига тарқалганда;
- қўл панжасининг типик зарарланиши уларни дефигурацияси ёки суякларо ораликнинг шиши билан бирга кечса;
- камида битта бўғимда ревматоид артритга хос рентген ўзгаришлар мавжуд бўлса (6-расм).

Лаборатор ўзгаришлар

УҚТ: нормахром анемия, ЭЧТ ошиши, лейкопения.

Биокимёвий текширишлар носпецефик бўлиб, яллиғланиш жараёнининг фаоллик даражасини аниқлашга ёрдам беради ва улар қуйида келтирилган:

- диспротеинемия - альбуминлар миқдори камайиб, глобулинлар миқдори α_1 ва α_2 , гамма-глобулинлар ҳисобига ошиши;
- қон зардобиди фибриноген, серомукоидлар, гаптоглобулин, сиал кислотаси, СРО миқдори ошиши.

Иммун текширишлар:

- қон зардобиди ёки синовиал қобикда РО (Волер – Роуз реакцияси, латекс-тест) мавжудлиги;
- Т-лимфоцитлар миқдори ва Т-супрессорлар фаолияти пасайиши, дисиммуноглобулинемия;
- 30-50% беморларда, аксарият ҳолларда Фелти синдромида ва васкулитларда криоглобулинлар миқдори ошиши ҳамда айланиб юрувчи иммун комплекслар пайдо бўлиши;
- 8-27% ҳолларда LE хужайра, 3-14% беморларда антинуклеар омил, 30% ҳолларда эса антирибосомал антители аниқланиши.

Ревматоид артрит классификацияси

Клиник - анатомик тури	Иммунологик ҳолати	Касалликни кечиши	Фаллолик даражаси	Рентген босқичлари	Таъин - ҳаракат тизими фаолиятини етишмовчилиги (ТХТФЕ)
<p>I. РА: полн-, олиго-, моноартрит</p> <p>II. РА тизимли ўзгаришлар билан: ретикуло-эндотелиал тизим, шиллик қават, ўпка, юрак, қон томирлар, кўз, асаб тизими шикастланиши, ички аъзолар амилондози</p> <p>Асосий синдромлар- псевдосептик синдром, Фелти синдроми</p> <p>III. РАни DOA, БТТК ва ревматизм билан бирга келиши</p> <p>IV. Ювенил РА (Стилл касаллигини кўшган ҳолда)</p>	<p>Серопозитив</p> <p>Серонегатив</p>	<p>Аста-секин авж олувчи</p> <p>Тез авж олувчи</p> <p>Яққол намоён бўлган</p> <p>Авжланишсиз</p>	<p>I-минимал</p> <p>II-ўртача</p> <p>III- юқори</p> <p>Ремиссия</p>	<p>I- бўғим олди остеопарози</p> <p>II- остеопароз + бўғим тирқшини торайиши ва яққаланган нақшланиш</p> <p>III- остеопароз - бўғим тирқшини торайиши ва кўплаб нақшланиш</p> <p>IV- остеопароз- бўғим тирқшини торайиши + кўплаб нақшланиш+ бўғим анкилози</p>	<p>0- йўқ</p> <p>0- профессионал иш қобилияти бир оз чегараланган</p> <p>I- профессионал иш қобилияти йўқолган</p> <p>II- ўз-ўзига хизмат қилиш қобилияти йўқолган</p>

Таъминий таъхис: РА бўғим тури кўл панжаси II-IV плюс- фаланг, проксимал фалангалараро бўғими, тирсак ва тизза бўғими шикастланиши билан. Серонегатив. Фаоллик II. ТХТФЕ II.

5- жадвал

**Ревматоид артритни америка ревматологлари уюшмаси
томонидан таклиф этилган ташхисий мезонлари**

№	Мезонлар	Мезонлар таҳлили
1	Эрталабки карахт-лик	Бўғимларда ёки бўғим олди тўқималарида (бир соатдан кам бўлмаган вақт давомида котиб қолиш)
2	Учта ва ундан кўп бўғимларда артрит белгилари	Врач томонидан аниқланган камида учта бўғим ва бўғим олди юмшоқ тўқимаси шиши ёки бўғим бўшлиғида суюқлик мавжудлиги (остеофитлар бўлмаслиги). Проксимал фалангалараро, кафт- фаланга, кафт-билак, тирсак, тизза, болдир товон бўғимларини (ўнг ва чап томондан 14 та бўғим соҳаси ҳисобланади) симметрик икки томонлама зарарланиши
3	Панжа бўғимлари артрити	Ҳеч бўлмаганда проксимал фалангалараро, кафт- фаланга, кафт-билак, тирсак, тизза бўғимлардан бирортасининг шиши
4	Симметрик артрит	Бир вақтнинг ўзида ўнг ва чап томондан бир хил бўғимларни (проксимал фалангалараро, кафт-фаланга, кафт-билак, тирсак) шикастланиши.
5	Ревматоид тугунчалар	Бўғимларнинг (аксарият ҳолларда тирсак) ёйилиш соҳасида жойлашган огриксиз, ҳаракатчан тери ости тугунчасини врач томонидан аниқланиши
6	Қон зардобида РО	Ҳар қандай текшириш усули (Валер- Роуза ёки латекс-тест) ёрдамида РО кўрсаткичини юқорилиги
7	Рентген ўзгаришлар	Шикастланган бўғимларда РАнинг рентген босқичига кўра ўзгаришларнинг мавжудлиги (4-жадвал)



6-расм. Ревматоид артритга хос рентген ўзгаришлар

Юқорида санаб ўтилган мезонлардан ҳеч бўлмаганда 4 таси камида 6 ҳафта давомида кузатилса, РА ташхиси ишончли деб ҳисобланади. Агар полиартрит икки йил давомида ревматик омилсиз кечса, унда ревматоид артрит ташхиси кўйидаги мезонлар аниқланганда кўйилади: жараён қўл ва оёқлар панжасидаги барча майда

бўғимларни $\frac{1}{4}$ қисмига тарқалганда; қўл панжасининг типик зарарланиши уларни дефигурацияси ёки суяклараро оралиқнинг шиши билан бирга кечса; камида битта бўғимда ревматоид артритга хос рентген ўзгаришлар мавжуд бўлса (6-расм).

Лаборатор ўзгаришлар

УКТ: нормахром анемия, ЭЧТ ни ошиши, лейкопения.

Биокимёвий текширишлар носпецефик бўлиб, яллиғланиш жараёнини фаоллик даражасини аниқлашга ёрдам беради ва улар қуйида келтирилган: диспротеинемия - альбуминлар миқдори камайиб, глобулинлар миқдори α_1 ва α_2 , гамма-глобулинлар ҳисобига ошиши; қон зардобиди фибриноген, серомукоидлар, гаптоглобулин, сиал кислотаси, СРО миқдори ошиши.

Иммун текширишлар: қон зардобиди ёки синовиал қобикда РО (Волер – Роуз реакцияси, латекс-тест) мавжудлиги; Т-лимфоцитлар миқдори ва Т-супрессорлар фаолияти пасайиши, дисиммуноглобулинемия;

30-50% беморларда, аксарият ҳолларда Фелти синдромида ва васкулитларда криоглобулинлар миқдори ошиши ҳамда айланиб юрувчи иммун комплекслар пайдо бўлиши; 8-27% ҳолларда LE хужайра, 3-14% беморларда антинуклеар омил, 30% ҳолларда эса антирибосомал антитела аниқланиши.

Асбобий текшириш:

- рентген текширишлардаги (4-жадвал) ўзгаришлар;
- синовиал суюқликда яққол намоён бўлган цитоз;
- биопсияда - синовиал қобикдаги гистологик ўзгаришлар (синовиал, лимфоид ва плазматик хужайралар пролиферацияси, гипертрофияси ва некрози).

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларида артритлар

ТҚВда бўғимлар шикастланиши қуйидаги кўринишда намоён бўлади:

• битта ёки бир нечта бўғимларда узок вақт давом этувчи, кўчиб юрувчи кучли оғриқ;

• панжаларни проксимал фаланга-лараро, кафт-фаланга, кафт-билак, тизза бўғимларини симметрик шикастланиши;



7-расм. Лентасямон склеродермия

• шикастланган бўғим соҳасида эрталабки қаракшлик (одатда 30 дақиқадан камроқ);

• тендинит ва тендовагинитлар ҳисобига қўл панжаси бўғимларида ўтиб кетувчи букланган контрактура-лар ривожланиши;

• аксарият ҳолларда бўғим

синдромини миалгия, миозитлар ва оссалгия билан бирга кечиши;

- бўғим олди тўқималаридаги ўзгаришлар ҳисобига РА га ўхшаш кисталар ҳосил бўлиши;

- морфологик текширишда, ядроли ўзгаришли ўткир ости кечувчи синовит белгилари;

- елка, сон ёки бошқа суяклар боши ассептик некрози.

Юқорида санаб ўтилган белгилардан кўринадики, ТКВдаги бўғим синдроми кўп жихатлари билан РА га ўхшайди. Шу сабабли ташхис қўйишда ҳар бир касалликлар учун хос бўлган ташхисий мезонларга асосланилади.

Тизимли склеродермияда (ТСД) бўғим синдроми эрта клиник белгилардан бири ҳисобланади. У уч хил кўринишда кечиши мумкин.

- полиартралгия;

- склеродермик полиартрит эксудатив – пролифератив ёки фиброз индуратив ўзгаришлар билан;

- периартрит (айрим ҳолларда оғриксиз) – бўғим олди тўқималари шикастланиши натижасида контрактура ривожланиши билан (7- расм).

Ушбу касалликда ҳам айрим ҳолларда бўғим синдроми РА ни эслатади, лекин ундан фаркли ўлароқ, склеродермияда жараён фиброз ўзгаришлар устунлиги билан кечиб бўғим юзасида деструктив ўзгаришлар кузатилмайди. Кўпроқ қўл панжасининг майда, кафт-билак, болдир-товон ва кам ҳолларда йирик бўғимлар шикастланади. ТСДда суяк тўқимаси шикастланиши хос бўлиб, кўпинча тирнок фалангалари остеолизи ҳисобига оёқ ва қўл бармоқлари калталашиши ва деформацияланиши ривожланади. Бўғим шикастланиши Рейно синдроми, тери, қизилўнғач ва бошқа ички аъзоларни (CREST) ТСД хос зарарланиш билан бирга кечиши уни бошқа ревматик касалликлардан фаркларга ёрдам беради.

Дерматомиозитда бўғим синдроми кам учрайди. Аксарият ҳолларда унча интенсив бўлмаган полиартралгия кузатилади. Кўпинча бармоқ бўғимлари, билак-кафт, кам ҳолларда эса тирсак, елка, тизза, болдир-товон бўғимлари шикастланади. Санаб ўтилган бўғимлар соҳасида оғрик, шиш, тери коплами кизариши, ҳаракат чегараланиши кузатилади. Бу ўзгаришлар асосан тери ва мушак шикастланиши билан боғлиқ бўлиб, ГКС таъсирида бутунлай орқага қайтади. Бўғимлар деформацияси ва кантрактураси деярли кузатилмайди.

БТТК билан оғриган беморларга ташхис қўйишда юқорида санаб ўтилган бўғим синдроми билан бир қаторда, уларни ҳар бирига хос катта-кичик ташхисий мезонларга асосланилади. **Улар тўғрисидаги батафсил маълумот БТТК бағишланган маърузада кенг ёритилган.** Айни вақтда УАВ ушбу касалликлар биргаликда ва ревматиз ёки РА билан қўшилиб келишини ёдда тутиши лозим.

Анкилозловчи спондилоартрит

Анкилозловчи спондилоартрит (Штрюмпел- Мари- Бехтерев касаллиги) (АС) тана – скелет ўқининг асосий (умуртқа, умуртқалараро, умуртқа-ковурға тоз-чанок) бўғимларини сурункали анкилозловчи яллиғланиш касаллиги бўлиб, серонегатив спондилоартритлар гуруҳига киради. Кўпроқ 20-40 ёшдаги эркаклар касалланади. 90-95 % беморларда HLA-B₂₇ антигени аниқланади. Касаллик ривожланишида 2 та назария (рецепторли ва молекуляр мимикрия) мавжуд бўлиб, кейинчалик иммун яллиғланиш жараёнлари ривожланади.

Касалликнинг эрта даврларида беморда куйидаги клиник белгилар кузатилади:

- ▶ умуртқа поғонасининг бел қисми ва думғазачанок бўғими соҳасида туннинг иккинчи ярмида ва эрталабга яқин пайдо бўлиб, куннинг иккинчи ярмида, енгил жисмоний машқ ва иссиқ муолажалардан кейин камаювчи яллиғланишли хусусиятга эга бўлган оғриқ ва унинг ҳисобига ҳаракатнинг қийинлашиши;

- ▶ думғазачанок бўғими шикастланиши ҳисобига бел ва думғазачанок соҳасида ўнг ёки чап оёқ орқа томони бўйлаб узатилувчи оғриқ;

- ▶ кўкрак қафасида нафас олганда ва йўталганда кучаювчи оғриқлар (умуртқа-ковурға, тўш-ўмров ва тўш-ковурға бўғимлари шикастланганда);

- ▶ орқа тўғри мушакларининг қотиб қолиши (кейинчалик атрофияси);

- ▶ бел лардозининг яссиланиши;

- ▶ хавфсиз ва қайталанувчи оёқлардаги моно- ва олигоартрит;

- ▶ икки томонлама сакроилеитнинг клиник ва рентген белгилари (Макаров ва Кушелевский синамаларининг мусбатлиги);

- ▶ энтезопатия (фиброз тўқималарнинг суякка бириккан соҳасида оғриқ);

- ▶ кўз шикастланиши (увеит, ирит, иридоциклит) - аксарият ҳолларда икки томонлама, ўткир бошланиб 1-2 ой давом этиши.

- ▶ Касалликнинг кечки босқичларида куйидаги белгилар кузатилади:

- ▶ умуртқа поғонасининг турли қисмларида оғриқ;

- ▶ қомат бузилиши, умуртқа поғонасининг физиологик ёйларининг текисланиши (“тахтасимон орқа”) ёки унинг кўкрак қисмида яққол намоён бўлган кифоз, тананинг олдинга эгилиши ва тизза бўғимларини букилиши (“тиланчи ҳолати” 8-расм);

- ▶ орқадаги тўғри мушаклар атрофияси;

- ▶ кўкрак қафаси экскурсияси кескин чегараланиши (кўпгина беморлар диафрагма ҳаракати ҳисобига нафас оладилар);



8-расм. Бахтерев касаллиги

► умуртқа поғонаси ҳаракатининг чегараланиши - сагитал (букилиш ва ёйилиш), фронтал (ён томонга букилиш), вертикал (ротация) (Томайер, Шобер, Отта синамалари мусбат);

► думғаза - чанок ва умуртқалараро бўғимлар анкилози;

► “илдиз” (елка ва чанок-сон) ёки периферик бўғимлар шикастланиши;

► юрак-қон томир тизими (аортит, аорта қопқоқлари етишимовчилиги ва бошқалар), ўпка (прогрессирланувчи фиброз), баъзан буйрак (амилоидоз) шикастланиши.

Анкилозловчи спондилоартрит классификацияси

Касалликнинг 5 та клиник шакли фарқланади:

Марказий шакли – умуртқа поғонаси ва тоз-чанок битишмаси зарарланади;

Ризомиелик шакли – умуртқа поғонаси, елка ва чанок-сон бўғимлари зарарланади;

Периферик шакли – умуртқа поғонаси билан бирга умуртқалараро, умуртқа-ковурга ва периферик йирик бўғимлар (тизза, болдир –товон ва бошқалар) зарарланади.

Скандинав шакли - умуртқа поғонаси ва майда бўғимларнинг ревматоид артритга ўхшаш шикастланиши хос. Булардан ташқари, *вицѐрал шакли* ҳам фарқланиб, унда юқорида санаб ўтилган шакллардан бирортасига хос белгилар билан бирга ички аъзоларнинг (юрак, аорта, буйрак ва бошқалар) шикастланиши кузатилади.

Кечиши:

1. секин–аста авж олиб борувчи;

2. секин–аста авж олиб борувчи кўзғалиш даври билан;

3. тез авж олиб борувчи (қиска вақт ичида тўлиқ анкилозга олиб келади).

Босқичлари:

1. бошланғич ёки эрта босқичида умуртқа поғонасининг бел соҳасида ва бўғимларда ҳаракат оғриқ ҳисобига бир оз чегараланган. Рентгенда ўзгариш бўлмаслиги ёки тос-чалок (думғаза чанок) потекисланиши, субхондрал остеосклероз ва остеопароз ўчоқлари ёки бўғим тиркиши бир оз торайган бўлиши мумкин;

2. энгил шикастланиш босқичида умуртқа поғонаси ва периферик бўғимлар ҳаракати яллиғланиш ва контрактура ҳисобига чегараланиши. Шикастланган бўғимлар тиркишининг торайиши ёки қисман анкилозланиши;

3. кечки босқичида умуртқа поғонаси ёки шикастланган бўғимлар ҳаракати анкилоз ва боғловчи пайлар оссификацияси ҳисобига кескин чегараланиши.

Фаоллиги бўйича:

I даража – минимал фаоллик - (оғриқ ва қарахтлик эрталаблари безовта келади; ЭЧТ -20 мм/с гача, СРО- +, ДФА 0,22 бир;

II даража – ўртача фаоллик – умуртқа поғонаси ва шикастланган

бўғимлардаги оғрик доимий, бир оз эрталабки қарахтлик кузатилади. ЭЧТ 20-40 мм/с гача, СРО- ++, ДФА 0,23-0,26 бир;

III даража – юқори фаоллик – умуртқа поғонасида ва шикастланган бўғимларда доимий кучли оғрик, тана ҳароратининг кўтарилиши, эксудатив ўзгаришлар кузатилади; ЭЧТ 40-50 мм/с. СРО- +++, ДФА -0,26 бир дан юқори.

Функционал этишмовчилик даражаси:

I. умуртқа поғонасидаги физиологик кийшайишлар ўзгариши, унда ва шикастланган бўғимларда ҳаракат чегараланиши;

II. умуртқа поғонасида ва шикастланган бўғимларда ҳаракатнинг кескин чегараланиши туфайли бемор касбини ўзгартиришга мажбур бўлиши;

III. умуртқа поғонасининг барча қисмларида ва тоз-чаноқ бўғимида анкилоз ҳисобига бемор иш қобилиятини бутунлай йўқотиши.

Рентген босқичлари:

I. тос-чаноқ бирикмасини бўғим тиркиши бўйлаб остеопароз, тоғай ости ўчоқли остеосклерози ҳисобига кенгайиши;

II. бўғим тиркиши торайиши ва ноаниқлиги, унинг нақшланиши (тоғай ости остеосклерози ва қисман анкилози);

III. тос-чаноқ бирикмасини икки томонлама тўлиқ анкилози.

Юқоридагилардан ташқари, касалликнинг яна бир эрта рентген белгиси умуртқа суяги танасининг олдинги юқори ва пастки бурчакларини остеосклерози ва унинг атрофида спондилит ривожланиши ҳисобланади. Умуртқа танасидаги кемтиклик ҳисобига унинг табиий эгрилиги йўқолади, олдинги кўндаланг боғламларни оссификацияси (умуртқани “тўртбурчаклиниш” симптоми) кузатилади. Касалликнинг кечки босқичларида умуртқа поғонаси боғламлари ва дисklarини оссификацияси ривожланади. Аста-секин умуртқалар орасида овалсимон суяк кўприкчалари (синдесмофитлар) ҳосил бўлади ва рентген текширишда «бамбук таёғи» симптоми аниқланади.

АС ташхиси қўйишда қуйидаги ташхисий мезонларга асосланилади:

- умуртқа поғонаси бел соҳасининг пастки қисмида 3 ойдан кам бўлмаган вақт давомида тинч ҳолатда ўтиб кетмайдиган оғрик ва унинг кийин ҳаракатланиши;

- кўкрак қафасида оғрик ва кийин ҳаракатланиш (қотиб қолиш);
- умуртқа поғонасининг бел қисмида ҳаракат чегараланиши;
- умуртқа поғонасининг кўкрак қисмида ҳаракат чегараланиши;
- ирит ва унинг асоратлари;
- икки томонлама сакроилеитнинг рентген белгилари;
- синдесмофитознинг рентген белгилари; синдесмофитоз - умуртқаларо дисklar ташқи қаватини оссификацияси.

Юқорида санаб ўтилган мезонлардан камида 4 таси касалликнинг бошқа белгилари билан бирга келганда ташхис ишончли ҳисобланади.

Даволаш. АС ни даволашдан асосий мақсад яллиғланиш жараёни ва оғриқ синдромини бартараф этиш, умуртқа поғонаси ҳаракатини имкон қадар сақлаб қолиш ва деформацияланиш олдини олишдан иборат. Беморларга сузиш, теннис, волейбол каби спорт турлари билан шуғулланиш, каттик тўшакда ётиш тавсия этилади. Касаллик кучайган даврда эса ётоқ режимга риоя қилиниши ва шифохона шароитида даволаниш лозим. Бу даврда ҳам беморлар қомат бузилишининг олдини олиш ва умуртқа поғонаси фаолиятини сақлаб қолиш мақсадида методист ёрдамида даволаш физкультураси билан шуғулланишлари керак.

Дори воситалари билан даволаш:

Яллиғланишга қарши воситалар: бутацион ёки реопирин (пиробутол) кунига 1 таблеткадан 3-5 марта ичишга ёки 5 мл дан м/о юбориш, 2 ҳафтадан кейин индометацин (метиндол) 50 мг кунига 3-4 марта ёки метиндол – ретар 0,75 г кунига 2 марта ичиш. Улар самара бермаганда ёки касаллик кучайганда, даволаш ГКСдан бошланади. гармонлар миқдори бемор тана вазни ёки касалликнинг фаоллик даражасидан келиб чиққан ҳолда танланади. ГКСни (гидрокортизон ёки кеналог) шикастланган бўғим ичига юбориш ҳам яхши самара беради.

Охириги йилларда АС даволашда базис препарат сифатида бир неча ой давомида сульфасалазин (кунига 2-3 г) қўллаш тавсия этилган.

Касаллик оғир иситмалаш ва висцерит билан кечганда, (ревматологлар билан маслаҳатлашган ҳолда) 2-3 ой давомида иммунодепрессантлар (цитостатиклар (кунига азотиоприн 50-100 мг ёки циклофосфамид 50-100 мг ёки хлорбутин 5-10 мг)) қўлланилади. Мушак спазмини бартараф этиш мақсадида изопретон 0,25 г, скутамил-С 1 таб 3 марта қабул қилиш тавсия этилади. Ремиссия даврида беморлар маҳаллий санаторияларда (Чорток, Нагорний ва бошқалар) даволаш учун юборилади.

Псориадик артрит

Псориадик артрит (псориадик артропатия) – псориаз билан асоцияланган серонегатив спондилоартритлар гуруҳига кирувчи бўғимларни сурункали яллиғланиш касаллиги. Псориаз билан оғриган беморларнинг 70% да бўғим синдроми теридаги ўзгаришлар ривожлангандан кейин, 15-20% да ундан олдин (айрим ҳолларда бир неча йил олдин), 10% да эса бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади. Касаллик бошида қўл панжасининг дистал ва проксимал фалангаларо ва тизза, кам ҳолларда қафт ва плюснофаланг ҳамда елка бўғимлари шикастланади. Шикастланган бўғимлардаги оғриқ қарахтлик билан бирга кечиб, тинч ҳолатда, тунда ва эрта тонгда кучаяди ва кундузи ҳаракатлангандан кейин бир оз камаяди. Бўғим синдроми моно ва олигоартрит кўринишида кечади. Псориадик артритда битта бармоқнинг барча



9-расм. Псориастик артрит

бўғимлари ва шикастланиши букувчи бойламлар тендовагинити билан бирга кузатилади ва бўғим сосиска кўринишини эгаллайди (9-расм). Шикастланган бўғим териси кўқарган ёки тўқ сиёҳ рангда бўлади.

Псориастик артритни 5 та клиник шакли фаркланади:

1. ассиметрик олигоартрит;
2. дистал фалангалараро бўғимлар артрити;
3. симметрик ревматоид артритга ўхшаш артрит (РА фарқли ўлароқ, бу турда бўғимлар деформацияси тартибсиз ва бармоқни асосий ўқи турли томонга йўналган);

4. мутилловчи (бадбашара кўринишга олиб келувчи) артрит;

5. псориастик спондилит (АС фарқли ўлароқ, спондилит кўпинча периферик артрит билан бирга кечади ва умуртқа поғонасининг тартибсиз шикастланиши ҳамда спондилит белгиларисиз кузатилиши мумкин).

Псориастик артритда бўғим синдроми билан бирга мушак ва фациал оғриклар, тўш- ўмров, акромиал – ўмров бўғимлари шикастланиши, ахилло-бурсит, товоности бурсити, кўз шикастланиши (конъюнктивит, иридоциклит), кам ҳолларда амилоидоз кузатилиши мумкин.

Таъхисий мезонлари:

- кўл ва оёқ панжаси дистал фалангалараро бўғимининг зарарланиши;
 - битта бармоқни кафт-фаланга, плюс-фаланга, проксимал ва дистал фалангалараро бўғимларини бир вақтнинг ўзида шикастланиши, уни диффуз шиши (бармоқларнинг «сосискасимон» шакл олиши);
 - кўл панжаси биринчи бармоқларининг ва оёқ бош бармоғи бўғимининг эрта зарарланиши ва унинг кўқариши;
 - талалгия - товонда оғриқ;
 - терида псориастик тугунчалар мавжудлиги, тирноқлар зарарланиши («ангишвона» симптоми, тирноқ пластинкасини хиралашиши, уларда тикка ва кўндаланг чизиқлар пайдо бўлиши) (10-расм);
 - яқин қариндошларида псориаз;
 - РО ни аниқланмаслиги;
 - рентгенда суякларнинг ҳар хил ўқли силжиши билан кечувчи остеолитик жараёнлар, периостал ўзгаришлар, бўғим олди остеопорози аниқланмаслиги; сакроилеитнинг клиник - рентгенологик белгилари;
 - паравертебрал кальцификацияларнинг рентген белгилари.
- Таъхис юқоридаги белгилардан уchtаси аниқланганда ишонарли ҳисобланади, аммо улардан бири псориастик тугунча, тирноқларнинг шикастланиши, яқин қариндошларда псориаз мавжудлиги, остеолитик жараёнлар ёки суякларнинг ҳар хил ўқли силжиши бўлиши керак..

Реактив артритлар

Улар «стерил»-йирингсиз яллиғланишли артритлар ҳисобланиб, бўғимдан ташқаридаги инфекцияга жавобан маълум вақтдан (1-1,5 ой) сўнг ривожланади. Сўнги йилларда реактив артритларга ичак, сийдик ажратиш ва таносил аъзолар инфекциясига боғлиқ бўлган, HLA B₂₇ антигени билан ассоцияланган, айни вақтда кон зардобда РО аниқланмайдиган ҳолатлар киритилган.

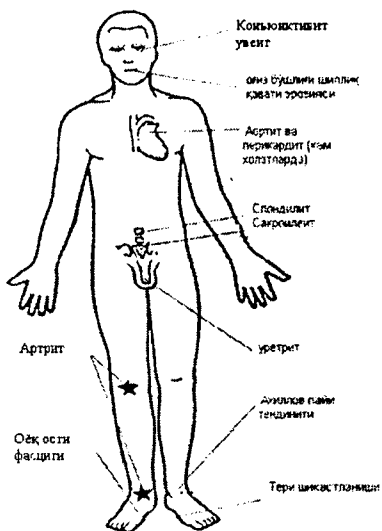
Этиологияси бўйича икки гуруҳдаги реактив артритлар фарқланади:

1. постэнтероколитик (иерсиния, сальмонелла, шигелла, компиобактер, кластридия);

2. урогенитал (хламиди, уреоплазма, ҳамда ОИВ –инфекция билан ассоцияланган).

Реактив артритларнинг умумий ташхисий мезонлари:

- ▶ уретрит ёки диареедан кейин ёки бир вақтнинг ўзида пайдо бўлади;
- ▶ кўзни шикастланиши (конъюнктивит, ирит);
- ▶ оёқ бўғимларини (тизза, болдир-товон, оёқ панжаси бўғимларини моно-ёки олигоартикулар шикастланиши кўринишида) ассиметрик артрити;
- ▶ оёқ бармоқлари сосискасимон дефигурацияси;
- ▶ аксарият ҳолларда ахиллов пайи, оёқ ости апоневрозини шикастланиши ва унинг кучли оғриқлар билан кечиши;
- ▶ оёқ бош бармоғининг артрити, товон соҳасида шиш;
- ▶ қонда РО аниқланмаслиги;
- ▶ HLA B₂₇ антигени мавжудлиги;



10-расм. Рейтер синдроми

▶ ассиметрик сакроилит;

▶ товон шпори, оёқ кафтини майда суякчаларини периостити, паравертебрал оссификация.

Реактив артрит 4-6 ой давомида тўлиқ ўтиб кетиши ёки сурункали кечиши мумкин.

Рейтер синдроми (касаллиги) – сийдик ва таносил аъзолар (уретропростатит), бўғимлар (реактив олиго ва монартрит) ва кўзнинг (конъюнктивит) биргаликда ёки бирин-кетин шикастланиши билан намоён бўлади. Кўпинча 20-40 ёшдаги эркеклар касалланади. Аёллар инфекция ташувчи ҳисобланиб, камдан-кам ҳолларда уроген артритга чалинади. Касалликнинг иккита шакли фарқланади.

1. Спорадик (Рейтер касаллиги) шаклида клиник белгилар жинсий йўл билан юкадиган инфекция (хламидия) асосида пайдо бўлади ва 70-90% ҳолларда этиологияси аниқланади.

2. Эпидемик ёки постэн-тероколитик (Рейтер синдроми) уретро-окуло-синовиал синдром турли этиологияли (дизентерия, иерсиниоз, сальмонелла, ноаник инфекция) энтероколитдан кейин ривожланади.

Кўзгатувчиси *Chlamidia trachomatis*, жинсий ва жинсий бўлмаган йўллар орқали юкиб, сийдик найи, цервикал канал ва конъюктива эпителийсига хужайралари ичида ҳамда синовиал хужайралар цитоплазмасида аниқланади. Ушбу бактерия хужайра ичида узок вақт паразитлик қилиш хусусиятига эга бўлгани сабабли яллиғланиш жараёни сурункали кечади. Касаллик ўткир (6 ойгача), чўзилган (1 йилгача) ва сурункали (1 йил ва ундан кўп) кечиши мумкин. Уни икки, яъни инфекцион (уретрида хламидия мавжудлиги) ва иммунопатологик (иммун комплекслар ҳосил бўлиши, бўғим синовиал қобиғи ва конъюктива шикастланиши) босқичи фарқланади.

Касаллик тасодифий жинсий алоқа ёки энтеритдан 14-28 кун ўтгач, уретрит (цистит, простатит) белгилари билан бошланиб, 1-8 ҳафтадан кейин эса унга конъюнктивит ва артрит қўшилади. Уретрит сийдик ажралишида бир оз нохушлик, куйдириш ҳисси, қичиш, уретра ва қиндан кам миқдорда ажралма, сийдик ажратиш каналининг ташқи тешиги атрофияси ва қизариш билан кечади. Айрим ҳолларда урогенитал хламидиоз белгиларсиз кечиши мумкин. Бундай беморларда инициал лейкоцитурия кузатилади. Кўзни шикастланиши кўпинча конъюнктивит, кам ҳолларда ирит, иридоциклит, увеит, ретинит, ретробульбар неврит, кератит кўринишида намоён бўлади (10-расм).

Рейтер (касаллиги) синдромида тизза, болдир-товон, оёқни плюснофаланг, фалангалараро бўғимлари «зинапоясимон» (пастдан юқорига) кўринишида шикастланади. Улар юзасидаги тери қизаради ва бўшлиғида суоқлик пайдо бўлади. Бўғимдаги оғриқлар тунда ва тонгда кучаяди. Айнан уроген артритда (Рейтер касаллиги) бутун бармоқда переарткуляр шиш, бармоқни сосискасимон дефигурацияси, тери қопламини қорамтир-кўкиш рангда бўлиши ҳамда оёқнинг биринчи бармоғи шикастланганда псевдоподагрик белгилар билан кечиши хосдир. Кўпинча кучли оғриқ билан кечувчи ахиллов пайи яллиғланиши, товон соҳасида бурсит кузатилади ва қисқа вақт ичида товонда шпора пайдо бўлади. Айрим беморларнинг умуртқа поғонасида оғриқ ва сакроилеит қайд этилади. Беморларнинг 50% да бўғим синдроми исиз йўқолади, 30% да қайталаниб туради, 20% да эса сурункали кечиб, бўғим харакатини чегараланиши ва атрофидаги мушаклар атрофияси ривожланади. Баъзан ясси оёқлик белгилари кузатилади. Рентген текширишида симметрик бўлмаган бўғим олди остеопарози, унинг тиркишининг ассиметрик торайиши, жараён узок кечганда – эрозив-деструктив ўзгаришлар, периостит хисобига товонда ва 1-2 та умуртқа танасида яккаланган шпоралар, плюс-фаланг бўғимини ассимметрик эрозияси ва бир томонлама сакроилеит белгилари аниқланиши мумкин.

Рейтер касаллиги (синдромида) юқорида санаб ўтилган учликдан ташқари, тери ва шиллик қаватлар шикастланиши ҳам кузатилади. Оғиз бўшлигининг шиллик қаватида (стоматит, глоссит) ва ташқи жинсий аъзо бошчасида оғриқли яралар пайдо бўлади, баланит ёки баланопастит ривожланади. Тери шикастланиши унча катта бўлмаган папула, айрим ҳолларда эритематоз доғ кўринишида кечади. Ушбу касалликда қўл ва оёқ кафти соҳасида (айрим ҳолларда пешона ва танада) ёрилган, кизарган тери асосида бир-бирига қўшилиб кетувчи гиперкератоз ўчоқлари хос. Айрим беморларда асосан чов соҳасидаги лимфа тугунларини оғриқсиз катталашиши, юрак (миокардит, миокардиодистрофия), ўпка (ўчоқли пневмония, плеврит), асаб тизими (полиневрит), буйрак (нефрит, амилоидоз) узок вақт давом этувчи иситмалаш кузатилиши мумкин. Ташхис кўйишда бемор анамнези, клиник белгилар, рентген ва синовиял суюкликнинг лаборатор текшириш натижалари муҳим аҳамиятга эга.

Сурункали ичак касалликларида (носпецефик ярали колит, Крон касаллиги) асосий клиник белгилар билан бирга бўғим синдроми ҳам кузатилади.

Носпецефик ярали колитда ичак ва бўғим синдромидан ташқари, перианал яллиғланиш, псевдополиплар, тугунчали эритема, гангреноз, пиодермия, иридоциклит кузатилади. Бўғим синдроми кўпроқ 20-40 ёшлар оралиғидаги беморларда қайд этилади.

Крон касаллигига қориндаги оғриқ, қон аралаш нажас, миопатиялар, тугунчали эритема, стоматит, ирит, ўнг ёнбош суяги остеомиелити, бармоқларнинг «барабан таёқчаси» шаклини олиши хос. Бўғим синдроми ёш ва ўсмир ёшдаги беморлар орасида кўпроқ учрайди. Ушбу касалликларда кўпинча периферик бўғимлар, умуртқа поғонаси ва унинг бўғимлари зарарланади. Бўғим синдроми иккала касалликда ҳам бир хил қайталоғчи ўтқир артрит хуружлари кўринишида кечади ва асосий касалликнинг кўзиш даври билан боғлиқ. Шикастланган бўғим атрофида шиш, оғриқ, маҳаллий кизариш, синовиял бўшлиқда яллиғланиш хусусиятига эга бўлган суюклик аниқланади. Касалликнинг ҳар бир хуружида учтадан кўп бўлмаган бўғим (асосан тизза ва болдир-товон) шикастланади ва жараён кўчиб юрувчи хусусиятга эга бўлади. Қўл ва оёқларнинг майда бўғимлари жуда камдан-кам ҳолларда шикастланиши ва хуружлар бир неча ой давом этиши мумкин. Жараённи узок вақт давом этиши ва тез-тез қайталаши шикастланган бўғимнинг турғун дефигурациясига (шакли ўзгаришига) олиб келади. Лаборатор текширишлар касалликнинг фаоллик даражасини аниқлашга ёрдам беради. Рентген текшириш натижалари катта маълумот бермайди. Носпецефик ярали колит ва Крон касаллигида кузатиладиган анкилозловчи спондилоартритни клиник ва рентген белгилари Бехтерев касаллигидан кўп фарқ қилмайди. Ташхис кўйишда бемор шикоят, анамнези (бир неча йил давомида ичак инфекцияси билан оғригани) ва объектив кўрик натижалари муҳим аҳамиятга эга.

Иерсиниозли артрит *Iersinia enterocolitica* томонидан чақирилиб, кўпроқ аёлларда учрайди. Бўғим синдроми 1-3 ҳафта олдин ўтказилган

энтероколит: қисқа муддатли ич кетиш, ўнг ёнбош соҳада (терминал илеит ёки мезоденит) оғриқлардан кейин ёки бир вақтнинг ўзида кузатилади. Артрит танада, оёқ ва қўлларда, акарият холларда йирик бўғимлар соҳасида ургикар, макулопапулез тошмалар, болдир соҳасида тугунчали эритема пайдо бўлиши билан бирга кечади. Бунда оёқ бўғимларининг ассиметрик шикастланиши характерли бўлиб, жараёнга акромиал-ўмров, тўш-ўмров бўғимлари, қўл ва оёқ бармоқларининг биринчи бўғимлари кўшилиши мумкин. Шунингдек, бир томонлама сакроилеит, тендовагинит, бурситлар, иситма, бўғимдан ташқари ўзгаришлар (эписклерит, конъюнктивит, ирит, миокардит, перикардит) хос. Қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, иерсинияга қарши антители аниқланади. Артрит ўртача ҳисобда 4 ой давом этиб, 70% беморларда бутунлай ўтиб кетади, 30% да эса йирик бўғимларнинг сурункали серонегатив (РО бўйича), эрозив бўлмаган артрити ёки секин авж олиб боровчи сакроилеит ривожланади.

Дизентерияли ва салмонелёзли артритлар иерсиниозли реактив артритлардан кам фарқ қилади ва касалликнинг 2-3-ҳафтасида пайдо бўлади. Бу артритга кучли яққол ифодаланган оғриқ синдроми хос. Ташхис клиник белгиларга, ичак инфекцияларига боғлиқлиги тўғрисидаги маълумотлар, нажасда қўзғатувчининг аниқланиши, мусбат серологик реакцияларга асосланиб қўйилади.

Бурун - ҳалқум инфекцияларида артритлар аденовируслар, стрептакоккнинг «норевматик» штаммлари таъсирида келиб чиқади. Юқори нафас йўлларидаги катарал ўзгаришлар негизида иситма, миалгия, умумий ҳолсизлик йирик ва майда бўғимларда ўтиб кетувчи артритлар кузатилади. Бўғим синдроми 2-4 ҳафта давомида йўқолади. Қонда яллиғланиш белгилари аниқланади.

Даволаш. Касалликнинг инфекцияни босқичида хламидияни ингибирловчи антибиотиклар билан даволаш мақсадга мувофиқ. Улардан тетрациклин қаторидаги дори воситалари Рейтер касаллигига олиб келувчи барча микроорганизмларга, жумладан, хламидияларга ҳам яхши таъсир кўрсатади. Антибиотикларни қуйидаги дозаларда 4 ҳафтадан кам бўлмаган вақт давомида қабул қилиш тавсия этилади: тетрациклин - кунига 1,2-2 г, метациклин гидрохлорид (рондомицин)- кунига 0,3 г дан 2-4 марта, доксициклин гидрохлорид (вибрамицин) – 0,1 г дан 1-2 марта.

Касаллик оғир кечганда антибиотикларни қабул қилиш 1,5-2 ойга узайтирилади. Хламидияли инфекцияда макролидлар (эритромицин 0,25-0,5 г дан кунига 4 марта, олеандомицин 0,25-0,5 г дан 4 марта, эрициклин (эритромицин + окситетрациклин) 0,25-0,5 г дан кунига 4 марта овқатдан 1-1,5 соат олдин, сумамед 1-2 г дан кунига 2 марта) яхши самара беради. Иерсиниозли инфекцияда левомецитин, гентамицин, сальмонелез ва шигелеозда эса левомецитинни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Рейтер касаллигида фторхинолин унумлари (максаквин 400-800 мг дан кунига 1-2 марта, абактал 400 мг 2 марта ичишга ёки в/и) ҳам самарали ҳисобланади.

Ушбу касалликда антибактериал даво билан бир вақтда кандидамикозга қарши воситалар ва поливитаминлар қабул қилиш тавсия этилади.

Касалликнинг иккинчи – иммун яллиғланиш босқичида артритларни даволаш учун НЯҚВ (индометацин - метиндол) ёки ушбу гуруҳга кирувчи бошқа дорилар кунига 100-150 мг) қўлланилади. Оғриқ синдроми яққол намоён бўлганда, пиразолон унумларини (реопирин ёки пирабутол 3-5 мл. м/о) 5-7 кун давомида, кейин бошқа НЯҚВ ни (пироксикам, метиндол - ретард, вольгарен, ортофен) қабул қилиш тавсия этилади. Рейтер касаллиги юқори фаолликда оғир бўғим синдроми билан кечганда ва НЯҚВ самара бермаганда, ГКС (преднизалон кунига 5-20 мг, гидрокортизон 15-125 мг. (бўғим катта кичиклигига қараб) ёки кеналог 10-40 мг бўғим ичига) юборилади. Касаллик чўзилган ёки сурункали кечганда, аминохинолин унумларини (кунига далагил 0,25 ёки плаквенил 0,2-0,4 г) 1 йил давомида қабул қилиш тавсия этилади. Энтероколитдан кейинги Рейтер синдромида сульфасалазин ёки салазопиридозин кунига 1,5-2 гдан бериш яхши самара беради.

ҚВП ёки ОП шароитида беморлар шифохонада тавсия этилган базис давони УАВ зарур бўлганда ревматолог, уролог ва окулист назорати остида давом эттириладилар. Клиник тузалиш кузатилганда улар ҳар 6 ойда, сурункали кечганда эса ҳар 3 ойда мутахассислар кўригидан ўтишлари лозим.

Инфекцияга боғлиқ артритлар

Инфекцияга боғлиқ артритлар иккита, инфекцияга боғлиқ ва реактив артритлар гуруҳига бўлинади. Биринчи гуруҳ микроорганизмларни бирламчи ўчоқдан (аксарият ҳолларда бурун-ҳалқум, сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар, ичак тизими) гематоген, лимфоген йўл билан ёки тўғридан-тўғри (жароҳатланишда ёки айрим бўғим ичи муолажаларида) бўғим тўқимасига, жумладан, синовиал қобикқа тушиши натижасида юзага келади. Юқорида таъкидлаганимиздек, реактив артритлар эса – бўғимни “стерил” яллиғланиши бўлиб, маълум вақтда (1-1,5 ой) аниқ инфекция (стрептококк, минингококк, нерсиния, эшерихия, сальмонела ва бошқалар) билан боғлиқ ҳолда юзага келади. Бунда бўғимдан ташқарида бўлган микроб антигенига макроорганизмни юқори даражада иммун жавоби натижасида ҳосил бўлган иммун комплексларни бўғим юзаси ва синовиал қобиғига ўтириб қолиши ва натижада юзага келадиган иммун яллиғланиш муҳим аҳамиятга эга.

Инфекцияга боғлиқ артритнинг ташхисий мезонлари:

- ▶ ўткир бошланиши, шикастланган бўғим соҳасида кучли оғриқ, шиш, тери қизариши, маҳаллий ҳарорат кўтарилиши ва ҳаракат чегараланиши;
- ▶ аксарият ҳолларда битта йирик бўғим шикастланиши, оғир ҳолатларда олигоартрит кўринишида кечиши;
- ▶ кўпинча тизза, кам ҳолларда сон чанок, болдир-товон, биллак-кафт бўғимлари шикастланиши;

▶ айрим беморларда кўп терлаш, қалтираш билан кечувчи иситмалаш (60 ёшдан катта беморларда тана ҳарорати кам кўтарилади);

▶ регионар лимфоаденит;

▶ қон ёки синовиал суюқликда микроорганизм аниқланиши;

▶ УҚТ - ЭЧТ ошиши, нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоформулани чапга силжиши;

▶ синовиал суюқлик таҳлили - тиниклигининг хиралашиши, пуфакчалар мавжудлиги, ёпишқоклиги пасайиши, лейкоцитоз

▶ $50-100 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез, сийдик кислотаси миқдори ошиши; эмада микроорганизм аниқланиши.

Гонорейли (сўзак) артрит - ўткир ва сурункали гонорея билан оғриган беморларда бирламчи урогенитал ўчоқдан инфекция тарқалиши натижасида бўғимлар яллиғланиши. Ушбу ҳолатда куйидагиларга асосланган ҳолда ташхис қўйилади:

- артритни 2-4 кун давомида қалтираш ва юқори иситмалаш билан бирга келиши, кўчиб юрувчи артралгия;

- аксарият ҳолларда тизза ва болдир-товон, камдан-кам ҳолларда кафт-билак ва тирсак бўғимлари моно- ҳамда олигоартрит кўринишида шикастланиши;

- артритнинг кескин оғриқ, экссудатив ўзгаришлар, шикастланган бўғим соҳасида тери қизариши ва маҳаллий ҳарорат кўтарилиши билан бирга кечиши;

- тендовагинит;

- касалликнинг эрта даврларидаёқ контрактура ва бўғим атрофидаги мушаклар атрофияси, дефигурацияси ҳамда ҳаракат чегараланиши;

- “гонорейли ясси оёқ (товон)” ривожланиши (болдир-товон бўғимининг шикастланиши + тендовагинит + яллиғланиш жараёни оёқнинг кафт олди ва кафт бўғимларига тарқалиши + болдир ва оёқ кафти мушаклари атрофияси + иккиламчи ясси оёқ);

- баъзан фиброзли анкилоз ривожланиши;

- қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, сиал кислотаси, фибрин, серомукоидлар, гаптоглобин миқдори ошиши;

- синовиал суюқлик таҳлилида лейкоцитлар миқдори ($50-150 \times 10^9/\text{л}$) ошиши, нейтрофилез, гонококклар аниқланиши;

- серологик текширишда мусбат Борде-Жангу синамаси (2-4 ҳафтадан кейин ёки сурункали жараён қўзғалганда);

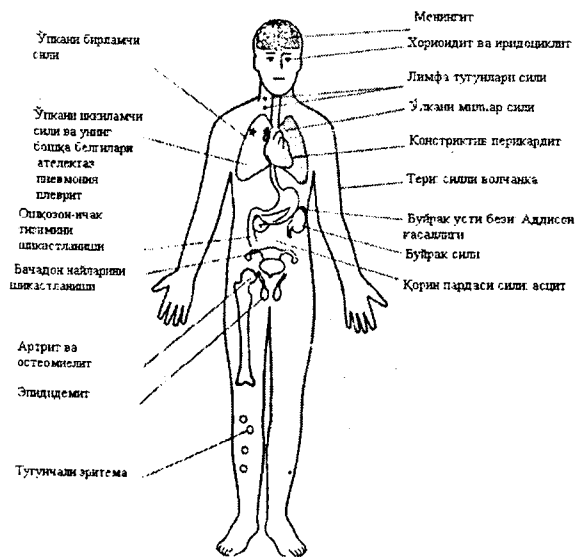
- шикастланган бўғим рентгенографиясида бўғим тиркиши кенгайиши, эпифизар остеопароз, тоғай шикастланганда эса бўғим тиркиши торайиши, юзаси нақшланиши ва анкилоз, айрим ҳолларда деформацияланувчи остеоартроз белгилари пайдо бўлиши.

Сил артрити. Бўғим-суяк сили ушбу инфекция билан касалланганларнинг 1% ни ташкил қилади. Қолган ҳолатларда бўғимлар шикастланиши иккиламчи бошқа бирор аъзонинг (11-расм) бирламчи

зарарланиши асосида ривожланади. 85% беморларда сил артрити сурункали моноартрит кўринишида кечади. Аксарият ҳолларда тизза, тоз-сон, болдир-товон, билак-тирсак бўғимлари ва умуртқа поғонаси шикастланади.

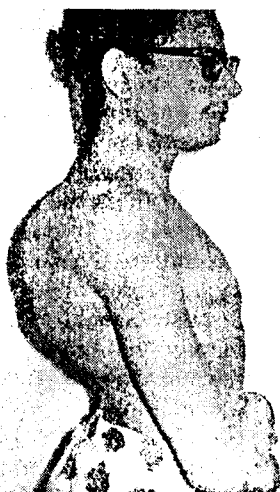
Касаллик аста-секин ривожланади. Преартрит босқичида шикастланган бўғим соҳасида бир оз оғрик, шиш кузатилади. Артрит босқичида

эса кучли маҳаллий оғрик, яққол намоён бўлган шиш ва бўғим бўшлиғида суюклик йиғилиши, бўғим олди мушаклари атрофияси ривожланади. Унинг ташқи кўриниши ранг-пар, енгил гипертермия, шакли шиш ва суюклик ҳисобига ўзгарган ва ҳаракати чегараланган. Кечки босқичларида оқмалар ҳосил бўлиши мумкин. Жараён авжланиб борганда, бўшлиқларда грануляция тўқима ўсиши, тоғайнинг эриб кетиши ҳисобига бўғим деформацияси, атрофидаги суяклар деструкцияси сабабли



II-расм. Сил билан яллиғланиш ўчоқлари.

аббли уларнинг калталаниши ва силжиши кузатилади. Рентген текширишда преартрит босқичида суяк трабекулаларининг ўчоқли ўзгаришлари, артрит босқичида эса чегараланган суяк бўшлиқлари ва секвестр аниқланади. Касалликнинг кечки босқичларида суякдаги жараённинг бўғим бўшлиғига ёрилиши, суяк бўғим охирилариининг деструкцияси ва емирилиши, силжиши, ярим чиқишлари аниқланади. Артритдан кейинги даврда иккиламчи деформацияловчи артрит белгилари кузатилади. Шу ўринда, умуртқа поғонаси силига (силли спондилит, Потт касаллиги) тўхталиб ўтиш лозим. Чунки у суяк-бўғим сили билан оғриган беморларни 40-50% ни ташкил этиб, аксарият ҳолларда болалар ва ёшлар (20-30 ёш) орасида учрайди ва уларни эрта ногирон бўлиб қолишларига сабаб бўлади. Бунда суякдаги ўзгаришлар иккита ёнма-ён жойлашган умуртқа танаси четларидан бошланиб, қисқа вақт ичида умуртқалараро дискка тарқалади. Силли спондилит казиоз остит хусусиятига эга бўлиб, қисқа вақт ичида парчланади ва секвестрлар, кейинчалик перифокал абсцесс ҳосил бўлади. Умуртқа танасининг олдинги қисми бўжмаяди ва пона шаклига киради. Бунинг оқибатида кейинчалик умуртқа



12-расм. Умуртқа поғонаси
сили

поғонасининг кўкрак қисмида кифоз ёки брукрилик пайдо бўлади (12-расм). Кам ҳолларда умуртқа поғонаси бел қисмининг шикастланиши ва бир томонлама деструктив сакроилеит кузатилади. Беморда нерв толаларининг босиб қолиниш белгилари кузатилиши мумкин. Ташхислашда эпиданамнез, бошқа аъзоларда сил ўчоқлари топилиши, мусбат туберкулин синамаси, рентгенограммадаги ўзгаришлар, тўқималар биопсияси, синовиал суюқлик экмаси натижалари каби ўзига хос клиник ва лаборатория белгиларга асосланилади.

Бўғим суяк силени даволаш узоқ вақт (2 йилдан кам бўлмаган) давомида фтизиоортопед муассасаларида мутахассислар томонидан олиб борилади.

Бруцелезли артрит. Бруцелезли артрит сурункали юкумли касаллик бўлиб, инфекция одамларга касалланган уй ҳайвонларидан

тўғридан-тўғри ёки уларнинг яхши ишлов берилмаган маҳсулотларини (сут, пишлок, творог) истеъмол қилганда юкади. Бўғим-суяк тизими шикастланиши бруцелез билан касалланган 80% беморларда кузатилади. Касаллик тўлқинсимон иситма, калтираш, кўп терлаш, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия, нерв тизими зарарланиши билан бошланади. Битта ёки бир нечта периферик бўғимларда, умуртқа поғонасида артралгия белгилари пайдо бўлади. Айрим беморларда тўлиқ орқага қайтувчи ўткир ёки сурункали артрит (полиартрит) кузатилади ва бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилади. Касалликка деформация ва ҳаракат чегараланишига олиб келувчи елка ва тоз-сон бўғими периартрити ва бурсити, бўғим олди юмшоқ тўқима оҳакланиши, сурункали деструктив артрити ҳам хосдир. Ушбу ҳолатда периферик майда бўғимлар зарарланмайди. Бруцелезли спондилит асосан III–IV бел умуртқаларини, кейинчалик умуртқа поғонасининг кўкрак, камдан-кам ҳолларда бўйин қисми шикастланиши билан намоён бўлади. Касалликнинг биринчи ойларида бир ёки икки томонлама сакроилеит кузатилади. Умуртқа поғонаси шикастланиши клиник жиҳатдан оёқларга узатилувчи умуртқадаги кучли оғриқ билан намоён бўлади. Оғриқ ҳаракатда ва умуртқа ўсикларини босиб кўрганда кучаяди. Кўпинча умуртқа атрофини палпация қилганда, оғриқли тугунчалар (фиброзитлар) аниқланади. Рентген текшириш унча зарур маълумот бермайди. Айрим ҳолларда бир ёки икки томонлама сакроилит, умуртқа поғонасининг чегараланган соҳасида умуртқаларни ассиметрик бир-бири билан ўсиб кетишга олиб келувчи бруцелезли спондилоартрит, тоз-сон, тизза, тирсак бўғимларидаги деструктив ўзгаришлар сабабли ривожланган анкилоз

белгилари, товонда шпора, тизза қопқокчасининг юқори қисмида ва тирсак бўғимида суякли ўсиқлар аниқланиши мумкин. Лаборатор текширишда лимфоцитоз билан лейкопения, ЭЧТ ошиши кузатилади. Ташхис қўйишда эпиданамнез, Райт ва Хеддельсон (серологик), Бюрне (бруцеллез антигени билан тери) синамалари катта аҳамиятга эга. Ушбу гуруҳдаги беморлар УАВ билан бир қаторда, инфекционист ва ревматолог назоратида бўлишлари ва даволанишлари лозим. Даволашда инфекцияни бартараф этиш мақсадида тетрациклин, стрептомицин, оғриқ ва яллиғланишга қарши НЯҚВ (индометацин, вольтарен, наклофен ва бошқалар)дан фойдаланилади.

Захмли артрит. Захмда бўғимлардан кўра кўпроқ суяқлар шикастланиши хос. Артритлар туғма орттирилган захми кечки (гуммоз) даврларида кузатилади. Захми артритларни бирламчи-суяк, бирламчи-синовиял (инфекцияни тўғридан-тўғри бўғим бўшлиғига кириши билан) ҳамда инфекция-аллергик турлари фарқланади. Туғма захмда (6 ёшгача) узун найсимон суяқларнинг чеккаларида жойлашган ва яққол намоён бўлган периартикуляр шиш билан бирга ксчувчи остеохондритлар кузатилади. Суяқлар диафизи ҳам захмли периостит ва остеомиелит ҳисобига деформацияланиши мумкин. Ушбу касалликнинг яна бир кўриниши бармоқларнинг урчқусимон дефигурацияланиши, силжиши ва қисқаришига олиб келувчи захмли фалангитдир (дактилит). Касалликнинг кечки босқичларида (6-16 ёш) яхши сифатли гидроартроз (“Клаттон бўғимлари”), аксарият ҳолларда иккала тизза бўғимлари артрити кузатилиши мумкин. Туғма захм ташхиси юқорида санаб ўтилганлар билан бир қаторда, унинг бошқа белгиларига (кератит, нервли карлик, Гетчинсон тишлари) асосланган ҳолда қўйилади.

Орттирилган бирламчи ва иккиламчи захмда асосан туннинг биринчи ярмида кучаяовчи, тез ўтиб кетувчи бўғимлардаги яллиғланиш жараёни хос. Ушбу ҳолатда асосан оёқ-қўлларни йирик ва ўртача катталиқдаги бўғимлари шикастланади. Касалликнинг кечки босқичларида кўпинча битта бўғим (тизза, тирсак, болдир-товон, елка) синовиял қобиғида, суяк ва тоғай соҳасида тўқимани захмли гранулематози, айрим беморларда эса захмли спондилити кузатилиши мумкин. Захмли артритда бўғим шакли кескин ўзгаришига қарамасдан унинг фаолияти унча ўзгармайди. Рентгендаги ўзгаришлар клиник белгилар билан мос келмайди. Чунки рентгенограммада яққол ўзгаришлар аниқланишига қарамасдан, беморлар аниқ шикоятлар билдирмаслиги мумкин. Касалликнинг яна бир асосий рентген белгиси суяқларда яққол намоён бўлган деструктив ўзгаришлар остеопарозсиз кечиши ҳисобланади. Ташхис бемор анамнези, захмнинг бўғимдан ташқари белгилари (шанкр, теридаги тошмалар - розеолалар, соч тўкилиши, лимфаденопатия), рентген текшириш ва серологик (Вассерман ва Закс-Витебский) синамалари натижаларига асосланилади. Даволаш венеролог томонидан олиб борилади ва кейин беморлар УАВ назоратида бўладилар. Бўғим синдромини камайтириш мақсадида гармонал бўлмаган яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади.

Лайм касаллиги. Лайм касаллиги борелия чақирадиган эндемик юқумли жараён бўлиб, иксод канаси орқали юқади. Касалликнинг ўзига

хос бўлган белгилари - ҳалқасимон кўчиб юрувчи (миграцияланувчи) эритема, қайталанувчи моно ёки олигоартрит, иситмалаш, артралгия, бош оғриши, бўйин ва елка мушаклари ригидлиги, миалгия, лимфаденопатия, иситмалаш, қалтираш, спленомегалия билан бирга кечади. Катта бўғимлар артрити, менингит, миокардит, перикардит, юрак ўтказувчанлиги бузилиши, мия ва периферик нервлар шикастланиши ҳамда кулоқ солингаги ёки сут беzi сўрғичи якка лимфоцитомаси каби асоратлар кузатилиши мумкин. Бўғим синдроми тўсатдан тизза ёки бошқа бўғимда бир оз оғрик ва шиш билан намоён бўлиб, бир ҳафтадан кўп давом этмайди, турғун дефигурация чақирмайди, лекин кўп йиллар давомида қайталаниши мумкин. Айрим беморларда симметрик полиартрит кўринишида ҳам кечади. Ташхислашда спирохета боррелияга қарши IgG антителаси 1: 80 ва ундан юқори титрда бўлиши ва синовиал суюқликнинг экиш натижалари аҳамиятга эга. Даволашда танлов препарати тетрациклин ҳисобланади. Уни ўрнига феноксиметилпенициллин ёки эритромицин қўллаш мумкин. Турғун артритда юқори дозада (2400000 бир) пенициллин тавсия этилади.

Уинпл касаллиги (интестинал липодистрофия) – кўчиб юрувчи артритлар ва ингичка ичакнинг авж олиб боровчи зарарланиши билан кечади. Продромал даврида бир оз тана ҳарорати кўтарилиши, вазн камайиши, терида гиперпигментация доғлари пайдо бўлиши, лимфаденопатия, хотира бузилиши, анемия, полисерозит ва интермитирловчи, айрим ҳолларда узоқ вақт давом этувчи эрозив бўлмаган артрит кузатилади. Яққол намоён бўлган даврида эса тана ҳарорати янада ошади. Диарея, кам сўрилиш синдроми оксилнинг кўп йўқотилишига олиб келади ва натижада гипопроteinемик шишлар пайдо бўлади. Ташхис касалликнинг клиник белгилари, ошқозон-ичак тизими рентгенографияси, ингичка ичак шиллик қавати биопсияси, лапаротомия натижаларига асосланилади.

Даволашда пенициллин кунига 1-2.000.000 бир, стрептомицин кунига 1 г, кейин бир йил давомида тетрациклин кунига 0,5-1 г қўлланилади. НЯҚВ ва ГКС ни қўллаш мумкин эмас.

Вирусли артритлар. Вирусли артритлар кўпроқ вирусли гепатит, қизилча ва эпидпаротитда ривожланади. Вирусли гепатит билан оғриган беморларда сариклик олди даврида реактив артрит (артралгия) пайдо бўлади ва сариклик авж олган вақтда йўқолади. Айрим ҳолларда бўғим синдроми серонегатив эрозиясиз ревматоид артрит кўринишида узоқ вақт сақланиб қолиши мумкин, лекин маълум вақтдан кейин у исиз йўқолади.

Қизилчада бўғимлар зарарланиши полиартрит кўринишида ва тарқалган папулёз тошмалар билан бирга кечади. Теносиновитлар ривожланиши унга хосдир.

Эпидемик паротитда бўғим синдроми касаллик бошлангандан кейин 4 ҳафта ўтгач, битта ёки иккита йирик бўғимда ўткир кўчиб юрувчи ассиметрик артрит кўринишида кечади. У аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учраб, оғрик, котиб қолиш, шиш, тери эритемаси, кулоқ олди ва

сўлак беши шиши каби клиник белгилар билан намоён бўлади.

Вирусли артритларда ўзгаришлар 2 ҳафтадан – 2 ойгача бўлган вақт давомида тўлиқ орқага қайтади.

ОИВ инфекциясида бўғим шикастланиши. ОИВ инфекциясида сўғим синдроми қуйидаги кўринишларда кечиши мумкин:

1. Ўткир дифференцияланмаган артрит:

- оёқлар бўғимида (тизза ва болдир товон) ўткир оғрикли олигоартрит;
- товон пайлари шикастланиши, ахиллов пайида оғриқ;
- симптомларни бир ҳафтадан бир неча ойгача давом этиши.

2. Артралгия ва артритлар 30% беморларда кузатилиб, оёқ ва қўлнинг 2-3 та йирик бўғимлари (тизза болдир товон, тоз-сон, елка) шикастланиши билан намоён бўлади. Шикастланган бўғим соҳасида оғриқ, шиш, тери кизариши ва ҳаракат чегараланиши. Айрим ҳолларда бўғим шикастланиши кучли оғриқлар билан чегараланиши мумкин.

3. ОИВ – ассоцияланган Рейтер синдроми:

• оёқ бўғимларининг яққол намоён бўлган олигоартрит кўринишидаги асимметрик шикастланиши;

• яққол намоён бўлган периартикуляр ўзгаришлар, пайлар шикастланиши;

• тез ривожланувчи артропатиялар;

• бўғимларни рентген текширишда деструктив ўзгаришлар аниқлаш (чеккаларида нақшланиши);

• букилган контрактулар ривожланиши;

• спонтан ремиссия кузатилмаслиги;

• синовиал суюқликда яллиғланишли ўзгаришлар;

• уретрит, цервицит, кўз ва шиллик қаватлар яллиғланишли шикастланиши;

• ОИВ – ассоцияланган комплексга хос белгиларни (лимфа тугунлари катталаниши, иситмалаш, тана вазни камайиши, диарея) мавжудлиги;

• 75% беморларда HLA B₂₇ аниқланиши.

• Псориастик артрит ОИВ инфекцияда умумий аҳоли популяциясига нисбатан 3 марта кўпроқ учрайди ва қуйидаги белгилар билан кечади:

• псориаз оғир кечиши, себореяли дерматитнинг яққол намоён бўлиши;

• артритнинг ўткир бошланиши;

• мавжуд бўлган артрит асосида псориаз ривожланиши;

• тери, тирноқ ва бўғимлар шикастланиши орасида узвий боғлиқликни мавжудлиги.

ОИВ инфекцияси тўғрисидаги тўлиқ маълумот унга бағишланган маърузада кенг ёритилган.

Ўткир паразитар артритлар. Ўткир паразитар артритлар барча гелментлар ва бир қатор содда ҳайвонлар томонидан чақирилади. Бўғимнинг жароҳатланиши инфекцион (паразитнинг бўғим бўшлиғига ёки суяк тўқимасига кириб олиши натижасида) ёки ректив артрит (қонга

тушган паразитлар антигенларига қарши жавоб реакцияси) кўринишида кечади. Ташхис лаборатория ва асбобий текширишлар (эозинофилия, қонда ва синовиал суюқликда IgE миқдорининг ошиши, нажасда паразит ёки унинг тухуми топиллиши) натижасига асосланган ҳолда қўйилади. Асосий касалликни самарали даволанган бўғим синдроми исиз йўқолади. НЯҚВ яхши самара бермайди.

Микрористалли артритлар. Микрористалли артритларнинг асосида турли кристаллар синовиал бўшлиққа ўтириб қолиши, бўғим ҳамда бўғим олди тўқиманинг улар билан импрегнацияси ва натижада реактив синовит ривожланиши ётади. Бу гуруҳ артритларга бўғим синдромининг хуружсимон кечиши хос. Микрористалли артритларга подагрик артрит, пирофосфатли ва гидроксипатитли артропатиялар киради. Қуйида УАВ фаолиятида кўп учрайдиган подаграга батафсилроқ тўхталиб ўтамиз.

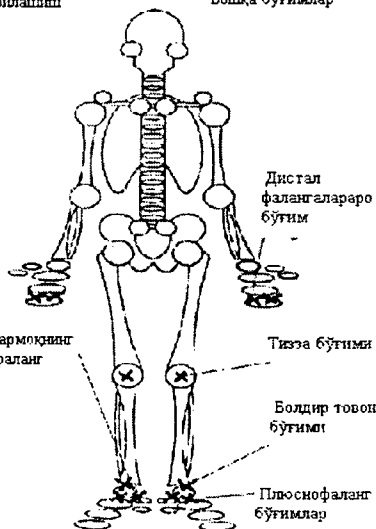
Подагра. Подагра-сурункали касаллик бўлиб, сийдик кислотаси алмашинуви бузилиши сабабли қонда унинг миқдори ошиши ва тўқималарга натрийли тузлар (уратлар) ўтириб қолиши натижасида ривожланади. У клиник жиҳатдан қайталанувчи ўткир артритлар ва тофуслар (подаграга хос тугунчалар) ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Катта ёшдаги аҳолининг 2%и подагра билан оғрийди ва айни вақтда эркаклар орасида аёлларга нисбатан 20 марта кўпроқ учрайди. Унинг тарқалиши одамларнинг пуринга бой маҳсулотларни (гўшт, балик) ва спиртли ичимликларни (пиво, узумдан тайёрланган вино, ароқ) кўп истеъмол қилишига боғлиқ.

Одам организмида сийдик кислотаси пурин парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган охириги маҳсулот ҳисобланади. Унинг қондаги захираси 1000 мг. бўлиб, кунда 650 мг. организмдан буйраклар орқали (клинренси меъёрада бир дақиқада 9 мл) чиқариб юборилади ва яна шунча миқдорда тўлдирилади. Қонда сийдик кислотаси озод натрий урати (эркакларда -0,3 0,42 ммоль/л, аёлларда - 0,24- 0,36 ммоль/л) кўринишида бўлади. Сийдик кислотаси организмда кўп миқдорда ҳосил бўлиши, уни буйраклар орқали ажралоши камайиши ёки ҳар икки омилнинг бирга келиши гиперурикемия ҳолатига олиб келади.

Подагра ривожланишида учта давр фаркланади. *Преморбид* - клиник белгиларсиз кечувчи гиперурикемия кузатилади ва бу давр ҳали подагра деб ҳисобланмайди. *Интермиттирловчи даврида* ўткир ва симптомсиз хуружлар оралиғини навбатма-навбат келиши кузатилади. *Сурункали подаграга* тофуслар, артрит ва бўғимдан ташқари аъзоларнинг (50-75% ҳолларда буйрак) шикастланиш белгилари мавжудлиги хос. Касаллик илк бор соғлом одамда парҳезни бузгандан кейин (кўп миқдорда гўшт маҳсулотлари ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш) тўсатдан ўткир артрит хуружи билан бошланади. Айрим ҳолларда касаллик ривожланиши ёки авжланишига қонда сийдик кислотаси миқдори ошишига олиб келиши мумкин бўлган турли жароҳатлар, асабийлашиш, жисмоний зўриқиш, инфекция, ҳаво ўзгариши, сийдик ҳайдовчи ёки бошқа турдаги дори

Тигивс жойлашши
жойи

Бошқа бўғимлар

13-расм. Подаграда артритни
жойлашши жойлари

воситаларни қабул қилиш сабаб бўлиши мумкин. Классик подагра хуружи кўпинча тунда, аксарият ҳолларда оёқ бош бармоғининг плюсо-фаланг бўғимида ўта кучли оғрик, шиш, ва бўғим усти териси кизариши ва кейинчалик унинг кўчиши билан бошланади. Бу ҳолат бир неча соат давомида кучайиб боради ва иситмалаш ($\leq 40^{\circ}\text{C}$), қалтираш, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши билан кечади. Оғрик кучлилигидан бемор оёғини кимирлата олмайди. 5-6 кундан кейин яллиғланиш белгилари камая бошлаб, сўнгги 5-10 кун ичида бутунлай йўқолади ва бемор ўзини батамом соғлом сезади. Хуружлар ҳар хил ораликда пайдо бўлиб, ҳар гал янги кўплаб бўғимлар галма-галдан шикастланиши билан кечади (13-

расм). Касаллик оғир кечганда, оёқ-қўлнинг барча бўғимлари, ҳатто умуртка поғонаси ҳам шикастланиши мумкин, лекин тоз-сон бўғими ҳар қандай ҳолатда ҳам интактлигича қолади. Яллиғланиш жараёни бир вақтнинг ўзида пайларга ҳам тарқалиши мумкин. Буида товон пайлари ва сумкачаси каттиклашиши ва оғриши кузатилади. Вақт ўтиши билан хуружлар оралиғи кискариб боради. Аста-секин бўғимларнинг уратлар таъсирида емирилиши, иккиламчи остеоартроз ривожланиши сабабли турғун деформация ва ҳаракат чегараланиши пайдо бўлади. Бўғим тўқимасининг уратлар билан инфилтрацияланиши унда ва бўғим олди тўқимада доимий яллиғланиш ҳамда сурунқали тофусли артрит ёки уратли артропатия ривожланишига олиб келади.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, юқорида таърифланган подагранинг классик тури 50-85% беморларда учраб, қолган 50-25% ҳолларда бошқа турдаги клиник белгилар билан кечади:

1. ўткир ости тури ёшларда йирик ва ўртача катталиқдаги бўғимлар моно ёки олигоартрити, уларда бир оз оғрик ва эксудация билан;
2. ревматоид артритга ўхшаш тури касаллик узоқ давом этганда, қафтнинг майда бўғимлари ва тирсак бўғими моно ёки олигоартрит кўринишида шикастланиши билан намоён бўлади;
3. псевдофлегманоз тури бирорта бўғимда моноартрит кўринишида кечиб, бўғим ва уни атрофидаги тўқималарда кучли яллиғланиш белгилари

ҳамда тана ҳароратининг кескин қўтарилиши, қалтираш, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, яъни флегмона ёки ўткир инфекцион артрит клиникаси билан бирга келади;

4. инфекцион-аллергик полиар-трит кўринишида кечадиган турида тез орқага қайтувчи кўчиб юрувчи полиартрит кузатилади;

5. кам белгиларсиз тури шикаст-ланган бўғим соҳасида бир оз оғрик ва тери кизариши билан намоён бўлади;

6. периартрит турида бўғим шикастланмаган ҳолда унинг атрофидаги пайларда жойлашади;

7. атипик турлар орасида бир мунча оғирроқ кечувчи - подагрик статус (ҳолат) - сурункали подагрик артрит асосида тўхтовсиз ўткир подагра хуружлари билан намоён бўлади.

Касаллик узоқ вақт давом этганда (3-6 йил), унинг яна бир хос белгиси бириктирувчи тўқима билан ўралган урат тузларидан иборат бўлган тутунчалар-тофуслар пайдо бўлиши ҳисобланади. Тофуслар касаллик давомийлиги ва гиперурекимиянинг оғирлик даражасини кўрсатадиган асосий белгилардан биридир. Улар кўпроқ кулоқ супрасида, оёқ ва қўл бармоқлари атрофида, тирсақда, елка олди соҳасининг ёйилиш юзасида, сон ва болдирда, пешонада, буруннинг тоғайли тўсиғида жойлашиши мумкин (14-расм). Алоҳида тофуслар бир-бири билан қўшилиб, конгломерантлар ҳосил қилади. Тофуслар оғриксиз, сарғиш тусда, катталиги тўғноғич бошидек ёки ўртача ҳажмдаги олмадек, касаллик қўзғалиш даврида унинг ичидаги оқ рангдаги модда суюлиши ва оқмалар орқали ажралиши мумкин. Уларда камдан-кам ҳолларда яллиғланиш кузатилади, чунки уратлар бактерицид хусусиятга эга.

Подагра билан оғриган 40% беморларда буйрак тош касаллиги ривожланиб, унинг хуружи буйрак коликаси билан бирга кечади ва аксарият беморларда иккиламчи пиелонефрит ривожланади. Айрим беморларда подагрик нефропатия-интерстициал нефрит (изостенурия, микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия ва АГ), пиелит, кейинчалик нефросклероз кузатилади. Бу ҳолатларнинг барчаси охир-оқибат СБЕ ривожланишига олиб келади.

Подагра ташхисини қўйишда қуйидаги-лардан фойдаланилади:



14-расм. Оёқдаги подагра тофуслари

Рим мезонлари (1963 й.):

- сийдик кислотасининг эркакларда 0,42 ммоль/л дан, аёлларда 0,36 ммоль/л дан юкори бўлиши;

- тофуслар мавжудлиги;

- синовиал суюқлик ва тўқима-ларда натрийли сийдик кислота тузи кристалларини микроскопик ва кимёвий текширишлар ёрдамида аниқланиши;

- тўсатдан ўткир подагрик артрит хуружи ва ундан кейин 1-2 ҳафта давом этувчи тўлиқ клиник ремиссия даври кузатилиши.

Ушбу мезонлардан камида иккитаси мавжуд бўлса, ташхис ишончли ҳисобланади. Бундан ташқари, касалликнинг эрта босқичларида ташхис қўйишда Америка ревматологлари уюшмаси томонидан таклиф қилинган ташхисий мезонлардан ҳам фойдаланилади.

I. Бўғим суюқлигида урат тузлари кристал-лари мавжудлиги.

II. Кимёвий ёки қутубловчи микроскопик текшириш ёрдамида тасдиқланган, таркибида урат тузлари бўлган тофуслар мавжудлиги.

III. Қуйида санаб ўтилган 12 та белгидан 6 таси мавжуд бўлса:

1. анамнезида биттадан ортиқ ўткир артрит хуружи кузатилса;
2. касалликнинг биринчи кунидасёқ яллиғланишнинг барча белгилари ривожланса;
3. артрит моноартрит кўринишида бўлса;
4. шикастланган бўғим атрофидаги тери қизариши аниқланса;
5. оёқнинг бош бармоғини плус - фаланг бўғимида шиш ёки оғриқ кузатилса;
6. оёқ бўғимларини бир томонлама шикастланиши қайд этилса;
7. тофусни эслатувчи тугунчалар пайдо бўлса;
8. гиперурекимея;
9. биринчи плус – фаланг бўғимнинг бир томонлама зарарланиши аниқланса;

10. бўғимларда ассимметрик зарарланиш кузатилса;

11. рентгенограммада эрозияларсиз субкортикал кисталар аниқланса;

12. бўғим суюқлигида микроорганизмлар мавжуд бўлмаса.

Подагрик артритнинг қуйидаги рентгенологик босқичлари фарқланади:

I босқич – суякларнинг субхондрал ва чуқурроқ қатламларида йирик кисталар (тофуслар) пайдо бўлиши, баъзан юмшоқ тўқималарнинг зичланиши;

II босқич – бўғимга яқин соҳада йирик кисталар ва бўғим юзасида кичик эрозиялар, бўғим олди юмшоқ тўқималарининг доимий зичланиши, баъзан кальцификатлар (9 йилдан сўнг) ҳосил бўлиши;

III босқич – бўғим юзасининг $\frac{1}{3}$ қисмидан кам бўлмаган соҳада кенг эрозиялар, эпифиз остеозиди, юмшоқ тўқималар зичланиши ва оҳакланиши (10-15 йилдан сўнг).

Подагра *ташхисини* қўйишда бемор шикоят, анамнези, объектив кўрик ва текширишлар ёрдамида аниқланган ташхисий мезонларга ҳамда синовиал суюқлик таҳлилига (урат кристаллари топилиши) асосланади.

Даволаш хуружлар олдини олиш, уни бартараф этиш, урат тузларининг тўқималарга ўтириб қолишини камайтиришга қаратилган. Хуружлар олдини олиш учун гиперурекимия ҳолатига олиб келиши мумкин омилларни бартараф этиш ва парҳезга риоя шилиш лозим. Ўткир подагра хуружини даволашда колхицин биринчи кун ҳар 2 соатда 1 мг (қунига 4 мг гача), кейинги кунлари секин-аста камайтириб борилади. Бўғим синдромини бартараф этишда НЯҚВ дан пиразолон гуруҳига тегишли бўлган бутадиион (фенилбутазон) самарали ҳисобланади. У кучли оғриқсизлантириш,

хароратни тушириш, яллиғланишга қарши таъсирга эга. Реопирин ёки бошқа ЯҚДВ (индометацин, вольтарен, ибупрофен, напроксин) билан биргаликда қўллаш мумкин. Юқоридаги воситалар яхши самара бермаганда ва зарурият бўлганда, ГКС (преднизолон кунига 20-30 мг) кисқа муддатда тавсия этилади. Хуруж баргараф этилгандан кейин подагра билан оғриган барча беморларни даволашда пурин алмашинуви бузилиши туридан келиб чиққан ҳолда қуйидаги гуруҳ дори воситаларидан фойдаланилади.

1. *Урикодепрессив воситалар* (ксантинооксидаза ферментини ингибирлаш йўли билан сийдик кислотаси синтезини камайтиради) - аллопуринол (тиопуринол 0,1 г) кунига 100 мгдан тавсия этилиб, кейин ҳар куни 100 мг ошириб (касаллик энгил даражадаги оғирликда кечганда 300 мг гача, ўрта оғирликда ва оғир кечганда эса 400-800 мг гача) буюрилади ва 7-10 кундан кейин қонда сийдик кислотаси миқдори меъёрига келгач, 4-6 ой давомида унинг миқдори камайтириб борилади. Ундан кейин узоқ вақт давомида ушлаб турувчи миқдорда қабул қилиш тавсия этилади.

2. *Урикозурик воситалар* (буйракларда сийдик кислотаси секрециясини кўпайтириш ва уратлар реабсорбциясини камайтириш йўли билан уни экскрециясини оширади)- *бенемид* (пробенецид) аввал 0,5 г дан кунига 2 марта, кейинчалик гиперурекимия даражасидан келиб чиқиб унинг миқдори оширилади (кунига 2 г гача) ва бир неча йил давомида қабул қилиш тавсия этилади. *Антуран* (сульфинпиразон) 0,1 г дан кунига 3-4 марта, этамид (сийдик кислотаси реабсорбциясини камайтиради) 0,35 г дан 3-4 марта 10-12 кун давомида (даволаш курси йилда 3-4 марта қайтарилади) ёки *бензобромарон* (дезурик) 0,1 г, кунига ½ таблетка овқат вақтида қабул қилиш буюрилади. Ушбу гуруҳ воситалар берилганда, беморлар кунига 2-2,5 л ишқорли суюқлик қабул қилишлари лозим. Даволашнинг биринчи кунлари бўғим синдроми кучайиши мумкин, бундай ҳолларда НЯҚВ қўлланилади.

3. *Аралаш таъсирга эга бўлган подаграга қарши воситалар*-дориларнинг ножўя таъсирини камайтиради ва буйракда тош ҳосил бўлиши олдини олади. Алломарон (100 мг аллопуринол + 20 мг бензобромарон) кунига 1 таб (юқори урекимияда 2-3 таб) дан 3-6 ой давомида қабул қилиш тавсия этилади. Беморда СБЕ мавжуд бўлса, иккинчи ва учинчи гуруҳ воситаларни қўллаш ман этилади.

Подагра билан оғриган беморлар узоқ вақт давомида ревматолог ва УАВ назоратида бўлишлари лозим. Касаллик энгил кечганда, беморлар йилда 2 марта кўриқдан ўтадилар ва зарурият бўлганда ҚВП ёки ОП шароитида комплекс даво ўтказилади, ўрта оғирликда ва оғир кечганда эса ҳар 3 ойда кўриқдан ўтказилишлари ва ихтисосланган бўлимда даволанишлари керак. Йилда бир марта бўғимлар рентгенографияси ва буйракни УТТ ўтказилади.

Хуружлар орасидаги даврда беморларга физиотерапия ва санатор-курорт даво тавсия этилади. Катта тофуслар ва оқмалар ҳосил бўлганда, бўғим олди тўқима инфилтрациясида, бўғим юзасидаги тўқима ва суяклар эпифизи смирилганда, жаррохлик амалиётини қўллаш мумкин.

Пирофосфатли артропатия. Пирофосфатли артропатия-кўп микдорда пирофосфат кальций дигидрат тузлари ҳосил бўлиши ва бўғим тўқималарига ўтириб қолиши натижада уларнинг (асосан бўғим юзасидаги тоғай каватини (хондрокальциноз)) оҳакланиши билан намоён бўлади ҳамда бир неча клиник кўринишларда кечади.

1. Псевдоостеоартроз турида тизза, кафт-билак, тоз-сон, кам ҳолларда болдир-товон, кафт-фаланга бўғимлари шикастланади. Ушбу гуруҳ беморлар шикастланган бўғимларда ҳаракат вақтида ва узок вақт тикка турганда оғриқдан шикоят қиладилар. Кўриқда бўғим соҳасида бир оз шиш, дефигурация ва ҳаракат чегаралангани аниқланади.

2. Псевдоподагра тури бир ёки бир нечта бўғимларда (кўпинча тизза бўғими) тўсатдан хуружсимон оғриқлар билан бошланади. Шикастланган бўғим соҳасида яққол намоён бўлган шиш, терининг маҳаллий қизариши, ҳаракат чегараланиши кузатилади ва тана ҳарорати кўтарилади. Хуружлар 1-2 ҳафта давом этади ва изсиз йўқолади.

3. Псевдоревматод артрит тури кўплаб, асосан қўл ва оёқ панжаларининг майда бўғимларида турғун яллигланиш белгилари билан кечади. РА дан фарқли ўларок, уларда бўғимлар деформацияси кузатилмайди. Рентген текширишда киста ва эрозиялар, қон зардобиди РО аниқланмайди.

4. Псевдонейропатик тури сирингомиелияда ёки орқа мия қуришида кузатиладиган нейропатик артропатияни эслатади. Айни вақтда бир ёки бир нечта йирик бўғимларда яққол намоён бўлган деструкция кузатилади.

5. Анкилозловчи спондилоартритга ўхшаш тури амалиётда кам учраб, периферик бўғимлар шикастланиши, умуртка поғонасида оғриқ ва ҳаракат чегараланиши, рентген текширишда умуртқалар аро диск кальцинози билан кечади. Сакроилит белгилари ва синдесмофитлар кузатилмайди.

6. Деструктив тури асосан 60-70 ёшлардаги аёлларда учраб, авж олиб борувчи полиартрит кўринишида кечади. Асосан тизза, тоз-сон, елка ва кафт-билак бўғимлари шикастланади. Беморлар узок вақт давом этувчи ва авж олиб борувчи оғриқлардан шикоят қиладилар. Шикастланган бўғимлар атрофида кучли шиш аниқланади, бўғим шакли ўзгаради, сурункали гидроартроз (айрим ҳолларда гемоартроз) белгилари кузатилади ва бўғим фаолияти бузилади. Тоз-сон бўғими шикастланиши жуда оғир кечиби, суякларни тез деструкцияланиши ва лизиси билан кечувчи ўткир ости ёки сурункали коксопатия кўринишида намоён бўлади.

7. Ушбу касаллик юкоридаги турларнинг бирга келиши билан ёки умуман клиник белгиларсиз (латент) кечиши мумкин. Бундан ташқари, беморларда периартикуляр тўқима, синовиал халта ва пайларнинг шикастланиш белгилари кузатилади. *Рентген текширишда* бўғим юзасидаги гиалинли тоғай каватини кальцификацияси (хондрокальциноз) аниқланади. Бўғим юзаси контурини такрорловчи чизиқли сояланиши (бўғим контури иккиланиши) қайд этилади. Шу билан бир каторда, синовиал қобик, бўғим капсуласи, периартикуляр тўқима, пай ва мушакларда ҳамда боғламларда

кўплаб симметрик ўчокли кальцификатлар аниқланади, бўғимда артрозга ўхшаш дегенератив ўзгаришлар, суякнинг субхондрал соҳасида кистасимон оқаришлар ҳамда остеофитлар кузатилади.

Пирофосфатли артропатиянинг ташхисий мезонлари:

- кальций пирофосфат кристалларининг бўғим суяқлиги ва тўқима биоптатида аниқланиши ва унинг таркибини рентгенли дифракция усули ёрдамида тасдиқланиши;

- синовиал суяқликда ва тоғайларда кальций пирофосфат кристаллари каби оптик хусусиятга эга бўлган моно ва триклинли кристалларни компенсатор қўллаш билан ўтказиладиган қутибловчи микроскопия усули ёрдамида аниқлаш;

- рентген текширишда тоғайларнинг оҳакланиш (хондрокальциноз) белгиларини аниқлаш;

- тизза ёки бошқа йирик бўғимларда ўткир артрит хуружи кузатилиши;

- асосан тизза, тоз-сон, кафт-билак, тирсак, елка ёки кафт фаланга бўғимларида ўткир хуружлар билан кечувчи сурункали артрит ривожланиши.

Пирофосфатли артропатия ташхиси биринчи ёки иккинчи ва учинчи мезонлар бирга келганда ишончли ҳисобланади.

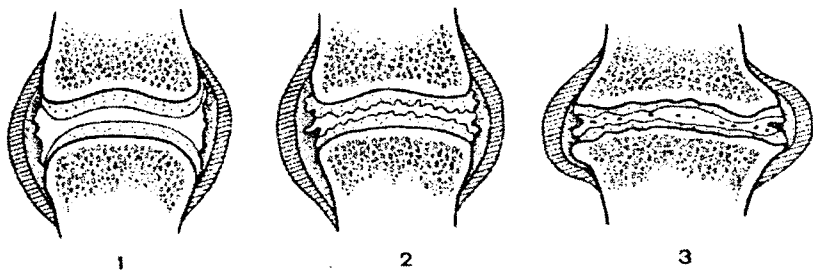
Ушбу касаллик сабаби ва метаболизмнинг бузилиш механизми ноаниқлиги туфайли патогенетик даво чоралари мавжуд эмас. Ўткир артрит хуружи подагра каби даволанади. Унинг бошланишида колхицин кунига 2 мг дан берилади. Лекин унга нисбатан НЯҚВ (индоцид кунига 100-150 мг ёки бутадиион 0,15 г дан кунига 4-6 марта) анча самаралироқдир. Бўғимлардаги яллиғланиш жараёни ўта юқори фаолликда кечганда, бўғим ичига ГКС (гидрокартизон, кеналог) юборилса, оғрик ва яллиғланиш белгилари 2-3 кун ичида йўқолади.

Сурункали пирофосфатли артропатия хуружи ҳам худди юқоридагидек даволанади. Хуружлар орасидаги даврда физиотерапевтик муолажалар ва санатор-курорт даво тавсия этилади.

Деформацияловчи остеоартроз

УАВ фаолиятида кўп учрайдиган бўғим касалликларидан бири деформацияловчи остеоартроз (ДОА) - бўғимларни дегенератив дистрофик касаллиги бўлиб, унинг асосида тоғайдаги дегенератив ўзгаришлар туради. Кейинчалик бўғим юзасида кузатиладиган жараёнлар натижасида чеккаларида остеофитлар пайдо бўлиши, бўғимнинг деформацияланиши ҳамда бир оз синовит белгилари ривожланиши кузатилади. ДОА ни ривожланиши 15-расмда келтирилган.

Касаллик 40-60 ёш ораллигидаги аҳолининг 10% да (аксарият ҳолларда аёлларда), 60 ёшдан катталарнинг барчасида учрайди ва бирламчи ҳамда иккиламчи бўлиши мумкин. Бирламчи ДОА ўзгармаган бўғимда кўп ҳолларда жисмоний зўриқиш натижасида ривожланади. Унинг ривожланишида ички ва ташқи омилларнинг ўзаро таъсири



15-расм Деформациялашган остеоартрознинг ривожланиши.
 1-ўзгармаган бўғим, 2-бошланғич даври – бўғим юзасидаги тоғайда дегенератив ўзгаришлар,
 3-кечки босқичи – тоғай қадастини тўлиқ парчаланиши, бўғим юзасини қалвинлашиши ва деформациялашиши, чекка остеофитлар, бўғим бўшигида тоғайли дегритлар.

муҳим аҳамиятга эга. Ички омиллар - табиғи -ҳаракат тизими тузилишидаги ўзгаришлар (ясси оёқлик, дисплазия, genu varum, genu valgum, умуртқа поғонаси скалиоз), ортқича тана вазни, эндокрин ўзгаришлар, умумий ва маҳаллий қон айланиши бузилиши, сурункали касалликлар, жумладан, олдин ўтказилган артритлар. Ташқи омиллар-жисмоний зўриқиш, бўғимдаги микрожароҳатлар, унинг функционал зўриқиши (касбий, спорт), гипербиллиги (серхаракатлик), ногўғри овқатланиш, иптоксикация ва касбий хавф омиллари, спиртли ичимликларни суистемол қилиш ёки у билан захарланиш, ўтказилган вирусли касалликлар. Иккиламчи ДОА эса жароҳатланиш, эндокрин касалликлар (ҚД, акромегалия), метабolik ўзгаришлар (гемохроматоз, охроноз, подагра) ва бўғимларнинг бошқа касалликлари (РА, инфекциял артритлар) таъсирида бўғим юзасидаги тоғайда бирламчи ўзгаришлар асосида ривожланади. Кўрик натижасида артрозларни аниқ бирламчи ёки иккиламчи гуруҳларга ажратиш мураккаб.

Вирусли полиартрит проксимал фаланг алараро бўғимлар
 Спондилоартропатиялар дистал фалангалараро бўғимлар

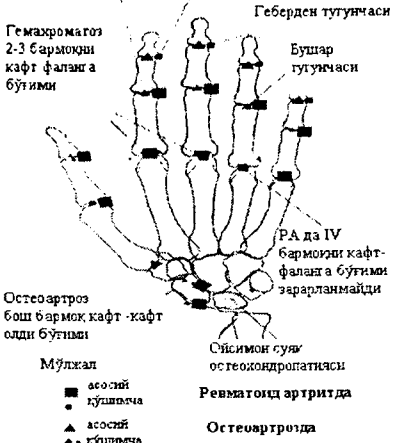
Чунки аввал бирламчи ҳисобланган артроз текширишлар натижасида иккиламчилиги ёки аралаш келиб чиқиш механизмига эга эканлиги тасдиқланмоқда.

Ушбу касалликда оғирлик кўп тушадиган оёқлардаги йирик бўғимлар (тиза, тос-сон, болдир товон), умуртқа поғонаси ҳамда қўл панжаси дистал фалангалараро бўғимлари кўпроқ шикастланади (16-расм). Касаллик аввал битта бўғимдан бошланиб, маълум муддат ўтгач, жараён бошқа симметрик бўғимларда ҳам бошланади.

Таъхисий мезонлари:

- бўғимлардаги оғриклар кун охири ёки туннинг биринчи ярмида пайдо бўлиб, тинч ҳолатда камайиши ёки умуман йўқолиши;

- бўғимдаги оғриклар механик,



16-расм. Артрит ва остеоартрозда қўл панжасини шикастланиш жойлари.

жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлиши ёки кучайиши, вақти-вақти билан «бўғимнинг блоккланиш» белгиси (бўғим юзаси оралигига некрозланган тоғай бўлакчасининг тушиб сиқилиб қолиши сабабли, тўсатдан бир оз ҳаракатда ҳам кескин оғрик пайдо бўлиши ва маълум ҳаракатлар ёрдамида бўғим “сичконча”си четга чиқазилгандан кейин унинг йўқолиши) кузатилиши;

- оғрик ҳаракатнинг бошида (“стартли” биринчи қадамда) пайдо бўлиб, кейин йўқолиши ва бўғимда жисмоний зўриқиш кўпайганда яна кузатилиши;

- бўғимлар ҳаракатланганда крипитация (қисирлаш) аниқланиши;

- суякдаги ўзгаришлар туфайли (жумладан, Геберден ва Бушар тугунлари) бўғимда турғун деформациялар (17-расм) ривожланиши;

- тос-сон бўғимидан ташқари, бошқа шикастланган бўғимларда ҳаракат бир оз чегараланиши;

- бемор анамнезида бўғимларнинг механик зўриқиши, шикастланиши, яллиғланиши ёки метаболик касалликлари мавжудлиги;

- беморда қомат, маҳаллий қон айланиши бузилиши, нейроэндокрин касалликлар борлиги ҳамда унинг ота-онасида артроз мавжудлиги;

- рентген ўзгаришлар (6-жадвал).

6- жадвал

Остеоартрознинг Kellgren ва Lawrence бўйича босқичлари

Босқич-лар	Ўзгаришлар
0	Рентгенологик ўзгаришлар мавжуд эмас
I	Суяк таркибида кистасимон ўзгаришлар, субхондрал соҳада чизиқли остеосклероз, чеккаларида майда остеофитлар пайдо бўлиши
II	I босқич белгилари + яққолроқ намоён бўлган остеосклероз ва бўғим тирқишини торайиши;
III	Яққол намоён бўлган субхондрал остеосклероз, чеккалардаги йирик остеофитлар ва бўғим тирқишини кучлироқ торайиши;
IV	Кўплаб йирик дағал остеофитлар, бўғим тирқиши кийинчилик билан аниқланиши, суякларни бўғим ҳосил қилувчи эпифизи кескин зичланиши ва деформацияланиши.

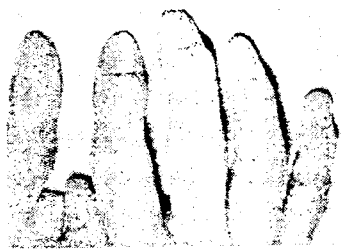
Ушбу касаллик жараёни жойлашишига кўра ўзига хос клиник кўринишга эга ва турлича кечади. Қуйида амалиётда кўп учрайдиган клиник турларига қисқача тўхталиб ўтамиз.

Коксартроз (тоз-сон бўғими остеоартрози) - остеоартрознинг оғир тури ҳисобланиб, уни 42,7% ни ташкил этади. У авж олиб боровчи кечишга эга бўлиб, аксарият ҳолларда қисқа вақт ичида бўғим фаолияти йўқолиши ва

бемор ногирон бўлиб қолиши мумкин. Бирламчи коксартроз 40 ёшдан катта бўлган аёл ва эркаклар орасида бир хилда учрайди, лекин аёлларда оғирроқ кечади. У беморларнинг 1/3 қисмида икки томонлама бўлади. Коксартрознинг асосий клиник белгиси механик ҳаракатда тоз-сон бўғими соҳасида юрганда кузатилиб, тинч ҳолатда йўқолувчи ва яна биринчи қадамдаёқ пайдо бўлувчи оғрик ҳисобланади. Оғрик характери турлича бўлиб, касаллик бошида у тизза бўғими, чов, думгаза, сон ёки бел соҳасида бўлади. Аста-секин бўғим ҳаракати чегараланиши ошиб боради. Аввал ички ротация, кейин сонни узоклаштириш ҳамда ташки ротация, кечроқ сонни яқинлаштириш ва ниҳоят уни букиш ва ёйиш чегараланиши кузатилади. Айрим ҳолларда маълум вақтдан кейин ўтиб кетувчи бўғимнинг “блоканиши” (уни оғрикли тикишиб қолиши, бир оз ҳаракат ҳам қила олмаслиги) пайдо бўлиши мумкин. Обьектив кўрикда бўғим соҳасида яллиғланиш белгилари бўлмаган ҳолда пальпация ва перкуссияда оғрик аниқланади. Касалликнинг яққол намоён бўлган даврида сон, думгаза, айрим ҳолларда болдир соҳасидаги мушаклар атрофияси кузатилади. Шикастланган оёқ мажбурий ҳолатда бўлади. Ушбу ҳолатда бел соҳасида компенсатор гиперлардоз, тозни шикастланган бўғим томонга оғиши ва сколиоз пайдо бўлади ва шу соҳадан ўтувчи нерв толалари сикилиб қолиши белгилари билан бирга кечади. Тоз-сон бўғимида ҳаракат бутунлай йўқолиши билан оғрик ҳам тўхтайдди. Коксартрозда беморни юриши ўзгаради. Аввал бир оз, кейинчалик кучли оксайди, жараён икки томонлама бўлганда эса “ўрдаксимон юриш” (танани бир у, бир бу томонга ташлаб) кузатилади. Рентген текширишда бўғим тирқиши торайиши, остеофитлар пайдо бўлиши, суякли ўсишлар, сон суяги бошчаси кичрайиши ва уни ярим чиқиши ҳисобига оёқ калталашиши, бўғим атрофидаги юмшоқ тўқиманинг оҳакланиши кузатилади.

Гонартроз - кўпинча иккиламчи тизза бўғими жароҳатланиши ёки комат бузилиши натижасида ривожланиб, коксартрозга нисбатан бир мунча яхши сифатли кечади. Аксарият ҳолларда у 40-50 ёшдаги аёлларда кўпроқ учрайди. Гонартрознинг асосий клиник белгиси юрганда, узок вақт тикка турганда ёки зинапоядан юқорига кўтарилганда бўғимнинг олдинги ёки ички томонида пайдо бўлиб, тинч ҳолатда йўқоладиган оғрик ҳисобланади. Оғрик билан бирга 30 дақиқагача давом этувчи эрталабки қарахтлик, фаол ҳаракат вақтида бўғимда

кисирлаш (крипитация) кузатилади. Айрим беморлар оёқлари чалишиб кетишидан шикаят қиладилар. Касаллик бошида бўғимда букиш чегараланиши, кейинчалик жараён секин-аста кучайиб бориб бўғимни ёзишни ҳам чегараланиши кўшилади. Пальпацияда маҳаллий оғрик, бўғим қопчаси қалинлашиши ва бўғим ичида кисирлаш аниқланади. Вақт ўтиши билан суякли ўсиш, бўғим юзасини



17-расм. Геберден тугунчалари.

ремоделяцияси, ярим чиқиш ҳамда сон мушаклари атрофияси ҳисобига бўғим деформацияси кузатилади. Бўғимда бир оз букилган контрактура ривожланиши мумкин. 30-50% беморларда тизза бўғими девиацияси (ўқ бўйлаб айланиши – genu varum ва genu valgum) ёнбош боғламлар бўшашиб қолиши ҳисобига бўғимда тургунсизлик юзага келади.

Қўл панжаси майда бўғимлари остеоартрозига қуйидаги белгилар хос:

- дистал фалангаларо бўғимларни ён (Геберден тугунчаси), проксимал фалангаларо бўғимнинг ташки-ён юзасида (ҳар томонда биттадан Бушар бугунчаси) каттиқ тугунчалар (остеофитлар ҳисобига) мавжудлиги (17-расм). Тугунчалар ҳосил бўлиш даврида шу соҳада қуйиш, қадалиш ва увишиш ҳисси кузатилиб, у пайдо бўлгач йўқолиши;

- бармоқлардаги майда бўғимларда оғрик ва қарахтлик, дистал фалангаларо бўғимларда ҳаракатни чегараланиши, айрим ҳолларда охириги фалангаларни латерал девиацияси;

- синовит белгилари (шиш, маҳаллий кизариш, оғрик кучайиши);

- рентгенографияда- остеофитлар, бўғим тирқиши торайиши, кам ҳолларда бўғим юзаси деструкцияси;

- фалангаларо бўғимларни тугунчали остеоартрози генетик мойилликка эга бўлиб, аёл насли бўйлаб бувидан онага ва ундан қизга узатилиши;

- Геберден ва Бушар тугунчалари мавжудлиги остеоартроз кечишида ёмон оқибатларга олиб келишидан далолат бериши.

Полиостеоартрозга (артроз касаллиги, Келлгрэн касаллиги) – кўплаб периферик ва умуртқаларо бўғимлар шикастланиши хос бўлиб, асосида тоғайларни босимга ва жисмоний зўриқишга чидамлиги пасайиши билан кечувчи марказлашган генетик хондропатия ҳамда боғлам – мушак тизими ҳолсизлиги ётади. Унинг асосий клиник белгилари қуйидагилар:

- урта ва ундан кўп, биринчи навбатда, тизза, тоз-сон, дистал фалангаларо, кам ҳолларда оёқ бармоқлари, болдир-товон бўғимларининг икки томонлама зарарланиши;

- бир вақтнинг ўзида умуртқаларо диск остеохандрози (умуртқа поғонасининг турли қисмларида оғрик, парестезия, нерв тоалари ва умуртқа артериялари босилиб қолганда, рефлекслар пасайиши, бош оғриши ва айланиши, кўриш ёмонлашиши) мавжудлиги;

- умуртқа поғонасининг бўйин ва бел қисми спондилези;

- турлича периартритлар - елка-курак, стилоидит, эпикондилит, трохантерит;

- тендовагинит.

Клиник кечишига кўра, ДОО ни кам симптомли, манифест (секин ва тез авж олиб борувчи) турлари фарқланади.

Кам симптомли тури аксарият ҳолларда ёшларда учрайди ва кучли жисмоний зўриқишдан кейин 1-3 та бўғимда унча кучли бўлмаган қисқа муддатли оғрик ёки қисирлаш ҳамда болдир соҳасидаги мушаклар тиришиши кузатилади. Бўғимлар фаолияти бузилмайди. Рентгенда бир

ёки бир нечта бўғимларда I-III босқичга хос ўзгаришлар аниқланади.

Секин авж олувчи тури турли ёшдаги аҳоли орасида учраши мумкин. Бўғим синдроми ва бошқа клиник белгилар касалликнинг 5 – йилдан кейин ривожланади. Ҳаракат бошида кузатиладиган бўғимдаги оғриқлар ҳаво ўзгарганда, чарчагандан кейин ва совуқ қотганда пайдо бўлади. Улар симилловчи ёки қакшатувчи хусусиятга эга бўлиб, регионар мушаклар толиқиши, бўғимда ҳаракат чегараланиши, вақти – вақти билан “тикилиб” қолиш ҳисси билан бирга кечади. Рентген текширишда I-II босқичга хос ўзгаришлар кузатилади.

Тез авж олиб борувчи манифест тури асосан ёшлар орасида учрайди. Касаллик бошлангандан сўнг 5 йил ичида барча клиник-функционал ўзгаришлар ривожланади. Тез-тез барча бўғимларда бир оз ҳаракатда ҳам кучаявчи оғриқлар, мушаклар тиришиши кузатилади. Геберден ва Бушар тугунчалари ва бошқа бўғимлар деформацияси аниқланади. Касалликнинг эрта босқичларидаёқ периаартрит, мушаклар атрофияси, синовит, неврологик ўзгаришлар ривожланади. Рентгенда II-III босқичга хос ўзгаришлар аниқланади.

ДОА *ташхис*лашда ҳам бемор шикоят, анамнези ва объектив кўриқда олинган маълумотларни тўғри таҳлил қилиш муҳим рол ўйнайди. Буни шикастланган бўғим рентгенографияси, бўғим қопчаси биопсияси ҳамда синовиал суюқлик таҳлили тўлдиради.

Даволаш бўғим ва тоғайда дегенератив ўзгаришларни, ундаги оғриқ ва реактив синовит белгиларини камайтиришга ҳамда бўғим фаолиятини яхшилашга қаратилган.

Шикастланган бўғим зўриқишини камайтириш ундаги дегенератив ўзгаришларнинг авжланиш олдини олади. Беморга узок вақт давомида юриш ва тикка туриш, оғир юк кўтариш, тез-тез зинапоядан кўтарилиш ва тушиш тақиқланади. Юриш 5-10 дақиқали дам олиш билан алмаштириб турилади ва зарурият бўлганда ҳассадан фойдаланиш тавсия этилади. Бемор вазни камайиши бўғимлар зўриқишини озайтиради. Беморнинг асосий иши узок вақт юриш, тик туриш ёки бўғимга ножўя таъсир қилувчи омилар билан боғлиқ бўлса, айрим ҳолларда унга касбини ўзгартириш тавсия этилади.

Дорилар билан даволаш.

1. Тоғайда метаболизмни ва суякларда микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида- хондропротекторлар (тоғайда метаболизмни яхшилаб деструктив ўзгаришлар олдини олади ёки бу жараённи секинлаштиради) *румалон* 1,0 мл ёки артрон 1,0 мл м/о кун ора 25 та инъекция йилда икки марта тавсия этилади. Шу гуруҳдаги *артепарон* 1,0 мл м/о ҳафтада 2 марта 8 ҳафта давомида, кейин ойига 2 марта 4 ой давомида ёки бўғим ичига 1 мл ҳар 3 кунда 2-4 ҳафта, кейин 1,2,4,6,8,12 ҳафта оралиғида жами 15 инъекция ёки ичишга 1 таблеткадан кунига 3 марта 6-8 ҳафта давомида йилда 2 марта бир неча йил қабул қилиш буюрилади. Бўғимларда (асосан тизза бўғимида) кучли оғриқ синдроми ва реактив синовит белгилари билан кечганда, бўғим ичига протеолитик ферментлар

(25.000 бирликда трасилол ёки гордокс) унча катта бўлмаган миқдорда гидрокартизон (0,002-0,005 г) билан биргаликда юбориш тавсия этилади. Бундан ташқари, айрим мутахассислар бўғим ичига сунъий синовиал суюқлик (поливинилпирролидон 15% 5 мл бўғим ичига ҳафтада бир марта) юборишни, метаболизмни (рибоксин, АТФ, фосфаден ва бошқалар) ва микроциркуляцияни яхшиловчи (курантил, трентал, теоникол) дори воситаларни, антиоксидантларни (витамин Е, оргогенин) ҳамда физиотерапевтик муолажаларни (индуктотермия, ультратовушли ва микротовушли даво, электрофорез, иссиқли апликациялар, баротерапия) тавсия этадилар, лекин уларнинг самарадорлиги исботланмаган.

2. Оғриқни камайтириш ва реактив синовитни даволаш мақсадида НЯКВ (*индометацин* 0,025 г, *ибупрофен* 0,2 г, *напроксан* 0,25 г, *вольтарен* 0,025 г кунига 2-3 марта) 7-10 кун давомида қўлланади. Бу гуруҳ дори воситалари яхши самара бермаганда, 2-3 ҳафта давомида бўғим ичига *гидрокортизон* (50-100 мг йирик, 25 мг ўртача ва 5-10 мг майда бўғимга) ёки *кеналог* (40 мг йирик, 20-10 мг ўрта ва майда бўғимга) 7-10 кун оралиғида юбориш тавсия этилади. Оғриқ ва бўғимда суюқлик тўпланиши кузатилганда, эритема миқдорида УФН, новоканн ва анальгин билан электрофорез, гидрокортизон билан ультратовуш, фонофорез, диадинамик ток, диметилсульфоксид билан апликация буюрилади. Аксарият ҳолларда реактив синовит бўғим атрофидаги мушаклар спазми билан кечиб, оғриқ синдромини кучайишига ва ҳаракатни янада чегараланишига олиб келади. Шунинг учун ялшигланишга қарши дори воситалар билан бирга миорелаксантларни (скутамил, медокалм) бериш мақсадга мувофиқдир. Касаллик тез-тез қайталовчи синовит билан кечганда, делагил 0,25 г ёки плаквенил 0,2 г кунига 1 таблеткадан бир марта 1-3 йил давомида қабул қилиш тавсия этилади. Бўғим фаолиятини тиклаш учун уни зўриқтирмайдиган даволовчи гимнастика буюриш мумкин. Бу муолажалар тоза ҳавода (бассейнда) ва махсус жиҳозланган хоналарда ўтказилади. Ҳаракатларни бемор ўтирган ёки ётган ҳолда бажариши лозим. Регионар мушакларни мустаҳкамлаш, тўқималар эластиклигини тиклаш, веноз кон айланишини яхшилаш, мушаклар спазми ва нервлар қўзғалувчанлигини камайтириш учун енгил укалаш муолажаси қўлланилади. ДОА ни синовит белгиларсиз кечган I ва II босқичида (қўзғалиш) хлоридли, натрийли ёки бошқа маъданли сув мавжуд курортларда даволаш тавсия этилади.

Коксартрозни III ва IV босқичида, гоноартрозни кечки босқичларида ва оёқни бош бармоғини I кафт – фаланга бўғими артрози кучли оғриқлар ва деформация билан кечаётганда (оддий оёқ кийим кийишда муаммолар туғилганда), мутахассислар томонидан жаррохлик амалиёти ўтказилади.

ДОА билан оғриган беморларни УАВ 4 гуруҳга бўлиб, диспансер назоратига олиши мақсадга мувофиқ:

тизза бўғими компенсацияланган артрози (реактив синовит ёки периартрит белгиларсиз) – йилда 2 марта режали кўриқдан ўтказиш;

тизза бўғими декомпенсацияланган артрози (қайталовчи синовит ёки периартрит белгилари билан) – йилда 3 марта режали кўриқдан ўтказиш;

компенсацияланган ва декомпенсацияланган коксартрозда - йилда 4 марта режали кўриқдан ўтказиш;

коксартроз ва гоноартроз билан бир қаторда, ёндош касалликлари (мастопатия, фибромиома, юрак қон-томир тизимидаги жиддий ўзгаришлар ва бошқалар) мавжуд бўлган беморлар йилда 4-5 марта режали кўриқдан ўтказиладилар.

Режали кўриқ вақтида бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда мутахассис кўриги, ихтисослашган шифохонага ётқизиш, физиотерапевтик муолажалар ва санатор-курорт даво тавсия этиш, дорилар билан даволашни мувофиқлаштириш масалалари ҳал этилади.

Умуртқалараро остеохондроз, спондилёз, спондилоартроз

Умуртқалараро остеохондроз ва спондилёз азалдан ортопедик ва қисман неврологик касалликлар ҳисобланса ҳам, охириги йилларда ревматик патологиялар гуруҳига киритилган. Умуртқалараро диск ва бўғим, умуртқа танаси ҳамда ёй ўсиқлари орасидаги дегенератив ўзгаришлар кўп томонлама периферик бўғимлар остеоартрозига ўхшайди. Айрим ҳолларда остеоартроз ва умуртқани дегенератив ўзгаришлари бирга келиши мумкин. Амалиётда кенг тарқалган ушбу касалликка эрта таъхис қўйиш ҳамда умуртқа поғонасини бошқа яллиғланишли касалликларидан фарқлаш учун УАВ уни клиник-рентгенологик белгиларини яхши билиши лозим.

Умуртқа поғонасини асосий дегенератив шикастланиши *остеохондроз* (жараён умуртқалараро дискда), *спондилез* (жараён ёнма-ён жойлашган умуртқалар танасига тарқалганда), *спондилоартроз* (жараён умуртқалараро бўғимларда ва умуртқани боғламларида) кўринишида намоён бўлади. Ушбу касалликда кўпроқ умуртқа поғонасининг пастки- бўйин, юкори-кўкрак, пастки-бел соҳалари зарарланади.

Умуртқалараро остеохондроз ва спондилёзда касалликнинг илк даврида турли омиллар таъсирида (жисмоний зўриқиш, қомат бузилиши, ясси оёқлик, жароҳатлар) умуртқалараро фиброз ҳалқада ўчоқли фибриноид ўзгариш ва тўқима микроструктураси бузилиши, кейинчалик ёриқлар пайдо бўлиши кузатилади. Пульпоз ядро статик ва динамик зўриқишда ёриқлар орқали периферияга силжиб сикилиб қолиши ёки бўлиниб кетиши мумкин (диск чурраси). Чурра орқа мия каналига бўртиб чиқиши ўткир ишиалгия, ён томонга силжиганда эса нерв ва қон томирларнинг босилиб қолиш белгилари ривожланишига сабаб бўлади. Умуртқалараро дискда бошланган дегенератив-дистрофик ўзгаришлар умуртқа танаси ва унинг ўсиқлари ҳамда ёйлари орасидаги бўғим тоғайига ҳам тарқалади. Умуртқа танасидаги чекка қаватлар қалинлашиб, атрофида остеофитлар ҳосил бўлади. Остеофитоз ва спондилезга хос бошқа неврологик ўзгаришлар ривожланишига олиб келади. Умуртқа поғонаси остеохондрози ва спондилёзи жойлашиш жойидан келиб чиқиб турлича клиник белгилар

билан кечади. Барча ҳолатда у ёки бу даражада намоён бўлган оғрик синдроми ва умуртқа поғонасининг шикастланган соҳасида ҳаракат чегараланиши кузатилади.

Касалликнинг маҳаллий ва умумий белгилари фарқланади. Унга умуртқа поғонасининг бўйин-кўкрак ва бел соҳаларида, паравертебрал нукталарда оғрик мавжудлиги, жисмоний зўриқишдан кейин ва узоқ вақт бир хил ҳолатда турганда унинг кучайиши хос. Аксарият беморларда спондилоартроз вегетатив, нейродистрофик ва томир синдромлари (мигрень хуружлари, вертебробазилар етишмовчиликлар, симпаталгия, невралгия, кардиалгия, люмбо-ишиалгия, радикулит) билан кузатилади.

Умуртқа поғонасининг бўйин қисми остеохондрози ва спондилёзида турли кучдаги ва давомийликдаги оғрик синдроми билан бирга беморларда бош айланиши, кулок шанғиллаши, эшитиш ва кўриш қобилияти пасайиши, кўнгил айниши, шикастланган томонда кўз қорачиғи кегайиши, қайт қилиш, айрим ҳолларда пай ва периостал рефлекслар пасайиши аниқланади. Ушбу гуруҳ беморларда шикастланган томонда қўлни иммобилизацияси, кейинчалик пай ва фацияда (қобикларда) тендинит, эпикондилит, фацит ҳатто калькулезли капсулит ёки бурсит кўринишидаги дегенератив ўзгаришлар ҳамда иккиламчи радикуляр синдром билан бир қаторда, ҳаракат ва трофика бузилиши ривожланади. Умуртқа поғонаси бўйин қисми остеохондрози ва спондилёзида шикастланган соҳадаги симпатик нерв толалари қўзғалиши ёки мушакларнинг рефлексор спазми сабабли ўнг ва чап қўлда қон босими ҳар хил бўлади. Касалликнинг кечки босқичларида ярим чиқишлар ва спондилолистез, яъни умуртқа танасининг олдинга ёки орқага силжиши кузатилади.

Умуртқа поғонасини кўкрак қисми остеохондрози ва спондилёзи 40 ёшдан катта бўлган умуртқа поғонасининг кўкрак қисмини зўриқишга олиб келадиган касб эгаларида учрайди. Касаллик аста-секин аввал узоқ вақт елка ва бошни буккан ҳолатда бўлганда кучаювчи белдаги оғриклардан бошланади. Кейинчалик оғрик бир оз ҳаракатда ёки унча кўп бўлмаган зўриқишдан ҳам пайдо бўлади. У бир ёки икки томонлама, айрим ҳолларда камраб олувчи характерда бўлиб, нерв толалари бўйлаб кўкрак қафасининг олдига ва қорин соҳасига узатилади. Ушбу оғрикларни кўкрак қафасидаги (стенокардия, перикардит, эзофагит ва бошқалар) ва қориндаги оғриклар (холецистит, панкреатит, гастрит ва бошқалар) билан кечувчи касалликлардан фарқлаш лозим. Касалликнинг кечки даврларида оғрик синдроми бемор ҳолатига боғлиқ бўлмаган ҳолда ҳатто кечалари ҳам кучайиб боради. Агар жараёнга вегетатив толалар ҳам қўшилса, оғрик янада зўраяди.

Умуртқа поғонасининг бел қисми остеохондрози ва спондилёзи ўрта ва кекса ёшдаги аҳоли орасида кўп учраб, ўткир *люмбаго* (умуртқанинг бел соҳасида кучли оғрик), *ишиас* (ўтириш нерви бўйлаб тарқалувчи оғрик) ва *люмбаишиалгия* (бел соҳаси ва ўтириш нерви бўйлаб тарқалувчи оғрик) кўринишида намоён бўлади. Белдаги оғриклар ўткир (зўриқиш, оғир юк кўтариш, кескин ҳаракат ёки жароҳатлангандан кейин тўсатдан

кучли оғриқ) ва сурункали (белни пастки қисмида унча кучли бўлмаган) бўлиши мумкин. Ушбу беморларда оғриқ, мушаклар спазми сабабли қомат ўзгариши, тананинг шикастланган томонга букилиши кузатилади.

Таъхис қўйишда рентген текшириш (рентгенография, КТ, МРТ) усуллари муҳим аҳамиятга эга. Унда умуртқалараро тирқиш торайиши, контури ўзгариши, диск баландлигининг пасайиши, умуртқа танаси тоғайости қавати қаттиклашиши ва ингичкаланиши (субхондрал склероз), умуртқа ички қиррасида горизонтал ўсмалар – остеофитлар аниқланади.

Даволаш касалликнинг ўткир даврида ихтисослашган шифхонада ўтказилади. Беморларга ҳаракат чегараланилади, қаттиқ ўринга паст ёстикда ётиш, режаштирилган иш ва дам олиш тавсия этилади. Шунингдек, НЯҚВ, анальгетиклар, миорелаксантлар, дегидратацияловчи (лазикс) воситалар қўлланади. Ремиссия даврида даволовчи физкультура, физиотерапия ва илик сувда сузиш буюрилади. Айрим ҳолатларда умуртқа поғонасини махсус мослама ёрдамида чўзиш ҳам яхши самара беради. Агар диск чурраси ёки протузияси мавжуд бўлса, жарроҳлик йўли билан даволанилади.

Суякларнинг асептик некрози (остеохондропатия) – кам учрайдиган суяк-бўғим касаллиги бўлиб, узун ва калта суяклар эпифиз қисмининг босқичма-босқич некрозли шикастланиши билан кечади.

Бирламчи остеохондропатиялар болалик ва ўсмирлик даврда учрайди. Ушбу касалликни некрозланиш, фрагментланиш ва касаллик оқибати босқичлари тафовут қилинади. Унинг учун мавжуд чегараланган оғриқнинг аста-секин кучайиб бориши, ҳаракатда ва пайпаслаганда зўрайиш хос. Жароҳатланган соҳада чегараланган шиш ва ҳаракатнинг бузилиши кузатилади. Дам олгандан сўнг оғриқлар камаяди. Касаллик сурункали кечиб деформацияловчи остеоартрозга ўтади. Иккиламчи асептик некроз сон суяги бошчасида учрайди. Бу касаллик узок вақт юқори дозадаги ГКС билан даволанганда ва сон суяги бошчаси сингандан сўнг ривожланган остеоартрозда, Гоше касаллиги ҳамда гемоглабинопатияларда учрайди. Таъхислашда жароҳатланган соҳа рентгенографияси муҳим аҳамиятга эга.

Кам учрайдиган бўғим касалликлари

Полисиндром ревматизм бўғим ва бўғим олди тўқималарни кам учрайдиган яллиғланиш билан кечувчи касаллиги бўлиб, унга қисқа муддатли, тўлиқ орқага қайтувчи хуружлар билан кечиш хос. Айрим ҳолларда узок танаффуслар билан кузатиладиган хуружлар бўғимларда турғун эксудатив-пролифератив ўзгаришлар ривожлангунча 3-20 йил давом этиши мумкин. Вақт ўтиши билан бу гуруҳ беморларнинг 30% да РА ривожланади. Касаллик кўпроқ ўрта ва кекса ёшдаги эркакларда учрайди.

Артрит хуружлари аксарият ҳолларда куннинг иккинчи ярмида тўсатдан бошланиб, бир-икки соат ичида клиник белгилари тўлиқ намоён бўлади. Бир ёки иккита бўғимда турли даражадаги оғриқ, шиш, бўғим атрофидаги тери

кизариши, ҳаракат бир оз чегараланиши кузатилади. Кўпинча елка, кафт-билак, қўл панжасини майда, болдир товон, тизза ва жағ бўғимлари ҳамда умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланади. Бўғим синдроми билан бир вақтнинг ўзида периартикуляр ўзгаришлар (товонни, бармоқ ёстикчаларини, ахиллов пайи, елка олди соҳани ёйилувчи ва йиғилувчи юзаларида бир оз шиш ва оғриқ) кузатилади. Беморларнинг 1/3 қисмида шикастланган бўғим ёйилиш соҳасида бир неча соатдан 3-7 кун давомида майда тери ости тугунчалари аниқланиши мумкин. Бундан ташқари, шикастланган бўғим атрофидаги мушакларда Квинке шишига ўхшаш, лекин қичиш ва ачишишсиз қаттиқ шиш ўчоқлари пайдо бўлади. Хуруж вақтида тана ҳарорати кўтарилиши, эрталабки умумий ва тинч ҳолатдаги қарахлик хос эмас. Оғир ҳолатларда тана ҳарорати ва ЭЧТ бир оз кўтарилиши ҳамда лимфоцитлар миқдори (40-50%) ошиши кузатилади. Хуружлараро вақт бир неча кун ёки ой давом этиши мумкин ва бу вақтда бўғим синдроми бутунлай йўқолади. Иммун ва рентген текширишларда ҳамда синовиал суюқлик таҳлилида ўзгаришлар кузатилмайди. Ташхис касалликнинг ўзига хос “чақмоқ тезлигида” бошланиши, қисқа вақт давом этувчи хуруж, тизимли шикастланиш белгилари кузатилмаслиги, бўғим олди тўқималардаги қаттиқ шиш каби белгиларга асосланган ҳолда қўйилади. Айрим ҳолларда полиндромревматизми РА ва ревматик полиартритдан фарқлашда кийинчилик туғилади. Ушбу ҳолатда 7- жадвалда келтирилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда хулоса чиқарилади.

7- жадвал

Полиндромревматизм, ревматоид артрит ва ревматик полиартритни солиштирма ташхиси

Белгилар	Ревматик полиартрит	Полиндром ревматизм	Ревматоид артрит
Бошланиши	Ўткир	Ўта ўткир	Сурункали ва ўткир ости
Шикастланиш жойи ва уни симметриклиги	Йирик бўғимлар ва шикастланишни симметриклиги	Моно-кам ҳолларда олиго-артрит, симметрик эмас	Кўпинча қўл панжаси майда бўғимларини симметрик шикастланиши
Ҳар хуруж вақтида аввалги зарарланган бўғим шикастланиши	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Қайта ва даврий равишда рецидивлар	Рецидивлар жуда кам ҳолларда	Тез-тез ва даврий рецидивлар	Бўғимларда тез-тез, тўхтовсиз авж олиб боровчи жараён

Ўтказилган стрептококкли инфекция билан боғлиқлик	Хос	Хос эмас	Хос эмас
Оғрик интенсивлиги ва давомийлиги	Кучли, лекин тез ўтиб кетувчи оғриқлар	Кучли, лекин тез бартараф этиладиган	Интенсив, кучайиб борувчи, доимий, секинлик билан камаювчи
Эрталабки карахтлиқ	Хос эмас	Хос эмас	Ўта хос
Маҳаллий яллиғланиш (шикастланган бўғим соҳасида)	Хос, лекин тез ўтиб кетади	Яққол намоён бўлган, лекин тез ўтиб кетади	Тургун, яққол намоён бўлган, авжланувчи
Бўғимлар деформацияси	Ривожланмайди	Ривожланмайди	Ривожланади
Тери ости тугунчалари	Камдан-кам ҳолларда учрайди, 1-2 ойдан кейин ўтиб кетади	Хос, лекин бир неча кундан кейин йўқолади	Бўғимдан ташқари хос белгилар, узок вақт сақланади
Яллиғланиш жараёнини фалокли даражаси кўрсаткичи	Ўткир даврида яққол намоён бўлади	Хос эмас	Яққол намоён бўлган ва тургун
Қон зардобиди ва синовиал суюқлик таркибиди ревматоид омил	Аникланмайди	Аникланмайди	70-90% ҳолларда аникланади
Вицерал шикастланишлар	Кардит ва юрак нуксони шаклланиши	Хос эмас	Юрак, ўпка ва буйрак шикастланиши мумкин
Шикастланган бўғимдаги рентгенологик ўзгариш	Йўқ	Йўқ	Босқичларидан келиб чиққан ҳолда остеопароз, бўғим тиркишини торайиши, нақшланиш, анкилоз
Ностероид яллиғланишга қарши воситалар таъсири	Яққол намоён бўлган, тез ва самарали	Яққол намоён бўлган	Мусбат, лекин яққол намоён бўлмаган ёки кам самарали

Интермиттирловчи гидроартроз

Интермиттирловчи гидроартроз бошқача айтганда, кўчиб юривчи бўғим “водянкаси”да вақти-вақти билан йирик бўғимларнинг бирида (кўпроқ тизза бўғимида) оғриқсиз суюқлик йиғилиши кузатилади. Этиологияси ноаниқ, оилавий мойиллик, жароҳат, шамоллаш, эндокрин ўзгаришлар бўлиши мумкин. Аксарият ҳолларда 20-40 ёшдаги аёлларда учрайди. Қисқа вақт (12-24 соат) ичида шикастланган бўғимда кўп миқдорда суюқлик тўпланади. Бу бўғим шишиши, хажми ўзгариши, шарсимон шаклни эгаллаши ва ҳаракат чегараланишига олиб келади. Ҳаракатда бир оз оғриқ ёки дискомфорт кузатилади. Умумий, бўғим ва бўғим олди тўқималарида яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Қисқа вақт ичида бўғим бўшлиғидаги суюқлик мустақил равишда ўзи сўрилиб кетади. Кўпинча жараён бир томонлама тизза бўғимини моноартрити кўринишида кечади. Лекин иккинчи тизза бўғими, айрим ҳолларда эса сон-тоз, тирсак, кафт-билак, болдир-товон бўғимлари ҳам шикастланиши мумкин. Интермиттирловчи гидроартроз хуружлари ҳар бир беморда алоҳида бир хил ораликда (ўртача 1-3 ҳафтада) аввал шикастланган бўғимда (айрим ҳолларда бошқа бўғимда) қайталаниб туради. Аёлларда хуруж менструация даври билан мос равишда ривожланади. Хуружлар беморни бутун умри давомида қайталаб туриши мумкин, лекин айрим ҳолларда тахминан 20 йилдан кейин ўз-ўзидан тўхтайдди. Беморнинг умумий аҳволи ва лаборатор (УҚТ, биокимёвий ва синовиал суюқлик) текширишларда патологик ўзгаришлар кузатилмайди. Шикастланган бўғим хуруж вақтида рентгенда текширилганда, суюқлик ҳисобига бўғим тиркиши кенгайганлиги, бўғим олди тўқимаси соясини кучайганлиги аниқланади. Ремиссия даврида эса ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди.

Этиологияси ноаниқ бўлганлиги сабабли даволашда бир оз муаммо туғилади. Профилактик даво сифатида хинолин унумлари, иммунодепрессантлар, синовэктомия, рентген нурлари билан даволаш усуллари қўлланади, лекин бу муолажалар ҳар бир беморда турлича самара беради.

Мультицентрик ретикулогистоцитоз

Мультицентрик ретикулогистоцитоз тизимли касаллик бўлиб, турли аъзо ва тўқималарни (тери, шиллик қават, суяк тўқимаси, лимфа тугунлари, мушаклар, хиқилдок, эндокард, перикард, плевра варақлари, ўпка ва бошқалар) кўп ядроли гигант хужайра ва таркибида липидлар мавжуд бўлган гистоцитлар билан инфилтрацияланиши хосдир. Кўпинча 40-50 ёшдаги аёлларда учрайди. Касаллик сурункали полиартритдан бошланиб, 3 йилдан кейин унга теридаги тугунчалар қўшилади. Унинг клиник белгилари амалиётда кўп учрайдиган РА ва псориастик артритларга ўхшаб кетганлиги сабабли унга ҳам тўхталиб ўтишга қарор қилдик.

Мультицентрик ретикулогистоцитозда кўпинча биринчи навбатда, кўл панжаларини проксимал ва дистал фалангалараро бўғимлари, кейинчалик эса аста-секин тизза, елка, кафт-билак, сон-тоз, болдир-товон, оёқ кафти бармоқлари, тирсак ва умуртқалараро бўғимлар шикастланади. Шикастланган бўғим шишган, ҳаракатда оғриқли, тери қоплами кизарган, ушлаб кўрганда иссиқ. Макрофаглардан кўп миқдорда протеолитик ферментлар ишлаб чиқарилиши ҳисобига шикастланган бўғимларда деструктив ўзгаришлар кузатилиши мумкин ва оқибатда аста-секин бўғимлар деформацияси ривожланади. Терининг шикастланиши юз териси, бошнинг сочли соҳаси, кулоқ ва кўл панжаларининг ташқи қисми асосан тирноқ атрофида думалок, қизғиш-жигарранг ёки сарғиш рангдаги, диаметри 1-2 мм дан 2 см гача бўлган, якка – якка ёки гуруҳли жойлашган тугунчалар билан намоён бўлади. Бундан ташқари, қовоқларда ксантелазмалар (сарик липидли доғлар) ва думғаза, сон ва тирсак бўғимининг ёйилиш соҳасида сарик-пушти рангдаги ксантомалар (липид сакловчи папула) пайдо бўлиши мумкин. Иситмалаш, ҳолсизлик ва тана вазнининг камайиши каби умумий белгилар ҳамма беморларда ҳам кузатилмайди. 18-30% беморларда ёмон сифатли ўсма аниқланади. Айрим беморларда миозит, плеврит, перикардит ва ошқозон яраси аниқланади. 10-15% беморларда аутоиммун касалликлар (инсулинга боғлиқ ҚД, гипотиреоз, бирламчи билиар жигар циррози, буйрак усти беши пўстлоқ қисмининг сурункали бирламчи етишмовчилиги) ривожланиши мумкин. Лаборатор текширишда қон таркибида ҳолестерин, γ-глобулинлар, серомукоидлар, фибрин миқдори ва ЭЧТ ошиши, анемия белгилари қайд этилади. Ренгенографияда бўғим чеккасидан маълум бир узокликда жойлашган тез ривожланувчи деструкция (“штапланиш”), эрозия аниқланади. Ушбу ўзгаришлар бўғим олди остеопорози билан кечмаслиги мультицентрик ретикулогистоцитозни РАдан фарқлашга ёрдам беради.

Мультицентрик ретикулогистоцитозни катта дозаларда ГКС (қунига 30-40 мг преднизолон) билан даволаш яхши самара беради. Лекин дори қабул қилишни тўхтатиш билан касалликнинг барча белгилари яна пайдо бўлади. Шу сабабли преднизолонни ушлаб турувчи дозада узок вақт (бутун умр давомида) ичиб юриш тавсия этилади. Бундан ташқари, иммунодепрессантларни (лейкеран, азатиоприн ва бошқалар) одатий терапевтик дозаларда қўллаш маълум бир терапевтик самарага эришишга ёрдам беради.

Синовиал хондроматоз

Синовиал хондроматоз бўғим ичида ва синовиал пардада тарик донидан ловия катталигигача бўлган думалок тоғайли таначалар пайдо бўлиши билан кечадиган касалликдир. Аксарият ҳолларда 29-40 ёшлардаги эркакларда учрайди. Кўпинча тизза бўғимлари моноартрит кўринишида шикастланади. Айрим ҳолларда жараён сон-чаноқ, тирсак ва елка бўғимларига тарқалиши

мумкин. Касалликнинг асосий клиник белгиси шикастланган бўғимда оғриқ, шиш ва ҳаракат чегараланиши, бўғим ёриғида тоғайли таначалар (“бўғим ичи сичкончаси”) кириб қолса, бўғим «блокада»си юзага келади ва бўғимда “тикилиб” қолиш кузатилади. Синовиал хондроматозда бўғим юзасидаги тоғай шикастланади, ҳар-ҳар жойда унинг таркиби ўзгаради, чуқур ёриклар ҳосил бўлади

Ташхис артроскопия ва биопсия натижалари асосида қўйилади. Бу текширишлар ихтисослашган бўлимларда ўтказилади. Синовиал хондроматозда синовэктомия радикал даволаш усули ҳисобланади. Лекин бу чора касаллик қайталанмаслигига кафолат бермайди.

Титце синдроми

Титце синдроми - қовурға тоғайи шикастланиши бўлиб, унда ўсма хусусиятига эга бўлмаган ўсмасимон ҳосиланинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Беморларнинг 60% да II қовурға, 30% да III-IV, 10% да эса I, V, VI қовурғалар шикастланади. Шикастланган соҳада ҳаракатда, йўталганда ва аксирганда кучаювчи ўткир ёки аста-секин зўрайиб боровуви оғриқ ва шиш кузатилади. Оғриқ ва шиш бир неча ҳафта ёки ой давом этиши мумкин. Рентген ёрдамида текширганда, шикастланган томонда оҳакланиш жараёни яққол намоён бўлгани аниқланади. Қовурға йўғонроқ кўринади.

Скелетнинг идиопатик диффуз гиперостози

Скелетнинг идиопатик диффуз гиперостози - умуртқа поғонасида ва периферик скелетда пай ва боғламлар бириккан жойларни кўплаб оссификацияси билан кечади. Унинг асосий таркибий қисми умуртқа поғонасини шикастланиши - умуртқани анкилозловчи гиперостози ёки Форестье касаллиги ҳисобланади.

Касаллик ёши 40-45 дан ошган эркаклар орасида кўпроқ учрайди. Беморлар тинч ҳолатдан кейин, совуқ ҳавода, эрталаб ва кечқурун кучаювчи умуртқа поғонасининг турли соҳаларидаги оғриқ ва қарахтликдан шикоят қиладилар. Умуртқа поғонанинг пастки қисми қалинлашган, оссификацияланган, олдинги кўндаланг боғламлари ҳисобига торайган, қизилўнғачдан овқат ўтиши қийинлашиши, орқа миядан чиққан толаларнинг умуртқа поғонани қалинлашган, оссификацияланган орқа кўндаланг боғламлари босиб қўйиши сабабли тетрапарез билан кечувчи бўйин миелопатияси ривожланади. Умуртқалараро бўғим капсуласи, орқа кўндаланг ёки сарик боғлам оссификацияси ҳисобига бел умуртқаси каналининг стенози оёқларда сезиш ва ҳаракат бузилиши билан кечади. Объектив кўриқда умуртқа поғонаси пальпацияланганда оғриқли. Айрим ҳолларда ўрта ва катта бўғимларда (сон-чанок, елка, тизза, тирсак ва

бошқалар) ҳаракат чегараланиши кузатилади. Рентген текширишда, умуртқа поғонасининг камида тўртта кетма-кет жойлашган сегменти олдинги кўндаланг боғламлари оссификацияси ва сакроилит белгилари аниқланади. Аммо шу соҳада остеохондроз белгилари аниқланмайди.

Ревматик бўлмаган касалликлар билан боғлиқ артропатиялар

Ушбу касалликларда бўғим синдроми иккиламчи бўлиб, асосий хусусиятлари куйидагилардан иборат:

- турли даражада ифодаланиши (полиартралгиялардан то сурункали ревматоид артритгача);
- кўпинча бўғимларнинг ассиметрик шикастланиши;
- суяклар анкилози, эрозияси, бўғим ёриғи торайишининг кам учраши;
- бўғим синдромининг асосий касаллик белгилари билан бирга кечиши.

Аллергик артропатиялар – организмнинг қандайдир аллергенларга қарши ўтиб кетувчи ўткир ёки ўткир ости кечувчи артритлар ёки полиартралгия кўринишидаги жавоб реакцияси бўлиб, барча клиник белгилари изсиз йўқолиши билан характерланади. Улар алиментар аллергияларда, дориларни кўтара олмаслик ва зардоб касалликларида учрайди. Бўғим синдроми теридаги ўзгаришлар, иситмалаш, Квинке шиши, бронхоспастик синдром билан бирга кечиши мумкин. Касалликнинг клиник белгилари аллерген (кўпинча қайта) юборилгандан кейин бир неча дақиқа ёки 7-10 кундан сўнг пайдо бўлади. Кўпинча бир ёки бир неча йирик бўғимда оғрик, ҳаракат чегараланиши, бўғим бўшлиғида суюқлик тўпланиши, тана ҳарорати кўтарилиши кузатилади. Қонда лейкоцитоз ва эозинофилия, ЭЧТ, серомукоидлар, сиал кислотаси, гаптоглобулин, фибриноген, γ - глобулин миқдори ошиши аниқланади.

Даволашда юборилган воситанинг антигенлик таъсирини камайтириш керак. Агар антиген тери остига ёки мушак орасига юборилган бўлса, инъекция соҳаси 0,5 мл адрсалин билан сангчилик чиқилади. Антигистамин воситаларни (димедрол 1%- 5 мл м/о, 1-2 мл. 2% супрастин эритмаси в/и ёки м/о кунига 2-3 марта, оғир ҳолларда 40 мг преднизолон) парентерал йўл билан юборилади.

Дорилар таъсирида кузатиладиган артропатиялар. Ушбу гуруҳдаги артропатияларга айрим дори воситалари таъсирида бўғимларда кузатиладиган ўзгаришлар киради. Панкреатин, ветогепат, сирепар, рибоксин, сийдик хайдовчи воситалар (гипотиазид, урегит, фуросемид) таъсирида пурин синтези назоратининг турли босқичларда бузилиши ёки уратлар экскрецияси издан чиқиши сабабли, қонда сийдик кислотаси миқдори ошиши подагра касаллиги ривожланишига ёки мавжуд касаллик кўзишига сабаб бўлади. Глюкоза, цитостатиклар, В₁₂ витамини, радиоактив фосфор препаратлари пуринли нуклеотидлар парчаланишини фаоллаштириб, урат тузлари ҳосил бўлишини кўпайтиради. Спиртли ичимликлар сийдик кислотаси синтезини кучайтириб, уни экскрециясини секинлаштиради.

Цитратли кон куйиш ва тиреоидли препаратлар қабул қилиш бўғим олди тўқималарига калций пирофасфат тузлари ўтириб қолишига ва пирофосфатли артропатия ривожланишига олиб келади. Гидроксипатитли артропатия ривожланишига Д витамини, гемодиализ муолажасини ҳар куни юқори дозадаги (қунига 500-100 мг) аскорбин кислотаси билан бирга қўллаш сабаб бўлади. Микрокристалли артрит бўғим ичига ГКС препаратларини (гидрокортизон суспензияси) юборганда ривожланади. Бундан ташқари, бўғим ичига қайта-қайта дори юбориш йирингли артритга, бўғим бошчасини асептик некрозига, бўғим боғламларининг бўшашиб қолиши ёки ўз-ўзидан узилиб кетишига олиб келади.

Олтин препаратлари билан даволаш, румалон, темир ҳамда антитиреоидли (мерказолил, пропилтиоурацил) препаратларни нотўғри тавсия этганда касаллик авжланишига, охирига иккита гуруҳ воситалари РА нинг ривожланишига сабаб бўлади.

Сурункали касалликларни даволашда айрим дори воситаларини (гидролазин, прокаинамид, изониазид, Д-пеницилламид, гармонал контрацептивлар, вакциналар) узоқ қабул қилиш дорили волчанка синдромини чақиради. У кўпроқ кекса ёшдаги эркакларда учраши, камдан-кам ҳолларда лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, стоматит, миопатия, артропатия, гломерулонефрит билан бирга кечиши сабабли идиопатик ТҚВ дан фарқ қилади.

ГКС ва НЯҚВни кескин тўхтатиб қўйиш полиартралгия ёки касаллик авжланиши, фаол яллиғланиш, лаборатор кўрсаткичлар ошиши билан намоён бўлади. Айни вақтда дориларни тўхтатиш синдромини узоқ вақт ГКС ни қабул қилиш асосида ривожланган полиартралгиялар билан кечувчи стероидли псевдо ревматизмдан фарқлаш лозим. Бу ҳолатда аксинча дори миқдорини камайтириш оғрик синдроми пасайишига олиб келади. Шунингдек, бевосита ва билвосита антикоагулянтларни нотўғри қабул қилиш кўпинча елка ва тизза бўғимини бир томонлама гемартрозига сабаб бўлади.

Барбитуратлар ва силга қарши дори воситаларини қўллаганда “елка-қўл” (елка бўғимида кучли оғрик, қўлда дистрофик ўзгаришлар, кафт-фаланга, проксимал фалангаларо бўғимларда контрактура) синдроми кузатилади. Сурункали гемодиализда бўғимларда амилоид ўтириб қолиши сабабли йирик ва майда бўғимлар шиши, елка ва сон чанок бўғимларида ҳаракат чегараланиши, теносиновит, азотемик эрозив артропатия, йирик ва периферик майда бўғимлар ҳамда умуртқа поғонасида дегенератив ўзгаришлар ривожланади.

Юқоридагилардан кўринадики, УАВ беморларга дори воситаларини тавсия этаётганда, унинг миқдорини тўғри танлаши, узоқ вақт қабул қилинадиган препаратларни ноҳўя таъсирдан келиб чиққан ҳолда уларни назорат қилиб бориши лозим.

Сурункали актив гепатит. Гепатитда проксимал фалангаларо бўғимларнинг шикастланиши хос бўлиб, оғрик тўсатдан бошланади ва

эрталабки қотиб қолиш, кучли ифодаланган аутоиммун ўзгаришлар ва жигардан ташқари белгилар билан бирга кечади. Касаллик клиникасида гепатит белгилари ва жигарнинг функционал ҳолати ўзгаришлари устунлик қилади. Одатда ушбу беморларда бўғим синдроми изсиз ўтиб кетади.

Саркоидоз - (Бенье-Бека-Шауман касаллиги-“яхши сифатли лимфогранулематоз”) тизимли гранулематозли касаллик бўлиб, аксарият ҳолларда икки томонлама медиастинал тугунларни катталашиси, ўпка тўқимасида инфильтратлар пайдо бўлиши, тери, кўз, бўғим симптомлари ва бошқа ички аъзолар шикастланиш белгилари билан намоён бўлади. Касаллик кўпинча 20-40 ёшлардаги аёллар орасида учраб ўткир ёки сурункали кечади. Саркоидозни ўткир турида (Лефгрэн синдроми) иситмалаш, тугунчали эритема, кўкс оралиги лимфа тугунлари катталашиси ҳамда кўпинча тизза ва болдиртовон бўғимлари артрити кузатилади. Периартикуляр тўқима шиши хисобига бўғимлар шиши, тери қопламани қизариши, палпацияда оғриқ аниқланади. Камдан-кам ҳолларда бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилади. Жараён лейкопения, эозинофилия, анемия, ЭЧТни ошиши билан бирга кечади. Агар беморда 1-6 ой ичида тўлик тузалиш кузатилмаса, касаллик сурункали турига ўтган деб ҳисобланади. Сурункали саркоидозда аста-секин клиник белгиларсиз катор аъзо ва тизимлар шикастланади. Жараёнга кўз (гранулематозли увеит, иридоциклит, ретинит) ва тери қўшилади. Жигарранг-қизғиш рангдаги папула, саркоидли тугунчалар тананинг турли соҳаларида жойлашиб, ўзидан чуқур чандиклар қолдиради. Айрим ҳолларда бармоқлар, фалангаларда аниқланган тугунчалар рептен текширишида думалоқ кистасимон дефект (суяк саркоидози) кўринишига эга бўлади. Шундай “соков” кисталар скелетни турли соҳалари, бош суяклари ва умуртқа поғонасида жойлашиши мумкин. Жараён бармоқлар ва кафтнинг майда бўғимларида икки томонлама симметрик кечиши ва ревматоид омил аниқланиши иммун тизимда ўзгариш кетаётганлигидан далолат беради. Ушбу ўзгаришлар саркоидозга хос белгилар билан бирга кечиши уни РА дан фарқлашга ёрдам беради. Айрим ҳолларда саркоидли моноартрит кузатилиши мумкин. Саркоидознинг сурункали турларида синовил қобикда специфик гранулема аниқланади.

Таъхис клиник белгилар, ўпка тўқимасидан (трансбронхиал йўл билан) ёки шикастланган аъзодаги тугунчалардан олинган биопсия, Квейма синамаси натижаларига асосланилади.

Даволаш. Касаллик ўткир кечганда, салицилатлар тавсия этишнинг ўзи жараённи спонтан орқага қайтариш учун етарли бўлади. Сурункали, аммо юқори фаоллик билан кечганда ГКС етарли миқдорда (қунига 40-60 мг ва ундан кўп) буюрилади ва 5-6 ой давомида аста-секин дозаси камайтириб борилади. Суяк деструкцияси билан кечадиган саркоидозни даволаш яхши самара бермайди. Бундай ҳолларда хинолин унумлари тавсия этилади.

Ўпка касалликларида артропатиялар. Гипертрофик ўпкали остеоартропатия (Мари-Бамбергер касаллиги) - бармоқларни барабан таёқчалари кўринишидаги дефигурацияси, асосан узун найсимон суякларни

гипертрофик переостити, артралгия ёки артрит (бўғим ичига суюклик йиғилиши) кўринишида кечувчи таянч-ҳаракат тизими шикастланиши ҳисобланади. Ушбу жараённинг симптоматикаси бронхоген ўпка ракиннинг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Лимфагранулематоз ёки саркомани кўкс оралигига метастазланиши, плевра варақлари, ошқозон-ичак тизими ўсмалари, ўпкадаги сурункали йирингли яллиғланишли жараёнлар, туғма “кўк” юрак нуқсонлари, инфекциян эндокардит, жигар циррози, НЯК ва бошқа айрим сурункали касалликлар гипертрофик остеоартропатияга олиб келувчи сабаблардан бири бўлиши мумкин.

Гипертрофик остеоартропатия ўпканинг сурункали йирингли касалликларида аста-секин кўп йиллар давомида ривожланса, ўсмали жараёнларда тез авжланиб бўғим синдроми устунлиги билан намоён бўлади. Бўғим синдроми ёмон сифатли ўсма аникланишидан анча олдин юзага келади. Бармоқларни дистал фалангаларини барабан таёқчаларига ўхшаш, тирноқларни соат ойнасисимон ўзгариши суяқларни шикастланиши билан кечади. Бўғимлар (кўпинча тизза, болдир-товон, тирсак, қафт-билак) симметрик шикастланади аста-секин ривожланади. Шикастланган бўғим соҳасида оғрик ва шиш, ҳаракатнинг чегараланиши ҳамда маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Айрим беморларда фалангаларо бўғимлар шикастланиши ва бир неча соат давом этувчи эрталабки қарахтлик кузатилиши мумкин.

Ўпка чўккиси ўсмаси (Панкост ўсмаси) шикастланган томондаги елка бўғимида (капсуласи фиброзланиши ҳисобига) доимий, кечалари кучаювчи симилловчи оғрик билан кечади. Кейинчалик фаол ва фаол бўлмаган ҳаракатлар (айниқса, қўлни ёйиш) кескин чегараланади (елка-курак бўғими периартрити белгилари). Умумий белгилардан бармоқлар ва оёкнинг кўп терлаши, рангпарлик, қуйилиш (бирдан кизиб кетиш) ҳисси, гинекомастия ривожланишига мойиллик аникланади. Синовиал суюклик кўпинча тиниқ, ёпишқоқлиги меъёрида, 1 мл да 1.000 тадан кўп хужайра (мононуклеар хужайралар устунлиги билан) аникланади. Унинг таркибида ва қон зардобиди РО ва бўғимларда эрозиялар аникланмайди. Бўғим синдроми ацетилсалицил кислотаси, индометацин ва бошқа гармонал бўлмаган препаратлар билан даволаш яхши самара беради. Ўсма ва сурункали йирингли жараёнларни радикал даволашдан кейин бир неча ой ичида гипертрофик остеоартропатия белгиларини тез регрессияси кузатилиши мумкин.

Айрим пневмокиоиз билан оғриган беморларда касалликка хос умумий белгилар (йўтал, ҳансираш, ўпка-юрак етишмовчилиги) билан бир қаторда, ўпка рентгенографиясида асосан унинг перифериясида аник чегарага эга бўлган думалок 1 см ва ундан катта бўлган сояланишлар аникланади. Айрим ҳолларда ўпка чўккисида тарқок майда ўчоқлар ва бўшлиқлар қайд этилади. Тугунчалар гистологик текширилганда, ревматоид гранулемага ўхшаш бўлганлиги сабабли ревматоидли пневмакиоиз деб аталади. Ушбу

беморларнинг 2/3 қисмида РА хос бўғимлардаги ўзгаришлар кузатилади (Каплан синдроми), кон зардобиди РО аниқланади.

Кон тизими касалликларидаги артропатиялар

Ўткир ёки сурункали лейкозда суяк-бўғим синдроми касалликнинг эрта белгиларидан бири бўлиб, оссалгия ҳамда артрит (синовит) кўринишида кечиши мумкин.

Ўткир лейкозда йирик бўғимларда ревматизга ўхшаб кўчиб юривчи симметрик артрит белгилари кузатилади. Сурункали лейкозда эса бўғим ва суякларни шикастланиши яққол намоён бўлган қондаги ўзгаришлар асосида касалликнинг эрта босқичларида аниқланади. Бўғим синдроми иситмалаш, айрим ҳолларда терида тугунчалар (лейкемик инфильтрат) ҳосил бўлиши, ЭЧТ ошиши, гиперурикемия билан бирга кечади. Синовиал суюқликда нейтрофилли лейкоцитоз, синовиал тўқима бласт ҳужайралар билан инфильтрацияланганлиги аниқланади. Шикастланган бўғим рентгенда текширилганда, бўғим олди остеопарози, кам ҳолларда остеолитик дефект ва перестал реакция кузатилади.

Лимфогранулематоз суяк тўқимасининг белгиларсиз шикастланиши билан кечади. Айрим беморларда синовиал қобикнинг лимфоид инфильтрацияланиши лимфопрлифератив касаллик бошланаётганлигидан дарак берувчи эрта ва ягона белги бўлиши мумкин. Ревматик ёки РАга ўхшаш моно ҳамда полиартрит кузатилади. Синовиал биоптатдаги ўзгариш РАдан унча фарқ қилмайди. Рентген текширишда кўпинча қўл ва оёқлар суягини проксимал қисмлари диффуз остеопарози, айрим ҳолларда патологик синиш кузатилади. Ташхис қўйишда лимфа тугунларидан олинган биоптатда Березов-Штеренберг ҳужайраларини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Даволашда кимётерапия ва нур билан даволаш усуллари ҳамда гармонал бўлмаган оғриксизлантирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар қўлланилади.

Миелом касаллиги узоқ вақт давомида турли кўринишда кечиши мумкин. Касаллик анъанавий кечганда, суякларда оғриқ ва тўсатдан синиш кузатилади. Тоз, чанок, тўш соҳасида, катта найсимон суяклар диафизиди, когурғаларда кучли азоб берувчи оғриқлар билан намоён бўлиши мумкин. Айрим беморларда бруцеллезга ўхшаш иситмалаш, РАни псевдосептик туридаги каби қуйилиб келувчи терлаш, артралгия ва тана вазнини йўқотиш, лейкопения ва ретикулоцитлар микдорини камайиши билан кечувчи анемия синдроми касалликнинг илк белгиси ҳисобланади. УАВ учун тарқалган миеломани бошқа ревматик касалликлардан фарқлаш қийинчилик туғдиради. Айрим ҳолларда РА (ТҚЮ) миелом касаллиги билан бирга келиши мумкинлигини унутмаслик лозим. Тарқалган миелома марказлашган амилоидоз (параамилоидоз) билан бирга кечиши мумкин. Амилоидни синовиал қобикқа, периартикуляр тўқималарга ва мушакларга ўтириб қолиши бўғимлар дефигурациясига ва оғришига олиб келади. Бемор қонида гиперпротеинемия (глобулинлар ҳисобига), гомоген аномал протеинларни пайдо бўлиши, сийдик чўкмасида Бенс-Жонс оксилени

аникланиши ташхис кўйишда муҳим аҳамиятга эга. Рентген ўзгаришлар суяк кўмигидаги миеломатоз жараёни (ўчоқли ёки диффуз) даражасига боғлиқ. Аксарият ҳолларда суякларда бир неча миллиметрдан 2-3 см катталигидаги аниқ чегарага эга бўлган думалок ёки овал шаклидаги дефектлар ҳамда “тешик бош суяги” симптоми аникланади. Диффуз турида рентген текшириш етарли маълумот бермайди ёки тизимли остеопароз белгилари кузатилиши мумкин. Даволашда цитостатиклар, ГКС, анаболик стероидлар ва нур қўлланилади. Зарурият бўлганда, ортопедик, жарроҳлик усуллари ва даволаш физкультураси тавсия этилади.

Гемофилия конни ивиш тизими бузилиши билан кечадиган оилавий наслий касаллик бўлиб, бўғим синдроми 80-90% беморларда синовиал қобикқа кон қуйилиши ва уни бўғим бўшлиғига ёрилиши (гемартрозлар) натижасида яллиғланиш жараёни, суюқлик тўпланиши, синовиал сўргичлар гипертрофияси, хужайралар гиперплазияси, касалликнинг кечки босқичларида эса синовиал қобик фибрози, тоғай тўқимаси дегенерацияси, яққол намоён бўлган деформацияловчи остеоартроз, суяк тўқимасига кон қуйилиши туфайли субхондрал соҳада кисталар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Бўғим атрофидаги мушакларга кон қуйилиши уларни атрофиясига (оссификацияси) ва бўғим турғунлигини бузилишига олиб келади. Қайта кон қуйилиш жараёни болаликнинг эрта даврларида (1-5 ёш) кўп кузатилиб, кейинчалик камаяди. Аксарият ҳолларда тизза, болдир-товон, тирсак шикастланади. Касалликнинг кечки босқичларида иккиламчи деформацияловчи остеоартроз ҳисобига яққол намоён бўлган турғун деформация кузатилади.

Рентген текширишда суяк эпифизидаги бўғим юзаси калинлашади, ҳар хил жойларда чуқур думалок дефектлар, айрим ҳолларда эса асептик остеонекроз аникланади. Ушбу касалликда тизза бўғими шикастланиши ўзига хос кўринишга эга. Рентген текширишда сон суягини мишелкалар (межмышелковой ямки) оралиғи суяк қаватининг симметрик ёмирилиши ҳисобига ликопчасимон ёки тоғорасимон шаклга эга эканлиги қайд этилади. Даволаш асосий касаллик фаоллигини камайтиришга қаратилган. Беморларга жароҳатланишдан сақланиш тавсия этилади. Гемартроз ривожланганда, бўғим бўшлиғидаги суюқликни олиб ташлаб вақтинчалик имобилизацияланади, баъзи бўғимлар ичига ГКС юборилади. Бўғимда шиш ва оғрик йўқолгандан кейин даволаш физкультураси билан шугулланиш буюрилади.

Ўроқсимон хужайрали анемия билан оғриган беморларда криз вақтида синовиал тўқимадаги майда кон томирлар тромбози, бўғим бўшлиғига кон қуйилиши, субхондрал соҳадаги суяк инфаркти ҳисобига артралгия ва артритлар кузатилади. Жараён сон-чанок ва елка бўғимларида жойлашганда сон ёки елка суяги бошчасини аваскуляр некрози клиник ва рентгенологик белгиларига ўхшайди. Умуртқа поғонаси шикастланганда, маҳаллий оғрик, ҳаракатни чегараланиши, остеопороз, умуртқалар танаси ни пучайиб қолиши (“балиқ умуртқаси”) аникланади. Аксарият беморлар бўйи баланд,

озгин, қоматнинг чўзилганлиги, умуртка поғонасининг қийшайиши, бош суяги баланд гумбазсимон (башенний), тишлари ўзгарган, кўриш қобилияти ўзгарган инфантил бўлади. Қон таҳлилида ўроксимон эритроцитлар (ҳар доим ҳам эмас), уларнинг базофилли пунктацияси, ретикулоцитлар микдорининг ошиши кузатилади. Ушбу касалликда бўғим синдроми симптоматик (НЯҚВ) даволанади.

Эндокрин артропатиялар

Акромегалияда артропатия бўғим ҳаракатида ўзига хос крипитация кузатиладиган яққол намоён бўлган деформацияловчи остеоартроз билан намоён бўлади. Елка, тирсак, бўғимлари атрофидаги тўқиманинг қалинлашиши, бўғим усти косачаси халтасининг катталашishi гидроартрозга (бўғим ичида суюқлик бордек кўринади) ўхшайди. Бармоқлар деформацияланиб, “барабан таёкчалари” кўринишини олади, товоп катталашади, унда шпоралар пайдо бўлади, оёқ ва қўлдаги майда суякларнинг ўсиб кетиши кузатилади. Айрим беморларда РАга ўхшаб эрталабги қарахтлик, бўғимларда оғрик, ЭЧТнинг бир оз ошиши аниқланади. Даволашда НЯҚВ қўлланилади (ГКС самара бермайди).

Микседемада бўғим синдроми артропатия ва миопатия кўринишида кечади. Артропатияда бўғимларда бир оз оғрик, атроф тўқималарнинг шиши, айрим ҳолларда эса бўғим бўшлиғида трансудат йиғилиши кузатилади. Аксарият беморлар синовиал суюқлиги таркибида кальций пирофосфат ёки урат тузлари кристаллари аниқланади. Кўпинча тизза, болдир-товоп ва қўлнинг майда бўғимлари шикастланади. Айрим беморларда гипертрофик остеоартропатия кузатилиб, бармоқлар “барабан таёкчалари” кўринишини олади. Миопатия мушакларда яққол намоён бўлган ҳолсизлик, баъзан мушаклар гипертрофияси кўринишида намоён бўлади.

Аутоиммун Хашимот тиреоидити кўпинча 40-50 ёшлардаги аёлларда учрайди. Ушбу касаллик РА, ТҚВ, Шегрен синдроми, гемолитик анемия каби аутоиммун касалликлар билан бирга келиши мумкин. Касаллик қалқонсимон безнинг бир оз катталашishi ва тиреотоксикоз белгилари билан бошланади. Кейинчалик эса қалқонсион без анча катталашади, қаттиқлашади ва уни гипофункцияси ривожланади, таянч – бўғим тизими томонидан эса юқорида санаб ўтилган касалликларга хос ўзгаришлар кузатилади. Қонда гипергаммаглобулинемия, ЭЧТ ошиши, тиреоглобулинларга қарши антителалар, ревматоид омил, антинуклеар антитела, Вассерман синамасини мусбатлиги аниқланади. Даволашда тиреоидин ва ГКС қўлланади.

Гиперпаратиреоз асосан қалқонсимон без олди беши аденomasида кузатилиб, уни фаолияти ошиши ва таянч-ҳаракат тизимида остеоидистрофия (Энгел-Реклингхаузен касаллиги) ривожланиши билан кечади. Ушбу касалликда суякларни лакунар сўрилиши, кейинчалик фиброз тўқима ўсиши, кисталар ҳосил бўлиши ва бошқа морфологик ўзгаришлар кузатилади. Аксарият ҳолларда ёш аёллар касалланади. Қалқонсимон

без олди беzi фаолияти ошиши организмда темир, кальций ва фосфор алмашинувини бузилишига олиб келади. Яққол намоён бўлган даврида қонда гиперкальциемия, гипофосфатемия ва айни вақтда гиперкальциурия ҳамда гиперфосфатурия кузатилади. Ушбу тузлар асосан буйраклар ва қисман ошқозон-ичак тизими орқали чиқиб кетганлиги сабабли беморларда нефролитез, нефросклероз, ўт тош касаллиги ривожланади. Уларни асосан проксимал мушакларда ҳолсизлик, суякларда оғриқ, тез чарчаш, тахикардия, чанқаш, полиурия, метрологик ўзгаришларга боғлиқ бўлган артралгиялар безовта қилади. Оғриқ найсимон суяклар диафизиди, тоз суяклариди, умуртқа поғонасида жойлашади. Аста-секин суякларнинг қийшайиши, патологик синиши кузатилади. Бўғимлар капсуласи ва боғламлари шикастланиши сабабли авж олиб боровчи кескин ҳолсизлик беморни тушакка боғлаб қўяди. Касаллик авжланишига хомиладорлик, туғиш, лактация даври сабаб бўлади. Беморларда хондрокальциноз, кальцийли псевдоподагра хуружлари ҳамда гиперурекемия ва подагрик хуруж кузатилиши мумкин. Касалликнинг эрта босқичларида рентген текширишда тизимли остеопароз, тирнок фалангаларини пўстлоқ қавати ингичкаланиши, ўрта фалангаларда, сон суягининг проксимал қисми, ўмров суягини пастки қисми, думғаза-ёнбош бирикмаларида субпереостал эрозиялар аниқланади. Кейинчалик найсимон суяклар, асосан оғирлик тушадиган тоз, сон, болдир суяклари қийшайиши, умуртқа поғонаси ёйларининг кучайиши, суякларда кистали ўзгаришлар, айрим ҳолларда уларнинг кистали шиши ривожланади.

Қалқонсимон без олди беzi ўсмасини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш бутунлай тузалишга олиб келади.

Қандли диабет касаллигида ангио, нейропатия, сабабли қўлда (билан ва бармоқлар) кучли куйдирувчи оғриқлар ва баъзан диффуз шиш пайдо бўлиши хос. Оёқларда нейропатик артропатия ривожланганда, тунда кўпроқ товон соҳасида азоб берувчи кучли оғриқ пайдо бўлади, суяк ва бўғимларнинг асептик деструкцияси кузатилади (Шарко товони). Кўпроқ товоннинг кафт усти ва кафт суяги бўғимлари ҳамда болдир-товон бўғими зарарланади. Суяклардаги ўзгаришлар остеопароз, остеолизис, гиперостозлар кўринишида кечади. Рентгенда яққол суяк деструкцияси секвестрация ва суяк резорбцияси аниқланади. Бўғим боғламлари чўзилиши туфайли унинг ҳаракатчанлиги бузилишига, фалангалар лизиси эса қалинлашиши ва деформациясига олиб келади. Диабетик артропатияда ЭЧТ ошиши ва бошқа яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Лекин ушбу беморларда РА ривожланиши, периартикуляр касалликлар (елка курак переартрити ва Форестье касаллиги) билан бирга келиши мумкин. Асосий касалликни даволаш ва НЯҚВ ҳамда физиотерапия муолажалари диабетик артропатияларда бирмунча самара беради.

Климактерик ёки овариоген артропатияларга бўғимдаги оғриқнинг тунда, жисмоний зўриқишдан ва совуқ қотгандан сўнг кучайиши билан бирга парестезия ва вазомотор бузилишлар хос. Яллиғланишга қарши дори

воситалари ижобий таъсир кўрсатмайди. Барча эндокрин артропатияларни даволашда УАВ эндокринолог тавсияларини инобатга олиши лозим.

Асаб тизими касалликларида артропатиялар. Ушбу гуруҳ касалликларида суяк ва бўғимлардаги жараёнлар асосида сезиш тизимидаги ўзгаришлар ётади. Беморларда оддий метаболик бузилишлар туфайли сезилмаган ҳолда бўғим юзаси соҳасида синиш, тоғай ости склерози, дегенератив ўзгаришлар, хондрокальциноз ривожланиши, суякларнинг сўрилиб кетиши, кўплаб остеофитлар пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда объектив кўриқда ва рентген текширишда яққол намоён бўлган ўзгаришлар мавжуд бўлганда ҳам, субъектив сезишлар (шикоят, пальпацияда оғрик) жуда камлиги, ҳаракатнинг тўлиқ сақланганлиги “Шарко бўғими”га хос. Нейропатик артропатиялар орқа мияни сифилитик қуришида, сирингомиелияда, мия жароҳатларидан кейин, айрим касалликларда периферик асаб тизимини шикастланишида ва диабетик нейропатияларда кузатилади. Клиник намоён бўлишида асосий касаллик белгилари устунлик қилади. Бўғимларда оғрик, шиш, ҳаракатда қисирлаш аниқланади.

Орқа мия қуриши 40-60 ёшлардаги аҳоли орасида учрайди. Кўпинча “Шарко бўғими” белгилари-тизза, болдир – товон ва тоз-сон бўғимларида кузатилади. Жараён кўл бўғимларига ҳам таркаганда ушбу хасталикни ревматик касалликлардан фарқлаш лозим. Шикастланган бўғимларда ярим чиқишлар, кўндаланг синиш, суякларни сўрилиши кузатилади. Умуртқа поғонасида битга – кўпинча пастки кўкрак, камдан-кам ҳолларда бўйин умуртқаси шикастланиб кифоз, кифоскалиоз ривожланади. Оғрик синдроми ва лаборатор текширишларда ўзгаришлар кузатилмайди.

Сирингомиелия орқа мияда бўшлиқлар ҳосил бўлиши билан кечувчи оғир касаллик. У 76% беморларда мушаклардаги, 60% да суяк ва бўғимлардаги, 24% да эса теридаги ўзгаришлар билан кечади. Жараён елка, тирсак, тизза, болдир, товон бўғимлардан бирида бир оз оғрик ва шиш, терини қизариши ҳамда маҳаллий ҳароратнинг ошиши билан бошланади. Кейинчалик бошқа бўғимлар ва умуртқа поғонаси шикастланиши мумкин. Ҳаракат тўлиқ сақланган ҳолда бўғимлар деформацияланади ва кейинчалик беморни ногиронликка олиб келади.

Рентген текширишда суяк эпифизи ва диафизи остеопарози, чеккаларда дефект, бўғим суяклари остеолизиси аниқланади. Бўғим ва суяклардаги ўзгаришлар билан бир вақтни ўзида оғрик сезишни пасайиши (гипоалгезия), терида трофик ўзгаришлар (гиперпигментация, цианоз, гипертрихоз), тирноқларни синувчанлиги кузатилади, турли туғма ўзгаришлар (юз, оёқ-кўллар ассиметрияси, суяк, бармоқ, тиш тузилишининг бузилиши, кифоз, скалиоз, ақлан заифлик) аниқланади.

“Психоген ревматизм” (полиостеоартромиалгия). Артралгия, миалгия, оссалгия, асаб тизими турғунсизлиги мавжуд бўлган беморларда яширин депрессияни бир ниқоби сифатида намоён бўлиши мумкин. Беморлар кўплаб тизимлаштирилмаган, яққол эмоционал шикаятлар (оёқларда

объектив ўзгаришлар билан кечмайдиган доимий узок вақт давом этувчи ёки хуружсимон оғриқлар) билдирадilar. Остеоартромиялгия кўпинча стресс ҳолатларида, уйку бузилганда, об-ҳаво ўзгарганда, айрим аёлларда эса периферик қон айланишини транзитор бузилишида кучаяди. Уларни бошқа вегетатив ўзгаришлар (кўп терлаш, юрак уриб кетиши, нейроциркулятор дистония), психоген субфибрил ҳарорат билан бирга келиши ревматик касалликлардан фарқлашни талаб этади.

Психоген ревматизмда оғриқсизлантирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар қўллаш ҳамда физиотерапевтик муолажалар буюриш фойдасиз. Даволашда седатив ва психотроп воситаларни тавсия этиш, иш ва дам олиш шароитини яхшилаш, баъзан турар жойни ўзгартириш яхши самара беради.

Елка бўғими ва умуртқа поғонаси бўйин қисми дегенератив ўзгаришлари натижасида «елка панжаси» синдроми кузатилади. Бу синдромда елка бўғими шикастланиши оғриқ ва функциянинг бузилиши кўринишида намоён бўлиб, қўл панжаси шикастланиши – қўл панжаси усти шиши, гиперемияси цианозга алмашиши ҳамда панжа бўғимлари ҳаракатининг чекланиши билан бирга кечади. Бир неча ой ичида бармоқларда “тирноқли панжа” (“когистая лапа”) кўринишидаги букувчи контрактулар, панжа-қўл ва фалангалараро бўғимларда фиброзли анкилоз ривожланади.

Даврий касаллиги ўртаер денгизи атрофида яшовчи аҳоли (араб, турк, яхудий, арман ва кавказ минтақасидаги миллатлар) орасида учрайди. Унинг клиник белгилари асосида сероз қобикларни яхши сифатли асептик яллиғланиши ётади. Касаллик болалик ва ўсмирлик ёшида даврий равишда қоринда (перитонитга ўхшаш) ёки кўкрак қафасида кучли оғриқ, тана ҳароратини 39-40°C гача кўтарилиши, бўғим синдроми (қайталанувчи полиартралгия ёки моно ва полиартрит), айрим ҳолларда эрта пайдо бўлган иккиламчи амилоидоз белгилари билан бирга кечади. Хуружлар 1-2 кун давом этиб, аксарият ҳолларда нотўғри жарроҳлик муолажаси (лапаротомия) ўтказилишига сабаб бўлади.

Бўғим синдромида кузатиладиган кучли оғриқ ва ҳаракатнинг чегараланиши яллиғланиш (бир оз шиш ва гипертермия мавжудлиги, қизариш бўлмаслиги) белгиларига мос келмайди. Бўғимлар кўпинча ассиметрик шикастланиб, тизза, болдир-товон, сон-тос, елка, тирсак, қўл панжаси бўғимларида моно ёки олигоартрит кўринишида кечади ва бошқа белгилардан узокроқ (7-10 кун) давом этади. Жараён тўлиқ орқага қайтади. Фақат сон-тос бўғимида ҳаракатнинг чегараланиши сақланиб қолади. Хуруж вақтида лейкоцитоз, ЭЧТ ва фибриноген миқдорининг ошиши кузатилади ва НЯҚВ лар ҳамда физиотерапия муолажалари тавсия этилади. ГКС самара бермайди. Хуружлар сонини камайтириш мақсадида узок муддат кам миқдорда (қунига 0,6 мг дан 2-3 марта) қолхицин буюрилади.

Тизимли васкулитлар. Бу гуруҳ касалликларга доимий полиартралгиялар хос. Фақат геморрагик васкулитда бўғим бўшлиғига қон куйилиши натижасида оғир артритлар кузатилади. Клиник кечишида асосий

касаллик белгилари устунлик қилади. Ташхис қўйишда бўғим синдроми билан бирга васкулитларга хос теридаги ўзгаришлар катта аҳамиятга эга. **Ушбу касалликлар тўғрисидаги батафсил маълумот геморрагик васкулитларга бағишланган маърузада ёритилган.**

Метоболик артропатиялар – амилоидоз, охроноз, ксантоматоз, гемохрамотоз касалликларида учрайди.

Тарқоқ амилоидозда полиартралгиялар, шунингдек,, ўтиб кетувчи ва турғун артритлар аниқланади. Аммо қиёсий ташхислашда амилоидоз политизимли касаллик эканлигини ҳисобга олиш лозим. Бунда тери, мушак ва пайларда псевдосклеродермик ўзгаришлар, полинейропатия, геморрагия, амилоид нефроз (нефротик, сийдик ва АГ синдромлари билан), юрак, жигар, талоқ шикастланиши кузатилади. Лаборатор текширишда ЭЧТ ошиши, диспротеинемия ва юқори протеинурия, цилиндрурия, яққол намоён бўлмаган гематурия аниқланади. Ташхис қўйишда буйрак, милк ёки тўғри ичакдан олинган биопсия натижаси муҳим аҳамиятга эга.

Охронозда бўғимлар шикастланиши ДОА ни эслаглади.

Ксантоматозда бўғим синдроми артралгиядан тортиб то подагра хуружи ва ревматоид артритни эслатувчи оғриқлар кўринишида бўлиши мумкин. Бунда кўпинча тизза бўғими шикастланади. Аксарият ҳолларда жараён ассимметрик кечади. Бўғим синдроми II чи типдаги гиперлиппротеинемия (гипер β-липопротеинемия) билан боғлиқ. Тери ксантомаси, ковоқ ксантелазмаси, кам ҳолларда бошқа аъзолар, жумладан, бўғимлар қон томирларининг ички қаватига липидлар ўтириб қолиши ҳам кузатилади. Бунда УАВ липидлар алмашинуви кўрсаткичларини аниқлаши керак.

Гемохрамотозда тизза, чаноқ – сон ва панжа бўғимлари шикастланади. Ушбу касаллик кўпинча хондрокалциноз билан бирга кечади. Санаб ўтилган юқоридаги белгилар билан бир қаторда, тери қопламанинг бронза ёки кул рангда бўлиши, эрта жигар циррози, асцит, портал гипертензия, спленомегалия, ҚД, кардиомиопатия ва бошқа ўзгаришлар кузатилади. Ташхисни тасдиқлаш учун қон зардобадаги темир миқдорини аниқлаш лозим.

Бўғимларнинг ўсма ва ўсмасимон касалликлари

Пигментланган ворсинкали-тугунли синовитга синовиал пардада ворсинкали тугунларнинг ўсиши ва улар устига темир сақловчи пигментларнинг йиғилиши кузатилади. Кўпрок тизза бўғими шикастланиб, шиш, ҳаракатда оғриқ, бўғим блокадаси, синовиал суюқликни қизил – жигарранг тусга кириши хосдир.

Синовиал парда гемангиомаси – туғма томирли ҳосила бўлиб, клиникаси пигментланган ворсинкали-тугунли синовитга ўхшайди. Ушбу касалликка бўғимда доимий (хатто тинч ҳолатда ҳам) палпацияда кучаювчи оғриқ, бир оз шиш ва ҳаракатнинг чегараланиши хос. Бўғим бўшлиғи пункциясида

геморрагик (оч кизил рангдан тўқ жигарранггача) синовиал суюқлик олинади. Рентген текширишда касалликнинг илк босқичларида ўзгариш кузатилмайди, кечки босқичларида эса суяк эрозияси ва бўғим олди остепарози аниқланади.

Синовиома (ёки синовиал саркома) – синовиал пардани (синовиал қин ёки сумка) хавфли ўсмаси бўлиб, бирламчи ўчоқ оёқ бўғимларида жойлашади. Бўғимда шиш ва ҳаракатда ҳамда тунда кучайиб борувчи оғриқ ҳамда оқсаш билан кечади. Палпацияда бўғим олдида қаттиқ шиш ва кучли оғриқ аниқланади. Конда ўзгаришлар кузатилмайди. Рентген текширишда ноаниқ чегарали, айрим ҳолларда бўлакчали гомоген сояланиш қайд этилади. Синовиома бўғим капсуласида жойлашганда реактив синовит ривожланади, синовиал суюқлик кон аралаш бўлади. У регионар лимфа тугунларига, суякка ва ички аъзоларга метастаз беради.

Ўсма ва ўсмасимон касалликлар ташхиси артроскопия, ангиография ҳамда тоғай ва синовиал тўқима биопсиясига асосланади. Бундай беморларга ортопед ёки онколог кўриги тавсия этилади.

Бўғим олди юмшоқ тўқима касалликлари

Ушбу гуруҳга бўғим олди (мушак пайлари, улар қини, шиллик сумкаси, боғламалар, фасция ва апоневрозлар) ва бўғимдан узокроқда жойлашган (мушак, нерв–томир ҳосилалари ва тери ости ёғ тўқимаси) тўқималар касалликлари (тендинит, тендовагинит, бурсит, тендобурсит, лигаментит ва фиброзит) киради.

Тендинит–пайларни чегараланган дегенератив шикастланиши унча қатта бўлмаган иккиламчи яллиғланиш белгилари билан.

Тендовагинит (теносиновит)–патологик жараённинг иккинчи босқичи бўлиб, шикастланган пайнинг синовиал тўқимага тегиши натижасида юзага келади.

Лигаментит– бўғимдан ташқари боғламларни, кўпинча билак-кафт ва болдир-товон бўғимлари соҳасидаги пайлар ўтувчи боғловчи йўлакни яллиғланишли шикастланиши.

Кальцификация – некроз соҳаларга ва сероз қобикларга кальций тузларини ўтириб қолиши.

Бурсит – сероз халтачани шикастланган пайга тегиб турган соҳасини маҳаллий яллиғланиши (тендобурсит). Юзаки бурситларда тери остида чегараланган эластик, бир оз оғрикли ўсма аниқланади. Йирингли бурситда шиш ва оғриқ яққолроқ намоён бўлади, тери коплами қизаради.

Пай-мушак боғламлари шикастланиши *миотендинит*, фация ва апоневрозлар яллиғланиши эса *фиброзит* деб юритилади.

Периартритлар–пайларни суякка бириккан соҳасини дегенератив шикастланиши ва шикастланган пай ҳамда яқин жойлашган сероз халтачада реактив яллиғланишидир.

Бўғим атрофи тўқималари касалликлари клиник жиҳатдан шикастланган соҳада оғрик ва ҳаракатни чегараланиши билан намоён бўлади. Шу сабабли уларни артритлардан фарқлаш лозим (8- жадвал).

Ушбу гуруҳ касалликларидаги оғриқлар шикастланган боғлам ёки мушак билан боғлиқ бўлган фаол ҳаракатларда юзага келиб бошқа ҳолатларда кузатилмаслиги бўғим ва қолган боғламлар ўзгаришсиз эканлигидан далолат беради.

8- жадвал

**Бўғим атрофи тўқималари касалликлари ва артритлар
ҳамда артрозларни солиштирма ташҳиси**

Белгилар	Периартритлар	Артритлар	Артрозлар
Оғрик	Факат маълум бир ҳаракатларда	Спонтан оғриқ хар қандай ҳаракатда ҳам кучаяди	Механик оғриқлар хар қандай ҳаракатда пайдо бўлади
Шиш	Чегараланган, бир оз оғрикли	Оғрикли, тарқалган, аниқ чегарага эга бўлмаган	Кузатилмайди
Бўғим деформацияси	Бўлмайди	Юмшок тўқимадаги ўзгаришлар ҳисобига бир оз ёки яққол намоён бўлган	Суяклардаги ўсиш ҳисобига яққол намоён бўлган
Пальпацияда оғрик	Чегараланган (факат оғрикли нукталар)	Диффуз, яққол намоён бўлган	Бўлмайди ёки бир оз мавжуд
Маҳаллий хароратнинг кўтарилиши	Кузатилмайди ёки бир оз кўтарилиши мумкин	Яққол намоён бўлади	Кузатилмайди
Терининг кизариши	Кузатилмайди	Яққол намоён бўлиши мумкин	Кузатилмайди
Бўғимларнинг суст ҳаракати	Тўлиқ ҳажмда	Чегараланган	Тўлиқ ҳажмда ёки бир оз чегараланган
Бўғимларнинг фаол ҳаракати	Айрим йўналишларда чегараланган	Барча ҳаракатлар чегараланган	Тўлиқ ҳажмда ёки бир оз чегараланган

Яллиғланиш фаоллигини билдирувчи лаборатор кўрсаткичлар	Кузатилмайди	Яллиғланиш мавжудлиги аникланади	Кузатилмайди
Рентгенография	Артрит ва артроз белгилари аникланмайди.	Артрит белгилари- бўғим тиркишини то	Артроз белгилари- бўғим тиркишини
	Айрим ҳолларда кальцификатлар ва периоститлар кузатилади	райиши, эпифизлар остеопорози, бўғим юзаси эрозияси	торайиши, субхондрал остео-склероз, остеофитлар

Периартритларни даволашда биринчи навбатда, шикастланган пайларга зўриқишни камайтириш (енгил ҳолатларда шикастланган оёқ ёки қўл иммобилизацияси, жараён оғир кечганда счилувчи гипсли лонгет кўйиш), зарурият бўлганда оғриксизлантирувчи ва яллиғланишга қарши дори воситалари ҳамда физиотерапевтик муолажалар қўлланилади. Ўта оғир ҳолатларда ГКС лар тавсия этилади. Оғрик камайгандан кейин секин-аста енгил фаол, кейинчалик эса пассив ҳаракатларни бажариш, кейинчалик узоқ вақт давомида даволовчи гимнастика қўлланилади. Периартритларда уқалаш муолажасидан фойдаланиш мумкин эмас.

Бўғим синдроми мавжуд беморларга умумий ёндошиш

Синчковлик билан анамнез йиғиш ва объектив текшириш муҳим аҳамиятга эга. Мақсадли, ўз вақтида ўтказилган рентген ва лаборатор текширишлар касалликнинг эрта босқичларда аниқлашга ёрдам беради. Ташхис кўйишда бўғим синдромидан ташқари аниқланадиган клиник белгиларни (подаграда тофуслар, ревматоид артритда тугунчалар, гонококцемияда пустилулли тошмалар) аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Бўғим атрофи тўқимасидаги ўзгаришлар (тендинит кўпроқ гонококкли ва ревматоит артритларда ҳамда баъзи тизимли касалликларда учрайди) ҳам тўғри ташхислашда катта ёрдам беради.

Тизза бўғими артрити натижасида ҳосил бўлган унинг остидаги кисталар шу жойдаги веналарни босиб кўйиши натижасида оғрик юзага келади. Кисталар ёрилиши ва унинг сақланмаси мушаклар орасига тарқалиши мумкин. Ўроқсимон хужайрали анемия ва гипертрофик ўпка остеоартропатиялари учун томир тутамлари ёнидаги суякларда кучли оғрик ва бўғим бўшлиғида суюқлик йиғилиши хос.

Артрит ва артрозларни даволашни умумий тамойиллари

Даволаш имкон даражада эрта, босқичма босқич ва тўлик бўлиши керак. Бўғим касалликлари сурункали ривожланиб боришини ҳисобга олган ҳолда, бемор унинг ўткир даврида шифохона шароитида даволангандан кейин муолажаларни узоқ вақт УАВ назорати остида ҚВП ёки ОП ва санатор-курорт шароитида давом эттириши лозим.

Бўғим хасталикларини даволашда касалликнинг тури, босқичи, фаоллик даражаси ва ҳар бир бемор организмнинг сезувчанлигини ҳисобга олиш муҳим аҳамиятга эга. Даволаш самараси турли хил патогенетик тизимларга таъсир қилишга йўналтирилган этиотроп яллиғланишга қарши, иммуномодуляторлар (базис) ва симптоматик дори воситалари билан бир қаторда, зарур бўлганда физиотерапевтик муолажалардан ҳам унумли фойдаланишга боғлиқ.

Умумтерапевтик чора-тадбирларга касаллик тури ва фаоллик даражасига мос даволаш тартиби ҳам қиради. Артрит ёки артрозларнинг ўткир даврида касаллик тинчлангунча ётоқ тартиби буюрилади. Бунда юмшоқ ғалтак ёки лонгетлар ёрдамида бўғимларга физиологик, кўпинча бир оз букилган ҳолат берилади. Кейинчалик ҳаракат тартиби кенгайтирилади ва даволаш физкультура курси буюрилади. Овқатланишга ҳам эътибор бериш лозим. Барча артритларнинг авж олиш даврида туз чегараланиб витаминга бой озиқ-овқатлар тавсия этилади. Подагрик артритли беморларга пуринга бой овқатларни (гўшт, балиқ, дуккакли ўсимликлардан тайёрланган салат, алкоголь) истеъмол қилиш чегараланади.

Этиотроп даволаш касалликнинг назологик турига боғлиқ. Ревматизмда пенициллин ва бициллин профилактика, урогинетал инфекция (хламидиоз) билан кечувчи Рейтер касаллигида тетрациклин, инфекцион артритларда кенг таъсирли антибиотиклар, сил натижасида бўғим шикастланишида унга қарши специфик дори воситалари, бруцеллезда левомецетин қўлланилади. Патогенетик терапия сифатида эса, НЯҚВ ишлатилади. Уларга салицилатлар, индолуксус (индометацин), фенилуксус (вольтарен, ортофен), пропийон (бруфен, ибупрофен), антронил ва тиапрофен (сургам антронил) кислоталари ҳосилалари ҳамда оксикам (пироксикам), перклюзонлар қиради.

Кучли яллиғланишга қарши ва иммунодепрессив хусусиятга эга бўлган ГКС биринчи қатор препаратлари ҳисобланади. Замонавий синтетик ГКС преднизалон ва метилпреднизалон (урбазон) юқори ва турғун даво самарасига эга бўлиб, беморлар уни яхши кўтарадилар. Триамцинолон, бошқа ГКС ларга қараганда натрий ва сувни камроқ ушлаб қолса-да, беморларда озиб кетиш, умумий ҳолсизлик, гастродуоденал яралар пайдо бўлиши, мушак атрофиялари, бош айланиш каби ножўя таъсирларни келтириб чиқаради. Дексаметазон буюрганда кўзгалувчанлик, уйқусизлик, Кушинг синдромини тез ривожланиши, организмда сув ушлаб қолиш каби

ҳолатлар кузатилади. Кортизон ҳозирги пайтда самараси кам ва беморлар яхши кўтара олмаслиги сабабли ишлатилмайди. Бўғим ичига юбориш учун узоқ таъсир килувчи препаратлар, гидрокортизон ацетат (суспензия), гидрокартизон гемисукцинат ва кенолог ишлатилади.

ГКС инфекция билан боғлиқ бўлмаган яллиғланишли бўғим касалликларида қўлланилади. Ножўя таъсирлари (Кушинг синдроми, АГ, пептик яралар, ҚД, натрий ва сувни ушланиб қолиши) ривожланишини ҳисобга олган ҳолда улар жараён яққол ва юқори фаоллик даражада кечганда, айниқса, висцеропатиялар кузатилганда ёки бошқа даво чоралари самарасиз бўлган ҳолларда ишлатилади. Шунингдек, улар артрозларда ўткир иккиламчи синовитларни даволаш учун ҳам буюрилиб, кейинчалик дозаси аста-секин камайтирилиб борилади. Охириги йилларда касаллиги оғир (асосан тизимли касалликларда) ва тез ривожланиб борувчи ёки ички аъзолари зарарланган беморларга юқори дозадаги препарат билан пульс-терапия олиб бориш тавсия этилади. Яра касаллиги, ҚД, рухий касалликлар, буйрак ва юрак этишмовчилиги, АГ, тромбоземболия, семириш, актив сил, яққол остеопороз, тромбоземболия, ЮИК, Кушинг касаллиги ГКС ишлатишга қарши кўрсатма ҳисобланади. Ножўя таъсирларни олдини олиш учун пульс-терапиядан тез ушлаб турувчи дозага ўтиш, кунлик дозани эрталаб бир марта ёки кун ора қабул қилиш, витаминларга, оксилга бой маҳсулотларни истеъмол қилиш, сув ва туз миқдорини чегаралаб, бир вақтнинг ўзида анаболик препаратларни (нерабол кунда 15 – 20 мг) қўллаш тавсия этилади.

Яллиғланишга қарши давони самараси кам бўлганда ёки уларнинг ножўя таъсирини камайтириш ҳамда даво самарадорлигини ошириш мақсадида иккинчи қатор, яъни патогенетик базис препаратлар, *хинолинли дорилар, Д – пеницилламмин, олтин препаратлари, иммунодепрессантлар* ишлатилади. Булар касаллик фаоллигини сўндиради, самараси эса дорилар бекор қилингандан кейин ҳам бир неча ойгача сақланади. Базис препаратлар билан даволаш шифохонада бошланиб, амбулатория шароитида УАВ ва мутахассис шифокор кузатувида, мунтазам равишда қон ва сийдик таҳлилини назорат қилган ҳолда давом эттирилади. *Хинолин препаратлари* ревматоид артрит ва ревматизмни узлуксиз қайталанувчи турларини даволашда қўлланилади. Бу дориларни ишлатганда кўз тўр пардасидаги ўзгаришлар кузатилади, баъзан кўрликкача олиб келиши мумкин. Уларнинг ишлатилишига мутлак қарши кўрсатма йўқ. Кўз тўр пардаси ва жигар касалликлари, психозлар, цитопениялар нисбий қарши кўрсатма ҳисобланади.

Д-пеницилламмин (купренил) РА даволашда, айниқса, РО титри юқори бўлганда ва бўғимдан ташқари ўзгаришлар (тугунлар, васкулитлар, ўпка шикастланиши) кузатилганда ишлатилади. Кунига 300 мг дан 5-10 кун ва ундан кўпроқ вақт давомида қўллаш мумкин. Ҳар ой дозани 150 мг га оширилади. Максимал кунлик миқдори 750 мг ни ташкил этади. Самараси 1,5 - 3 ойдан сўнг намоён бўлади ва кейин ушлаб турувчи дозага ўтилади. 4-5 ой давомида самаранинг йўқлиги препаратни бекор қилишга

кўрсатма ҳисобланади. Ножуя таъсирлари - аллергия тошма, диспепсия, буйрак шикастланиши, цитопения. Ишлатишга қарши кўрсатма буйрак касалликлари, хомиладорлик, пенициллинни кўтара олмаслик.

Патогенетик терапияга *цитостатиклар* ёрдамида иммун тизимни сусайтириш ҳам киради. Олиб борилган яллиғланишга қарши воситалар билан бирга кучсиз иммунодепрессантлар қўллаш яхши самара бермаганда цитостатиклар қўлланилади. *Цитостатикларни* ишлатишга касалликнинг кучайиб боровчи тури, бўғимдан ташқари тизимли -висцерал ўзгаришлар (васкулит, нефрит, марказий нерв тизими шикастланиши), суяк-бўғим деструкциялари ривожланиши, ГКС ни кўтара олмаслик ёки стероидларга боғланиб қолишнинг пайдо бўлиши кўрсатма ҳисобланади. Авж олиб боровчи псориастик артритда метотриксатни ҳафтада 7,5 мг дан қўллаш мақсадга мувофиқ. Ревматизмда иммунодепрессантлар кам самаралиги учун умуман қўлланилмайди. Ножуя таъсирлари – кон ишлаб чиқаришнинг бузилиши, организмдаги инфекциянинг фаоллашуви, аллергия реакциялар, хайз циклининг бузилиши, токсик-аллергия холестатик гепатит. Қарши кўрсатма–ёндош юқумли касалликлар, жигарнинг паренхиматоз шикастланиши ва яққол намоён бўлган гемоцитопения.

Иммунмодуловчи даволаш воситаси сифатида физик *иммуносупрессив услублар* (гемосорбция, плазмоферез, кўкрак лимфа оқимини дренажлаш, лимфатик тугунларни нурлаш) қўлланилади. *Гемосорбция* активланган кўмир орқали кон перфузияси йўли билан ўтказилиб, плазмоферездаги каби кон плазмасида айланиб юрган иммун комплексларни йўқотиш учун ишлатилади. Улар касаллик оғир кечганда, биринчи ва иккинчи қатор дори воситалари самарасизлигида, бемор стероидларга ўрганиб қолганда ёки стероидларга резистентликда ҳамда касалликни яққол авж олганида қўлланилади. Уларни қайта ўтказганда бемор аҳволи тез, аммо вақтинчалик субъектив яшиланиши кузатилади. Яна бир яхши томони ушбу муолажалардан сўнг ГКС ва цитостатикларга сезувчанлик ошади. Охириги восита сифатида иммун таначалар ҳосил бўлишини камайтириш мақсадида лимфа тугунларини тотал тизимли нурлаш қўлланилади. Айрим ҳолатларда кўкрак лимфа оқимини дренажлаш ўтказилади. Шу ўринда, юқорида қайд этилган яллиғланиш билан боғлиқ бўлган артритлардаги этио-патогенетик даво шифохона шароитида мутахассис шифокор назоратида ўтказилиши кейин ҚВП ва ОПда давом эттирилишини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

Остеоартрозларни патогенетик даволашда бўғимларга физик зўриқишни камайтириш билан бирга тоғайлардаги модда алмашинуви жараёнларига таъсир этувчи (хондропротекторлар) препаратлар ишлатилади. Ушбу гуруҳга румалон киради. Даволаш курси 25 та 1 мл дан кунда ёки кун ора мушак орасига қилинадиган инъекциялардан иборат. Ножуя таъсири–аллергия тошма, диспепсия. Базис препарат сифатида *артепарон* (мукополисахаридлар комплекси) ҳам қўлланилади.

Ҳаракатда йўқолиб кечалари тўмток оғриклар билан кечувчи ишемик типдаги остеоартрозларни даволашда қон томирларини кенгайтирувчи нош-па, никошпан препаратлари қўлланилади. Ўткир подагрик хуружни йўқотиш мақсадида *носпецифик яллигланишга қарши воситалар* билан биргаликда *колхицин* ишлатилади. У даволашнинг биринчи куни 0,5 мг ҳар 2 соатда (кун давомида 4 мг гача), кейинги кунларда эса, миқдори 1-2 мг гача камайтирилади. Хуруж тўхтагандан кейин ҳам колхицин билан даволаш 3-4 кунгача давом эттирилади. Ножўя таъсирлари - ич кетиш, кўнгил айниши, қайт қилиш. Подаграни базис давоси сифатида организмда сийдик кислота синтезини камайтирувчи (урикодепрессив препаратлар— аллопуринол, милурит, тиопуринол, орот кислотаси) ва сийдик кислотаси экскрециясини оширувчи препаратлар (урикозурик препаратлар—антуран, пробеницид, этамид) қўлланилади.

Бўғим касалликларини замонавий даволашда бўғимларнинг сурункали жароҳатланишида, гармонал ёки цитостатик препаратлар билан даволашга қарши кўрсатма бўлганда, унча юқори бўлмаган фаоллик билан кечган моно ёки олигоартритларда ҳамда ҳаётий аҳамиятга эга бўлган бўғимлар шикастланганда маҳаллий таъсир этувчи воситалар ишлатилади. Маҳаллий терапия диметилсульфоксид аппликациялари, препаратларни бўғим ичига юбориш, физик, ортопедик ва жарроҳлик усулларни ўз ичига олади. *Диметилсульфоксид (димексид)* РА, Бехтерев касаликларини даволашда 30-40 дақиқа давомида маҳаллий қўйилади. У яллигланишга, шишга қарши ва спазмолитик таъсир кўрсатади.

Артритларда бўғим ичига юбориш учун *гидрокортизон* (50-125 мг дан йирик бўғимларга, ўртача бўғимларга 25-50 мг, кичик бўғимларга 5-10 мг) ишлатилади. Кескин ва фаол артритларда гидрокортизон билан *циклофосфан* (50-100 мг) ишлатилса яхши самара беради. Тез аҳволни яхшилаш учун бўғим катталигига қараб, 20-80 мг дан 4-5 та инъекция қилинади. Сўнгги йилларда ушбу мақсадда кенологдан кенг фойдаланилмоқда.

Яккол оғриқли синдром ва реактив синовит билан кечувчи бўғим дистрофик-дегенератив ўзгаришларида бўғим ичига протеолитик ферментлар (*трасилол, гордокс* 25.000 бир), 0,005 г *артепарон* қўлланилади. Бўғим ичига дориларни юборишга қарши кўрсатма: бўғим ичидаги инфекциялар, теридаги йирингли ўзгаришлар, такрорий юборишларни самарасизлиги. Бўғим касалликларини даволашда физик омиллар, ортопедик ва жарроҳлик усулида даволашлар муҳим аҳамиятга эга.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, касалликларнинг сабаб ва турига қараб бўғим синдроми ҳар хил клиник кўринишларда намоён бўлиб, ҳар бир ҳолат учун алоҳида даво чоралари олиб борилади. Айрим ҳолларда артритлар қисқа муддатли кечиб, маълум бир касалликни ташхисий мезонларига жавоб бермайди ёки уни аниқлагунча ўтиб кетади. Шунинг учун якуний ташхисни қўйишни узоқ чўзмаслик керак. Носпецифик давони бошлашга УАВ учун тахминий ташхис етарли. Типик клиник белгилар

билан кузатилмаётган ва ташхис ноаниқ ҳолатларда тизимли касалликлар ҳақида ўйлаш лозим. Артритларни бошланғич даврида лайм касаллиги ёки бошқа инфекцияларни ҳам унутмаслик зарур, чунки бундай ҳолларда эрта бошланган специфик муолажа яхши самара беради. Айрим ҳолатлар беморни шочилич ихтисослаштирилган бўлимларга ётқизиб тез даволаш чораларини олиб боришни тақозо этади. Масалан, синовиал суюқликнинг геморрагик характерда бўлиши синиш ёки хавfli ўсма борлигидан далolat беради. Яққол яллиғланиш тусдаги бўғим суюқлиги шикастланган бўғимда йирингли жараён мавжудлигини билдиради. Бу ҳолатлар бўғим деструкциясини олдини олиш учун тезда антибиотиклар ва бошқа бўғим дренажларидан фойдаланишни талаб қилади.

Бўғим касаллиги билан оғриган бемор мурожаат қилганда шифокор чуқур клиник мушоҳада ўтказиши, бунда айрим касалликлар тарқалишини моноартритларни кўп келтириб чиқарувчи сабаблари остеомиелит, септик артрит, сил, захм, травматик артрит, қайталанувчи гидроартроз, полисиндром ревматизм, гемофилия эканлигини эсда сақлаши лозим. РА, Бехтерев, Рейтер касалликлари, псориастик артропатия, подагра, сурункали энтероколитдаги артритда моноартрит уларнинг вақтинчалик ягона клиник белгиларидан бири бўлиб, уларни фарқлаш учун бемор ёши ва жинси аҳамиятига эга. Бехтерев, Рейтер касалликлари, подагра кўпинча эркакларда учрайди. Аёлларда кўпроқ гонорейли артрит, РА, болаларда эса бўғимларнинг туғма нуқсонлари кузатилади. Бундан ташқари «классификацияланмаган моноартритлар» бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда УАВ дан беморни мунтазам кузатиб бориш талаб этилади.

УАВ бўғим синдроми билан кечадиган барча ҳолатларда беморларни сиңчковлик билан ўрганиши, кўрсатмаларга асосан кўшимча текширишлар асосида тўғри ташхис кўйиб ўз вақтида даво чораларини танлаши лозим. Зарур бўлганда, беморларни мутахассис шифокор маслаҳатига юбориши ёки ихтисослаштирилган шифохонага (бўлим) йўлланма бериши зарур.

Ташхис кўйиш намуналари

✓ Ўткир ревматик лихорадка. Кардит (митрал вальвулит), тизза ва болдир товон бўғимларини кўчиб юрувчи полиартрити. Асорати: ҚАЕ I босқич (ФС I);

✓ Қайта ревматик лихорадка. Кардит, митрал нуқсон стенози устунлиги билан. Асорати: ҚАЕ I IA босқич (ФС II). Ҳилпилловчи аритмия тахисистолик шакли;

✓ Ревматоид артрит. Қўл панжаси бўғимлари полиартрити, серопозитив, секин авж олиб борувчи кечиши, фаоллик II, ФЕ II, Рентген босқичи II;

✓ Ревматоид артрит. Бўғим вицерал шакли. Қўл панжалари ва чап кафт билан бўғими шикастланиши билан, кардит, гепатит. Серонегатив, секин авж олиб борувчи кечиши, фаоллик II, ФЕ II, Рентген босқичи II;

✓Тизза бўғимларини деформацияловчи остеоартрози, секин авж олиб борувчи кечиши. Рентгенологик III босқич, бўғим фаолиятини бузилиши, I даража;

✓Тос-сон бўғимларини деформацияловчи остеоартрози, тез авж олиб борувчи шакли (коксартроз). Рентгенологик III босқич, тез-тез узок вақт давом этувчи кўзгалиш даври билан, бўғим фаолиятини етишмовчилиги II даража.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Денисов И.Н. Под ред. Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики. / - М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001.
2. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
3. Комаров Ф.И., под ред. Диагностика и лечение внутренних болезней, т.1. Руководство для врачей. / - М.: Медицина, 1998.
4. Краснов А.Ф. Семейная медицина (руководство) том 1,2. – Самара, 1995.
5. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. – М.: 1998.
6. Насонов Е.Н. Ранняя диагностика и фармакотерапия ревматоидного артрита: новые рекомендации для ревматологов и терапевтов. Врач, № 9, 2002.
7. Насонова В.А., Астапенко М.Г. "Клиническая ревматология" - М.: Медицина 1989.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.2 –М.: Медицина 2003.
9. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. Т.1,2 –М.: Медицина 2000.
10. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
11. Чучалин А.Г. Терапия. Руководство для врачей и студентов. –М.: 1998.

БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМАНИНГ ТИЗИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

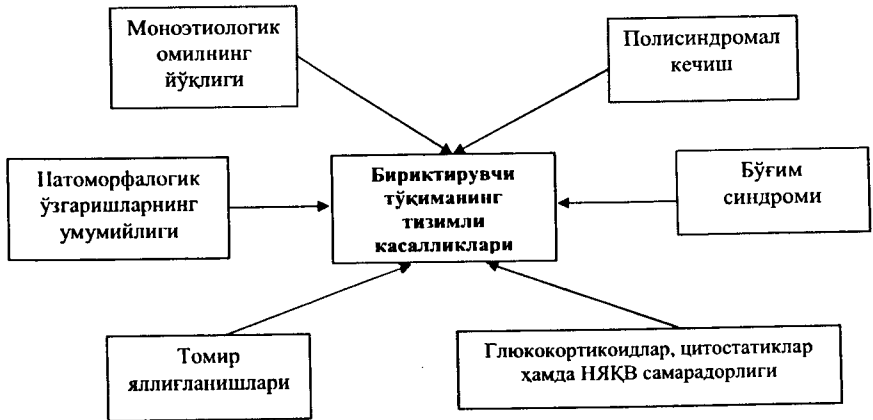
Мени тиббиёт илми имконияти бўлган барча ишни қилган, аммо тиббиёт санъати кўп имкониятларга эга эканини тушунган врачлар даволашларини хоҳлардим.

К. Е. Гровес

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари гуруҳига (БТТК) - бириктирувчи тўқима ва унинг ҳосилаларидаги тизимли аутоиммун-яллиғланиш асосида кечадиган ва шу тариқа кўплаб аъзо ҳамда тўқималар шикастланиши, клиник полиморфизм ва полисиндромал кўринишда намоён бўлувчи касалликлар киради. Ушбу гуруҳга кирувчи касалликлар ўзининг этиопатогенетик, патоморфологик ва клиник кечиши бўйича куйидаги 1-чизмада келтирилган баъзи умумийлик томонлар билан ажралиб туради:

1-чизма

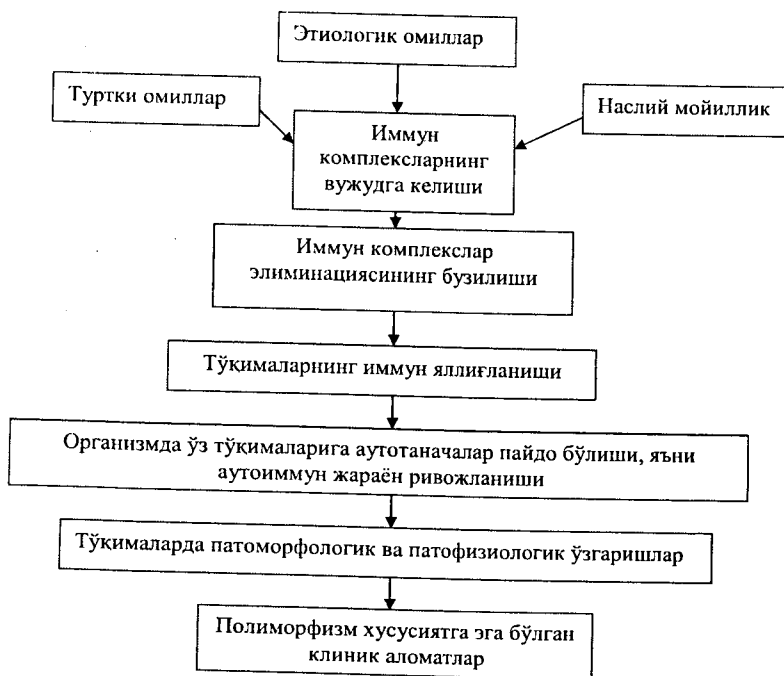
Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларига
хос бўлган умумий белгилар



Ушбу гуруҳга ТКВ, тизимли склеродермия, дерматомиозит, диффуз эозинофилли фасциит, Шегрен синдроми, бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги, тугунчали периартериит ва бошқалар киради.

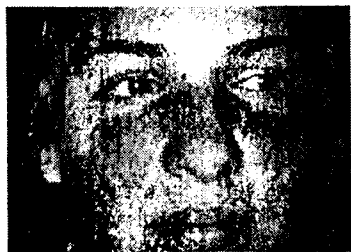
БТТКларининг этиологияси номаълум, уларни келтириб чиқарувчи асосий сабаблар турли-туман деган гоаялар мавжуд бўлиб, эндоген ва экзоген омилларга аҳамият берилмоқда. Касалликларнинг вужудга келиши вируслар, микроблар, баъзи дори моддалари, жумладан, зардоб ва токсинлар каби экзоген омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу билан бир қаторда, совуқда қолиш, рухий-эмоционал зўриқиш, куёш нурларининг ортиқча

таъсири, баъзи касбий зарарли мухитлар (тебраниш, кимёвий моддалар) ҳамда организмнинг заифланиши салбий туртки сифатида муҳим омил ҳисобланади. Юқоридагилардан ташқари, эндоген омил, наслий мойилликнинг аҳамияти юқори. Ушбу назарияларда баён қилинишига кўра, наслий мойиллик мавжуд шахсларда салбий таъсирлар оқибатида иммун механизмлар бузилиши ривожланади, яъни антитанача, антиген ва комплиментлар ҳисобига вужудга келган иммун комплексларнинг (ИК) организмдан ташқарига чиқиб кетиши (элиминацияси) кузатилмасдан, улар мойил бўлган тўқималарга жойлашиб, иммун яллиғланиш жараёнини чақиради. Зарарланиш натижасида пайдо бўлган тўқимадаги бузилишларнинг қолдиқлари ва коллагенлар антигенлик хусусиятига эга бўлиб, ўз навбатида аутоиммун жараённинг янада кучайишига олиб келади ва ўзига хос паталогик «занжирли ҳалқа» юзага келади. Бу ўзгаришлар организмдаги ички аъзо ва тўқималар ҳамда томирларда патоморфологик ва патофизиологик ўзгаришларни чақириб, БТТК ларига хос клиник полиморфизмга эга бўлган аломатларни вужудга келтиради. Юқоридагилардан келиб чиқиб, ушбу гуруҳ касалликлари патогенезини умумийлаштирган ҳолда қуйидаги 2-чизмадагидек кўрсатиш мумкин.



2-чизма. Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари ривожланиши патогенези

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ ВОЛЧАНКА



1-расм. Капалаксимон эритема

Тизимли қизил волчанка (ТҚВ) - бириктирувчи тўқималарнинг тизимли аутоиммун касаллиги. Унинг асосида иммунбошқарув жараёнининг бузилиши натижасида организм ўз хужайра ва уларнинг ҳосилаларига қарши назоратсиз антитаначалар ҳосил қилиши ҳисобига кўплаб аъзо ва тизимларнинг шикастланиши билан кечувчи иммункомплексли яллиғланиш ётади. Илмий манбалардаги маълумотларга

кўра, ТҚВ тарқалиши бўйича 100.000 аҳолига 4-250 нафар беморларни ташкил қилиб, аёлларда эркакларга нисбатан деярли 10 баробар кўпроқ учрайди ва бошланиш даври кўпинча 14-40 ёшлар оралиғига тўғри келади.

Клиник кечиши. ТҚВ клиник кўриниши қатор ўзига хос хусусиятларга эга ва полисиндромал кўринишда тез авжланиб бориб, у ёки бу ички аъзонинг функционал стишмов-чилиги тез ривожланиши натижасида кўпинча ўлим билан яқунланади. Касалликнинг клиник кечиши аксарият ҳолларда умумий ҳолсизлик, тана вазнининг тез камайиши ва ҳароратнинг узоқ муддат турғун кўтарилиши, бўғим синдроми, айрим ҳолларда Рейно феномени билан бошланиб, кейинчалик ички аъзо ҳамда тизимларнинг яллиғланишига хос бўлган синдромлар пайдо бўлади. Уларнинг вужудга келиши асосан тери, бўғим, мушак, буйрак, юрак ва томирлар, ўпка, жигар, ошқозоничак ва рухий-асаб тизими ҳамда сероз қобикларининг яллиғланишлари билан боғлиқ ва ҳар хил даража ҳамда оғирликдаги кўринишларда намоён бўлиши мумкин. Юқорида қайд этилганлар орасида теридаги ўзгаришлар ТҚВнинг кўп ҳолларда ташхисий жиҳатдан типик кўринишини белгилаб, асосан юз соҳаси, ёноқ ва бурун устидаги “капалак”симон (1-расм) шаклдаги эритема билан намоён бўлади. Шу билан бир қаторда, айниқса,, касалликнинг сурункали кечишида терида дискоидли хусусиятга эга бўлган ўчоқли белгилар кузатилиши мумкин. Аксарият ҳолларда терида лопусхейлит (лабнинг қизил қисмида қаттиқ ва қуруқ бўлган қатламлик, баъзан атрофия билан яқунланувчи пўстлоқча ёки эрозия) ва трофик ўзгаришлар (тери қуруқлиги, сочнинг диффуз тўкилиши, тирноқларнинг мўртлиги ва деформацияси) аниқланади. Терида кузатилаётган аломатлар аксарият ҳолларда томир яллиғланиши (васкулитлар) билан боғлиқ бўлиб, асосан бармоқ ёстикчалари ва қўл қафтида шишли эритема, атрофия ва телеангиэктазиялар, баданнинг бошқа қисмларида эса буллёзли тутунчали, уртикар, геморрагик ва папулалинекротик тошмалар ҳамда тўр ва айрисимон ярачалар, Рейно синдроми кўринишда намоён бўлиши мумкин. Ўз навбатида, шиллиқ қатламдаги ўзгаришлар кўпинча оғиз бўшлиғида энантема ва ярачалар, яъни стоматитлар мавжудлиги аниқланади.

ТҚВда бўғим синдроми деярли барча ҳолларда учрайдиган белгилардан бири ҳисобланиб, одатда полиартралгия ва полиартрит шаклида кечади. Улар асосан симметрик хусусиятга эга ва кўпроқ қўлоёқдаги майда ва ўрта ҳамда тизза бўғимларида ривожланади («**Бўғим синдроми**»га бағишланган маърузада ушбу ўзгаришлар батафсил баён қилинган). Касалликнинг фаол даврида унинг белгилари тургун ва узоқ давом этувчи характерга эга. Баъзан тендинит ва тендовагинит кўшилиши қўл бармоқларида қайтмас букилувчи контрактура юзага келишига сабаб бўлади. Мушакларнинг яллиғланиши кузатилган тақдирда эса (миалгия ва миозит) қўл-оёқларда оғрик ҳамда бирмунча ҳаракат чекланиши беморларни безовта қилади.

Буйракнинг ТҚВда зарарланиши люпуснефрит деб аталиб, ўзига хос қатор хусусиятлари билан ажралиб туради ва беморларда эрта ёки кеч клиник намоён бўлиши бевосита касаллик оқибати учун катта аҳамиятга эга. Ушбу касалликда унинг вужудга келиши СБЕ эрта ривожланишига олиб келиб, деярли барча ҳолларда бемор ўлими билан тугайди. Люпуснефрит асосида диффуз ёки ўчоқли гломерулонефрит ётиб, нефротик синдром, артериал гипертензия, кам ҳолларда эса чекланган сийдик синдроми (айниқса., протеинурия) кўринишида намоён бўлади. Ўпка зарарланиши эса кўпинча васкулит негизда кузатилиб, беморни қон туфлаш ва қуруқ йўтал безовта қилади. Шу билан бир қаторда, касалликнинг авжланиш жараёнида люпусневмонит ривожланиши эҳтимоли мавжуд бўлиб, у баъзан ўпкада инфилтратлар билан яқунланади. Бундай ҳолларда беморларда иситмалаш, хансираш ва йўтал кузатилиб, рентгенографияда (рентгеноскопияда) диафрагманинг юқори туриши ва ўпканинг базал қисмларида дискасимон ателектазлар кузатилади. Сероз қобикларнинг яллиғланишида эса қуруқ ва экссудатив плеврит юзага келиши мумкин. ТҚВда юракнинг учта қобиғи ҳам яллиғланиш эҳтимоли бўлиб, улар асосан адгезив ва кам ҳолларда экссудатив перикардит, миокардит ҳамда кўпинча митрал стишмовчилиги билан яқунладиган эндокардит кўринишида кечади. Бундан ташқари, аксарият томирлар яллиғланиши оқибатида коронарит ривожланганда, миокард инфаркти юзага келиш эҳтимоли мавжуд. Ошқозон-ичак тизимининг шикастланиши ҳам ҳаё хил кўринишда намоён бўлиши ва улар қизилўнгач кенгайиши (дилатация) ва унинг моторикаси бузилиши билан бир қаторда, ошқозон ва ичакларнинг ишемияси, айрим ҳолларда эса перфорация кузатилиши мумкин. Касалликнинг авжланиш даврларида баъзан беморларда абдоминал кризнинг клиник аломатлари ҳам вужудга келиш эҳтимоли мавжуд бўлиб, улар ичакларнинг эндотелияси, сероз қобиғи ва тутқич томирларининг яллиғланиши ҳамда ярачалар пайдо бўлиши билан боғлиқ. Ўз навбатида, ушбу касалликда жигар яллиғланиши ўзига хос ўзгаришларга эга бўлган люпусгепатит кўринишида намоён бўлиб, одатда жараён энгил гепатомегалиядан баъзан клиник жиҳатдан оғир агрессив гепатитни эслатувчи шаклда ҳам кечади. Асаб тизимидаги ўзгаришлар ТҚВга чалинган деярли барча беморларда учрайди. Клиник нуқтаи назардан улар касалликнинг ҳамма

даврларида ўзига хос кенг қамровли аломатлар билан келиши, жумладан, бошланғич даврида астеноневротик синдром (ҳолсизлик, тез чарчаш, адинамия, кайфият тушкунлиги, уйку бузилиши ва бошқалар) аниқланса, авжланиш даврида эса полиневрит, рефлекслар сустлиги, парастезия, тос аъзолари фаолиятининг бузилиши, менингоэнцефалополирадикулоневритдан тортиб то талваса, инсулт ва параличларгача кузатилиши мумкин. Қатор ҳолларда, беморларда рухий ўзгаришлар ҳам аниқланиб, касаллик кечишида алоҳида ўрин тутади. Чунки ТҚВга чалинган беморларда эмоционал таъсирчанлик, эйфория, уйқусизлик, интеллект ва эслаб қолиш ҳамда фикр юритиш қобилиятининг сусайиши, ўзига танкидий ёндошувнинг йўқотилиши ва ўз имкониятларини юқори баҳолаш билан бир қаторда, галлюцинациялар каби аломатлар ҳам учрайди. ТҚВда сероз қобикларнинг яллиғланиши ташхисий нуқтаи назардан алоҳида ўрин тутади. Чунки ушбу касалликка чалинган беморларда дерматит ва артрит билан бир қаторда, серозитларнинг аниқланиши (айниқса, полисерозит) катта ташхисий аҳамиятга эга. Аксарият ҳолларда у плеврит, перикардит, перигепатит, периспленит ва баъзан қорин пардаси яллиғланиши кўринишида келиши мумкин.

Юқорида кўрсатилган синдромлар билан бир қаторда, ички аъзолар ва ретикулоэндотелиал тизимнинг яллиғланишига боғлиқ бўлган бошқа аломатлар, жумладан, камқонлик ва Верльгоф синдроми касалликнинг кечиши ва прогнозида муҳим омиллардан бири ҳисобланади.

ТҚВ клиник хусусиятига кўра ўткир, ўткир ости ва сурункали шаклда кечиши мумкин. Унинг ўткир кечишида касаллик тўсатдан бошланиб, илк бор кўплаб ички аъзо, тўқималарнинг зарарланиши билан бир қаторда, лаборатор кўрсаткичларнинг кўзга яққол ташланадиган ўзгаришлари кузатилади. Одатда касалликнинг бундай кечиши тез авжланиб бориб, кўпинча яқин йиллар ичида бемор ўлими билан тугаш эҳтимоли юқори. Ўз навбатида, ТҚВнинг ўткир ости кечиши кўпроқ буйрак ва асаб тизимиининг зарарланиш белгилари устуворлиги билан намоён бўлади. Сурункали кечиши эса нисбатан энгил кўринишга эга бўлиб, жараён аста-секинлик билан бошланади ва аксарият ҳолларда бирорта ягона аъзонинг зарарланиш (моносиндром) белгилари кузатилади. Лекин маълум йиллаб ўтиши билан касаллик аста-секин бошқа аъзо ва тўқималарни ҳам зарарлаб, полисиндромал клиник кўринишни вужудга келтиради. Шу билан бир қаторда, ТҚВда авж олиш ва ремиссия давлари, яллиғланиш жараёнининг оғир-енгиллиги ва лаборатор кўрсаткичлар асосида эса энгил (I), ўртгача (II), ёки максимал (III) фаоллик даражалари тафовут этилади.

Қуйидаги **лаборатор кўрсаткичлар** ТҚВни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга:

- LE хужайраларининг топилиши;
- антинуклеар антитаначалар мавжудлиги;
- антинуклеар омилнинг аниқланиши;
- ДНК, Sm, Ro, Лаантигенларга қарши антитаначалар топилиши;

- ревматоидли омил мавжудлиги;
 - иммун тизим текширилганда, танкислик ҳолатининг кузатилиши ва иммуноглобулин фракцияларининг ўзгариши.

Аммо шуни назарда тутиш керакки, юқорида келтирилган синамаларнинг манфий бўлиши ТҚВ касаллигини тўлиқ инкор қилмайди. Барча БТТК, шу жумладан, ТҚВни аниқлашда тўқималар биопсиясини микроскопик текшириш алоҳида аҳамиятга эга. Касалликнинг эрта даврларидаёқ тери биопсиясида ўзига хос ўзгаришларни топиш ва маълум клиник белгилар билан биргаликда таҳлил қилиш уни аниқлашда муҳим рол ўйнайди. Бунда тери эпидермиси атрофияси, кератотик тўсик билан келувчи гиперкератоз, базал қатламининг вакуол дистрофияси, дермада коллаген толаларининг фибриноид шиши туфайли бириктирувчи тўқиманинг моддаси ва таркибининг бузилиши, базофиллар тўпланишининг пайдо бўлиши ҳамда гематоксиллин таначаларининг мавжудлиги кузатилади. Шу билан бир қаторда, кўпроқ майда томирлар деворида продуктив ва продуктивдеструктив ўзгаришлар хос бўлиб, тўқиманинг лимфоид ва плазмоцитар инфильтрацияси аниқланади.

Юқорида келтирилган ва кўп ҳолларда ТҚВга хос бўлган синамалар билан бир қаторда, қуйидаги айрим кўрсаткичлар касалликнинг оғирлик даражасини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга:

- диспротеинемия (айниқса,, γ -глобулин кўрсаткичларининг юқорилиги);

- камқонлик;
- лейкопения;
- тромбоцитопения;
- ЭЧТ ошиши;
- фибриногеннинг кўтарилиши;
- серумоид оксиллар титрининг юқорилиги;
- айрим ҳолларда мусбат Вассерман синамаси.

Баён этилганлар билан бир қаторда, Америка ревматологлари уюшмаси томонидан тавсия этилган мезонлардан фойдаланиш ТҚВни УАВ томонидан ўз вақтида мураккаб лаборатор ва асбобий текширувларсиз ташхислашни бирмунча енгиллаштиради. Шуни инобатга олиб, қуйида ушбу мезонларни келтирдик:

- юзда “капалак”симон тошма;
- дискоидли ўчоқлар;
- фотосенсенсбилизация;
- оғиз ва бурун бўшлиғида ярачалар;
- деформациясиз артрит;
- серозитлар (плеврит ёки перикардит);
- бир кеча-кундузда ажраладиган протеинуриянинг 0,5 г дан ортик бўлиши ёки сийдик чўкмасида ўзгаришларнинг мавжудлиги;
- рухий ўзгаришлар (психоз) ёки талвасалар;

- гемолитик камконлик, лейкопения ёки тромбоцитопения;
- LE –хужайралар, ДНКга антитаначалар топилиши, Вассерман синамасининг мусбат бўлиш эҳтимоли;
- антинуклеар антитаначалар мавжудлиги.

Юкорида келтирилган мезонлардан камида 4 таси мавжудлиги ТҚВ касаллиги ташхисини қўйиш учун асос ҳисобланади.

Тизимли склеродермия

Тизимли склеродермия (ТСД) – бириктирувчи тўқиманинг тизимли иммун яллиғланиши сабабли, авж олиб борувчи, тери ва тери ости қавати, ички аъзоларда фиброз-склеротик ҳамда кенг тарқалган вазоспастик ўзгришлар, (облитерацияли эндартериолит) билан кечадиган касалликдир. Унинг асосида учта асосий механизм: фибробластларнинг функционал фаоллашиши ҳисобида авж олиб борувчи фиброз, аутоиммун жараён ва ангиопатия ётади. ТСД тарқалиши бўйича бир миллион аҳолига 2,7-12 нафар беморларни ташкил қилиб, аёлларда эркакларга нисбатан деярли 5-7 баробар кўпроқ учрайди ҳамда унинг бошланиш даври кўпинча 30-50 ёш оралиғига тўғри келади.

Клиник кечиши. ТСДда фиброз ўзгаришлар негизида тўқималарнинг яллиғланиши полиморфизм ва полисиндромал намоён бўлиб, кам ифодаланган манифест ҳолатдан тарқалган, тез авж олиб борувчи ҳамда фатал шаклгача бўлган кўринишда кечиши мумкин. ТСДнинг куйидаги шакллари фарқланади:

Клиник:

- ▶ *диффуз склеродермия* – тери ва ички аъзоларнинг тарқалган шикастланиши (ошқозон-ичак тизими, юрак, ўпка, буйрак);
- ▶ *римиитирловчи склеродермия* – (асосан юз ва бармоқлар терисининг шикастланиши) ёки CREST-синдроми (калциноз, Рейно синдроми, эзофагит, склеродактилия, телсангизктазия);
- ▶ *кесишган синдром (overlaps)* – ТСДни дерматомиозит, ревматоид артрит ёки ТҚВ белгилари билан бирга келиши;
- ▶ *висцерал шакл:* – асосан ички аъзоларнинг шикастланиши (ошқозон-ичак тизими, юрак, ўпка, буйрак);
- ▶ *ювенил склеродермия* – терининг ўчоқли шикастланиши, унча яққол намоён бўлмаган Рейно синдроми ва контрактура ривожланишига олиб келувчи кучли бўғим синдроми (16 ёшгача бўлган беморларда).
- ▶ *Кечиши бўйича:*
 - ▶ ўткир (ўта тез авж олиб ривожланадиган – одатда тери, томир ва ички аъзоларнинг қисқа муддат ичида оғир шикастланиши билан кечадиган);
 - ▶ ўткир ости (нисбатан ўрта меъёрда ривожланиб, биринчи навбатда теридаги ўзгаришнинг кўзга яққол ташланиши билан биргалликда, бўғим синдроми, серозит ва баъзи ички аъзолар яллиғланиши кўшилишининг кузатилиши);

▶ сурункали (касаллик йиллар мобайнида аста-секин ривожланиб бориши ва асосан илк бор Рейно синдроми устуворлигининг кўзга ташланиши).

- ▶ Фаоллик даражаси бўйича:
- ▶ минимал (I); -ўртача (II); -максимал (III).
- ▶ Боскичлари бўйича:
- ▶ бошланғич;
- ▶ тарқалган;
- ▶ терминал.



2-расм. Склеродермиядаги киссет лаб

боскичида унинг яққол таранглашиб юпқалашиши, буруннинг ўткир шаклга кириши ва лаб атрофида “киссет” аломати (2-расм) пайдо бўлиши хос. Баъзан қўлдаги терининг тобора қаттиқлашиши туфайли кўпинча бармоқларда букулувчи контрактура ҳамда куш панжаларини эслатувчи склеродактилия ривожланиши мумкин. Шу билан бир каторда, терида гипер ва депигментация, телеангиэктазия, гиперкератоз ҳамда трофик ўзгаришлар туфайли сочининг тўкилиши, тирноқлар деформацияси ва ярачалар ушбу касалликка хос белгилар ҳисобланади. Бундан ташқари айрим беморларда кальциноз, яъни тери остига кальций моддасининг (айниқса,, бўғим атрофида) тўпланиши кузатилади. Склеродермиядаги киссет лаб, остеолизнинг кузатилиши солиштирма ташхис учун жуда муҳим. Чунки бу белгилар БТТК гуруҳига кирувчи касалликлар орасида кўпинча ТСД хос бўлиб, қўл бармоқлари узунлигининг қисқаришига сабаб бўлади. Беморлар ҳаёт сифати ёмонлашишининг асосий сабабларидан бири - Рейно феномени, касалликнинг илк аломатларидан ҳисобланиб, кузатиладиган ангиопатиянинг типик намоён бўлиши ҳисобланади. Айрим ҳолларда у тирноқ фалангаларининг некрози даражасигача (3-расм) етишига сабаб бўлади. ТСДда мушакларнинг яллиғланиши ҳам аксарият беморларда, кузатилиб кўпинча миалгия, мизозит ва полимиозит кўринишида кузатилиши мумкин.

ТСД аниқлашда катта аҳамиятга эга бўлган теридаги ўзгаришлар хасталикнинг типик кўринишини белгилаб, кўпинча Рейно синдроми билан биргаликда кузатилади. Унинг фиброзга чалиниши, зич шиши, индурация ҳамда атрофия даврларининг биринкетин келиши билан ифодаланади. Жараён аввало, қўл бармоқлари ва қафтларда бошланиб, кейинчалик аста-секин билак ва тананинг бошқа қисмлари ҳамда юздаги териларга ўтади. Айниқса,, терининг атрофия



3-расм. Тирноқ фалангалари некрози

Бўғим синдроми ҳам ушбу касалликнинг асосий белгиларидан бири бўлиб, беморларда турли муаммолар туғдиради ва уларнинг шифокорга тез-тез мурожаат қилишига сабаб бўлади. Асосан бўғимлардаги ўзгаришлар, эрталабки қарахтлик ёки букилган контрактура билан кечадиган артрит, фиброз-индуратив ўзгаришлар ва артралгия шаклларда учрайди. ТСДда ички аъзолар ичида кўпроқ овқат хазм қилиш тизими зарарланиб, деярли барча ҳолларда қизилўнгачда фиброз, турли хил оғирликдаги эзофагит кузатилади ва клиник белги сифатида дисфагия билан намоён бўлади. Шу билан бир қаторда, ошқозон ва ичаклардаги фиброз ўзгаришлар беморларда ушбу аъзоларнинг моторикаси ҳамда сўриш хусусияти бузилишига хос аломатларни (кўнгил айниш ва қайт қилиш, метеоризм, ич кетиш ёки қабзият ва бошқалар) вужудга келтириши мумкин. Ўпкадаги ўзгаришлар альвеолит ҳамда базал ва диффуз пневмосклероз кўринишида намоён бўлади. Клиник нуктаи назардан улар хансиран, нафас олиш қийинлиги ва қуруқ йўтал билан кечиб, кўпинча ташки нафас фаолиятининг бузилишига олиб келади. Ушбу касалликларда буйракдаги ўзгаришлар сийдик чўкмасидаги ўткинчи протсинуриядан тортиб то “склеродермик буйрак” деб аталувчи ҳолатгача бўлган чуқур ўзгаришлар билан намоён бўлиши мумкин. “Склеродермик буйрак” ёмон сифатли кечувчи ва турғун АГ ҳамда протсинурия даражасининг кундан-кунга ошиб бориши билан кечиб пировард натижада СБЕ олиб келади. ТСДда юракдаги ўзгаришлар, коронар бўлмаган кардиосклероз ёки эндокардит кўринишида (баъзан митрал қопқоқчалар етишмовчилиги) бўлиши мумкин.

Юқорида кўрсатилган клиник белгиларнинг айримлари бирлаштирилиб, CREST-синдроми (кальциноз, Рейно-феномени, эзофагит, телеангиоэктазия ва склеродактилия) деб аталади. Шу билан бир қаторда, сероз қобиклар, асаб тизими (тригеминит, полинейропатия) ва эндокрин тизимларнинг (гипотиреоз, буйрак усти бези етишмовчилиги ва бошқалар) зарарланиши ҳамда озиб кетиш ушбу касалликда кузатилиши мумкин.

ТСДга хос лаборатор текширишлар орасида аҳамиятга эга бўлган кўрсаткичлар асосан қуйидагилардан иборат:

◆ антинуклеар (анти-Scl-70) ва антицентромер антитаначаларнинг мавжудлиги;

◆ ДНКантигенларга қарши антитаначалар ва антинуклеар омилнинг топилиши;

◆ ревматоидли омил аниқланиши;

◆ иммун тизим текширилганда, танқислик ҳолати кузатилиши ва иммуноглобулин фракцияларининг ўзгариши;

◆ тери, синовиал қобик ва мушак биопсиясида тўқималарнинг фиброз жараёнга трансформацияси ва томирда ўзгаришлар мавжудлиги.

Юқорида санаб ўтилган специфик синамалар билан бирга, ТСДда қатор носпецифик кўрсаткичлар ҳам касалликни аниқлашда (диспротеинемия, айникса,, γ-глобулинларнинг юқорилиги, камқонлик, лейкопения, ЭЧТ ошиши, фибриногеннинг кўтарилиши ва бошқалар) маълум аҳамиятга эга.

ТСДни ташхислашда Америка ревматологлари уюшмаси тавсия этган белгилардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади ва улар қуйида келтирилган.

Асосий белгилар:

- терининг склеродермик шикастланишга хос кўриниши;
- Рейно синдроми;
- бўғим-мушак синдроми (контрактура билан);
- остеолиз;
- кальциноз;
- базал пневмофиброз;
- йирик ўчоқли кардиосклероз;
- склеродермик нефропатия;
- антинуклеар (анти-Scl-70) ва антицентромер антитаначаларнинг мавжудлиги;

- капилляроскопик кўрсаткичлар.

Қўшимча белгилар:

- терининг гиперпигментацияси;
- телеангиэктазия;
- трофик ўзгаришлар;
- полиартралгия;
- полимиалгия, полимиозит;
- полисерозит;
- сурункали нефропатия;
- полиневрит, тригеминит;
- озиб кетиш (10 кг ва ундан юқори) ;
- ЭЧТ ошиши;
- гиперпротеинемия;
- гипер- γ -глобулинемия;
- ДНКантитенларга қарши антитаначалар ва антинуклеар омилнинг топилиши;
- ревматоидли омилнинг мавжудлиги.

Дерматомиозит

Тизимли дерматомиозит (ДМ) бириктирувчи тўқиманинг авж олиб боровчи диффуз аутоиммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан кўндаланг-тарғил ва силлиқ мушаклар шикастланиши натижасида ҳаракат фаолиятининг бузилиши билан кечади. ДМ тарқалиши бўйича ТКВ ва ТСДга нисбатан кам учраб, бир миллион аҳолига 3-5 нафар беморни ташкил қилади аёллар эркакларга нисбатан деярли икки баробар кўпроқ касалланади ва барча ёшдаги шахсларда кузатилиши мумкин.

ДМнинг келиб чиқиши, клиник кўриниши ва кечиши бўйича қуйидаги турлари фаркланади.

А. Келиб чиқиши бўйича:

- идиопатик (бирламчи);
- паранеопластик (иккиламчи).

Б. Кечилиши бўйича:

- ўтқир;
- ўтқир ости;
- сурункали.

В. Даврлари:

- продромал бир неча кундан бир ойгача;
- манифест даври - тери, мушак ва умумий зарарланиш синдромлари билан;
- дистрофик ёки кахектик, термнал-асоратлар ривожланган даври.

*Г. Фаоллик даражаси: I, II, III.**Д. Асосий клиник белгилари (синдромлари).*

ДМнинг асосий клиник аломатлари кўндаланг - тарғил ва силлик мушакларнинг диффуз зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, улар касалликнинг типик кўринишини белгилайди. Бунда аксарият бўйин, елка, тос камари, оёқ ва қўл мушакларини зўрайиб борувчи ҳолсизлиги, миалгия, “хамирсимон” шиш, кейинроқ эса миосклероз, проксимал мушаклар атрофияси ва контрактуралар кузатилади. Айрим ҳолларда бўйин ва тананинг орқа қисмида мушакларнинг зарарланиши туфайли беморларда бошни ушлаб тура олмаслик ва ўтира олмаслик каби ҳолатлар юзага келади. Қўл мушакларининг зарарланиши ўз-ўзига хизмат қилиш ва оёқдаги ҳаракатларни чеклаб қўяди. Юз мушакларидаги ўзгаришлар уни “маскасимон” тус олишига сабаб бўлади. Қўл ва оёқларда мушаклар зарарланиши билан бир қаторда, рефлекслар сустлиги ёки йўқолиши, гиперальгезия ҳамда парестезиялар кузатилиши мумкин. Ушбу касалликда теридаги ўзгаришлар турли хил намоён бўлиб, асосан тананинг очик қисмида, бўғимлар устида офтобдан куйиш кўринишидаги ёки пушти-сиёҳ рангидаги эритема ва кафтдаги, бармоқ ёстиқчаларидаги капилляритлар ҳамда юз, кафт, кам ҳолларда оёқ, болдир соҳасида, қаттиқ шишлар кўринишида бўлади. Ушбу касалликка патогномоник ҳисобланувчи “кўзойнак” аломати, яъни кўз атрофидаги шиш ва эритема айнан ДМга хосдир. Аксарият ҳолларда терида буллёзли, папулалар тошмалар ва пурпура, телеангиэктазия, гиперкератоз ҳамда гипердепигментациялар ҳам (4-расм) аниқланади.

ДМда бўғим синдроми кўпинча турғун артрал-гия ва периартрит шаклида учрайди, лекин беморларда ҳаракатнинг чекланиши асосан бўғим атрофидаги мушакларнинг шикастланиши билан боғлиқ бўлади. Ўз навбатида, ушбу касалликда ички аъзоларнинг жараёнга жалб қилиниши ҳам асосан мушакларнинг шикастланиши билан боғлиқдир. Юмшоқ танглай, ютқи, ҳалқум ва қизилўнғачдаги мушакларнинг



яллиғланиши беморларда дисфония, қалқиш, дисфагия ва айрим ҳолларда дизартрияга олиб келиб, баъзан овқат қолдикларининг аспирацияси оқибатида пневмония чакириши мумкин. Чайнаш мушакларининг бузилишига сабаб бўлади. Қовурғалараро мушаклар ва диафрагманинг зарарланиши кўкрак қафаси ҳаракатининг чекланиши ҳисобига интерстициал зотилжам, нафас етишмовчилиги ва ўпка ҳаёт ҳажмининг камайишига олиб келади. Овқат ҳазм қилиш тизимидаги мушакларнинг зарарланиши катижасида, оғиз бўшлиғи, ошқозон ва ичак шиллиқ кавати ва томирларнинг яллиғланишлари туфайли, анорексия, коринда оғрик ҳамда гастроэнтероколит каби белгилар юзага келади. Юрак мушакларидаги ўзгаришлар миокардит кўринишида намоён бўлса ҳам, одатда бошқа касалликлардаги миокардитларга нисбатан клиник енгил кечиши билан ажралиб туради.

ДМга хос лаборатор ўзгаришлар куйидагилардан иборат:

- мушак ферментлари, яъни креатинфосфокиназа, лактатдеги-дрогеназа, АсАТ ва АлАТ миқдорларининг қонда ошиши;
- миоглобинурия;
- антинуклеар антитаначалар титрининг ошиши;
- ревматоидли омил аниқланиши.

Юқорида келтирилган синамалар билан бир қаторда, диспротеинемия, айниқса,, γ-глобулинларнинг юқорилиги, камқонлик, лейкопения, ЭЧТ ошиши, фибриногеннинг кўтарилиши аниқланиши мумкин. Мушак биопсиясида эса оғир миозит, кўндаланг чизиқларнинг йўқолиши ва уларнинг фрагментланиши, вакуолизацияси, юмалоқ-ҳужайралар инфильтрацияси ҳамда атрофия ва фиброз каби белгилар аниқланади.

Юқорида қайд этилганлар билан бир қаторда, электромиография мушаклардаги ўзгаришларни аниқлашда ёрдам беради.

ДМни ташхислашда ҳам юқоридаги иккита касаллик каби Америка ревматологлари уюшмаси тавсия этган куйидаги мезонлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Асосий белгилар:

1). теридаги типик ўзгаришлар – кўз атрофида шиш ва эритема (“кўзойнак” симптоми), телеангиэктазиялар, тананинг очик қисмларида эритема;

2). зўрайиб борувчи холсизлик, миалгия, шиш ва кейинроқ мушаклар (кўпроқ қўл-оёқ проксимал қисмлари) атрофияси;

3). мушак биопсиясида патоморфологик ўзгаришлар (дегенерация, некроз, базофилия, яллиғланиш инфильтрати, фиброз);

4). қон зардобидаги ферментларнинг - креатинфосфокиназа, альдолаза, трансaminaза меъёрдаги кўрсаткичларга нисбатан 50% ва ундан юқори бўлиши;

5). электромиографиядаги ўзгаришлар.

Қўшилча белгилар:

1). кальциноз;

2). дисфагия.

Дерматомиозитга хос бўлган мушаклардаги ҳолсизлик қалқонсимон без ёнидаги безчаларнинг касаллиги гиперпаратиреозда ҳам кузатилади. Аммо ушбу касалликда мушаклар ҳолсизлиги билан бир қаторда, гиперкальцимия оқибатида кузатиладиган суякларнинг остиодистрофияси (суякларда оғрик, патологик синишлар, шиш, деформация), буйракда тошлар, қоринда оғрик, ошқозонда пептик яралар, озиб кетиш, анорекция, қабзият каби белгилар ҳам хосдир. Гиперпаратиреоз ташхисини тасдиқлашда қондаги кальций миқдорини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Диффуз эозинофилли фасциит

Диффуз эозинофилли фасциит (ДЭФ) – бириктирувчи тўқиманинг тизимли касаллиги бўлиб, унда чуқур жойлашган фасция, кейинчалик фиброз билан яқунланадиган тери ости қавати, унинг атрофидаги мушаклар ва дерманинг зарарланиши ҳамда эозинофилия ва гипергаммаглобулинемия кузатилади. Касаллик одатда кам кузатилиб, асосан 26-60 ёшдаги эркаклар орасида кўпроқ учрайди.

Клиник кечиши. ДЭФ ўткир бошланиб, кўпроқ қўл ва оёқлардаги юмшоқ тўқималарнинг қаттиқлашиши ва шу туфайли ҳаракатнинг чекланиши, бўғимларда букулувчи контрактура белгилари кузатилади. Одатда беморларда илк бор елка олди ва болдир соҳаларида шиш ва қаттиқлашиш аниқланиб, кейинчалик жараён проксимал, яъни елка ва сон мушакларига тарқалади. Айрим ҳолларда ўзгаришлар нафақат юқорида айтилган соҳаларга, балки бўйин ва юз, қорин ва кўкрак қафаси атрофларига жойлашиши мумкин. Ушбу касалликда одатда тери тузилишида ўзгариш кузатилмаса ҳам, юмшоқ тўқималарнинг қаттиқлашиши ҳисобига таранглашиб ялтирок тус олади. Айрим ҳолларда эса гиперкератоз билан кечадиган гиперпигментациялар кузатилиши мумкин. ДЭФда ички аъзо ва томирларда зарарланишлар, Рейно синдроми ва трофик ўзгаришлар одатда кузатилмайди. Булар клиник нуқтаи назардан ушбу касалликни ТСДдан фарқлашда ёрдам беради. Ўз навбатида, ДЭФ бошқа БТТКдан фарқли ўларок, оқибати кўпинча яхши тугалланиши билан ҳам ажралиб туради. Лаборатор ўзгаришлар орасида эозинофилия ва гипергаммаглобулинемия аниқланиши муҳим аҳамиятга эга. Шу билан бир қаторда, диспротеинемия, айникас, γ-глобулинларнинг юқорилиги, камқонлик, лейкопения, ЭЧТ ошиши, фибриногеннинг кўтарилиши кузатилиши мумкин.

ДЭФни ташхислашда Н.Г.Гусева тавсия этган қуйидаги мезонлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Асосий белгилари:

- кўпроқ жисмоний зўриқиш билан боғлиқлик;
- ўткир бошланиш, елка олди, болдир соҳасидаги тўқималарнинг қаттиқлашиши ва ҳаракатнинг чегараланиши;
- букилган контрактуралар ҳосил бўлиши;
- терини “апельсин пўсти”га ўхшаш тусга кириши;

- периферик конда эозинофилия;
- пайларни асосан макрофаглар, лимфоцитлар ва эозинофиллар аралашмаси билан инфилтратсияси;
- ГКСни яхши самара бериши ва аксарият ҳолларда касалликнинг ижобий оқибат билан тугаши.

Қўшимча белгилар: артралгия, миалгия, мушаклардаги чегараланган холсизлик, гиперпигментация, гипергаммаглобулинемия, ЭЧТнинг ошиши.

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари гуруҳига кирувчи бошқа хасталиклар

Бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги (Шарп синдроми) – клиник-иммунологик синдром бўлиб, БТТК гуруҳига кирувчи хасталикларнинг алоҳида клиник белгиларининг биргаликда учраши билан намоён бўлади. Беморда ТСД, ТҚЮ ва ДМларнинг баъзи клиник белгилари ҳамда қонда кўп миқдорда антитаначалар ва рибонуклеопротеин аниқланади.

Шегрен касаллиги – тизимли аутоиммун жараён бўлиб, беморда асосан экзокрин безларнинг (кўз ёши ва сўлак безлари) сурункали яллиғланиши кузатилади ва секин-аста уларнинг секретор фаолияти етишмовчилиги ривожланиши аниқланади ҳамда турли тизимли ўзгаришлар билан намоён бўлади. Одатда шегрен касаллиги кератоконъюнктивит, ксеростомия ва стоматит белгиларининг устуворлиги билан кечади. Беморларда глоссит, хейлит ва тишда карлес жараёнининг кучайиши ҳам ушбу касалликка хос белгилардан ҳисобланади.

Агар юкорида санаб ўтилган асосий белгилар бошқа аутоиммун касалликларда кузатилса, Шегрен синдроми деб аталади.

Бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларида умумий амалиёт врач тактикаси

УАВнинг асосий вазифалари:

- касалликни эрта аниқлаш;
- беморни ревматолог маслаҳатига юбориш;
- профилактика чора-тадбирлари ҳамда ревматолог билан биргаликда дорилар билан даволашни амалга ошириш;
- диспансер кузатуви ва реабилитация.

Касалликни эрта аниқлаш. Аксарият ҳолларда БТТКни эрта аниқлашда қатор қийинчиликлар мавжуд бўлади. Чунончи беморда касалликнинг илк даврларида жуда кўп хасталикларни эслатувчи ўхшаш аломатлар бўлиши мумкин. Шу сабабли, қуйидаги ҳолатлар мавжуд бўлганда, УАВ биринчи навбатда БТТКни инкор қилиши лозим:

- бўғим синдроми (айниқса,, ички аъзо яллиғланиши билан бирга келганда);

- ноаниқ сабабли узоқ давом этувчи иситмалаш;
- серозитлар;
- томир патологияси билан биргаликда кузатилаётган тошмалар;
- тана вазнининг камайиши;
- Рейно синдроми;
- кўл ва оёқ ҳамда тананинг бошқа қисмларида қаттиқлашишлар пайдо бўлиши;
- протейнурия (айникса,, унинг турғунлиги).

Ревматолог маслаҳатига юбориш. УАВ беморда БТТК борлигини аниқлаган ёки шубҳа қилган тақдирда, уни албатта ревматолог маслаҳатига юбориши лозим.

Профилактик чора-тадбирлар ҳамда ревматолог билан биргаликда дорилар билан даволашни амалга ошириш. БТДҚда специфик бирламчи профилактика чоралари мавжуд эмас. Аммо инфекция ўчоқларини бартараф қилиш, эмлашларни эҳтиёткорлик билан амалга ошириш, касбий зарарли муҳитларни бартараф этиш каби чоралар муҳим аҳамиятга эга. Шу билан бир қаторда, ушбу касалликларга мойил бўлган шахсларни (бемор қариндошларини) совуқда қолмаслик, рухий-эмоционал зўриқишдан ўзини четлаш, куёш нурларида ортиқча қолмаслик ҳамда касбий зарарли муҳитлар билан боғлиқ бўлган фаолиятларда эҳтиёткорлик чоралари ҳақида огоҳлантириш ишларини олиб бориш УАВнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Шу билан бир қаторда, мойил гуруҳга кирувчи шахсларга эмлаш ва физиотерапия муолажаларнинг кўплаб турлари ман этилади. Ўз навбатида, БТТКнинг иккиламчи профилактикасини амалга ошириш муҳим аҳамиятга эга. Чунончи, у касалликнинг фаоллашиши олдини олиш, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш ҳамда ҳаёт давомийлигини узайтиришда муҳим омил ҳисобланади.

БТТК гуруҳига кирувчи хасталикларни даволашнинг умумий тамойиллари:

- ▶ глюкокортикоидлар (масалан, преднизолон);
- ▶ цитостатиклар (масалан, азатиоприн, циклофосфамид ва бошқалар);
- ▶ аминоксинолин гуруҳига кирувчи препаратлар (масалан, делагил, плаквенил);

- ▶ экстракорпорал усул (масалан, плазмаферез, гемосорбция);

Ушбу кўрсатилган гуруҳдаги дорилар ёки воситалар касалликнинг клиник кечиши, фаоллик даражасидан келиб чиқиб тавсия этилади.

Одатда даволаш тадбирлари қуйидагиларга қаратилади:

- ▶ ички аъзоларнинг зарарланиши ва авжланишини сусайтириш;
- ▶ томирлардаги ўзгаришларни ҳамда гемостазни яхшилаш;
- ▶ тери, бўғим ва мушакдаги яллиғланишларни ҳамда юмшоқ тўқимадаги ўзгаришларни даволаш;
- ▶ антифиброз даво чоралари ва бошқа тадбирлар.

Юқорида тақидланганидек БТТК чалинган беморлар узоқ муддат патогенетик даво сифатида ГКС қабул қилишлари сабабли, қуйида биз ушбу

дори гуруҳларини салбий таъсирлари ва уларни бартараф этиш 1-жадвал йўлларига қисқача тўхталиб ўтамиз.

1-жадвал

Глюкокортикостероидларнинг салбий таъсирлари

Салбий таъсирлар	Клиник намоён бўлиши	Асоратларни олдини олиш ва даволаш
Натрий ва сув алмашинувининг бузилиши	Шишлар пайдо бўлиши	Сув ва туз миқдорини чегаралаш, диуретиклар
Калий йўқотиш	Мушакларнинг заифлиги, томир тортиши, ЭКГда ўзгаришлар, конда гипокалиемия	Калий препаратлари, верошпирон
Остеопороз, кальцийни йўқотиш	Умуртка, сон-чанок бўғимларида оғрик, суякларни патологик синиши	Анаболик гармонлар, кальцитрин, кальций тузи, Д витамини
Юрак кон-томир тизимида ўзгаришлар	Артериал гипертензия, аритмия	Гипотензив ва аритмияга қарши воситалар
Стероид ошқозон яраси	Эпигастрал соҳада оғрик, диспептик бузилишлар, ошқозондан кон кетиши	Зарурият бўлганда, препаратлардан парентерал фойдаланишга ўтиш, антацидлар, простагландинларни қабул қилиш
Стероидли диабет	Гипергликемия, глюкозурия	Диабетга қарши воситалар
Инфекцияларнинг фаоллашуви	Иситмалаш, инфекцияли жараёнларга мойиллик	Бактерияга қарши воситалар
Руҳий бузилишлар	Уйқусизлик, эйфория, галлюцинациялар	Препаратларни бекор қилиш
Кушингоид синдроми ривожланиши	Ойсимон юз, стриялар, семириш, гирсутизм	Даволашнинг алтернатив усулини қўллаш
Буйрак усти беги етишмовчилиги ривожланиши	Умумий ҳолатнинг ёмонлашиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, ҚБ нинг тўсатдан пасайиши	Даволашнинг алтернатив усуллари, ГКС ни қабул қилиш кўрсатилган карточкага эга бўлиш

Беморларни диспансер кузатиш ва реабилитация. Барча БТТК чалинган беморлар УАВ назоратида бўладилар ва уларнинг асосий вазибалари қуйидагилардан иборат:

- касалликнинг фаоллашишини ўз вақтида аниқлаш. Бунинг учун беморларни мунтазам тиббий кўриқдан ўтказиб туриш, зарур лаборатор-асбобий текширувларни амалга ошириш;

- иммунодепрессив терапиянинг асорат ва ножўя таъсирларини назорат қилиш ва юзага келган ҳолда бартараф этиш чораларини кўриш;

- шифохонага даволашга муҳтожлик пайдо бўлганда, беморни ўз вақтида ихтисослаштирилган бўлимга ётқизиш;

- беморни ревматолог кўригидан ўтказиб туриш ва лозим бўлган ҳолларда бошқа тор мутахассислар маслаҳатига юбориш.

Реабилитация чоралари бўйича УАВ қуйидагиларни бажариши лозим:

- зарурат бўлганда, беморларнинг меҳнат фаолияти бўйича муаммоларини ечишида ёрдам кўрсатиш (масалан, иш жойини алмаштириш бўйича маслаҳатлар, ногиронликка чиқариш ва бошқалар);
- беморга руҳий ёрдам бериш.

Таъхис қўйиш намуналари

✓ Тизимли қизил волчанка сурункали (ёки ўткир ёки ним ўткир) кечиши, фаол даври, фаоллик I даража (ёки II ёки III даража) артрит, кардит, гепатит (ва бошқа аъзолар);

✓ Бирламчи (ёки иккиламчи) дерматомиозит фаол даври, фаоллик I даража (ёки II ёки III даража) ўткир ости кечиши (ёки ўткир ёки сурункали), продромал даври;

✓ Тизимли диффуз (*ёки римитирловчи ёки кесишган ёки висцерал ёки ювенил*) склеродермия, фаол даври, фаоллик II ўртача (*ёки I минимал ёки III максимал*) даража, тарқалган (*ёки бошланғич ёки терминал*) даври. Рейно синдроми.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агентство, 2007.
2. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней, т.1. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1998.
3. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. – М.: 1998.
4. Морозов А.В. Ревматические болезни, Мн: ВШ, 2008.
5. Насонова В.А., Астапенко М.Г. “Клиническая ревматология” - М.: Медицина 1989.
6. Нобель Дж. Общая врачебная практика. М.: Практика, 2005.
7. Ожороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.2 – М.: Медицина 2003.
8. Остряков Е.К. Ревматические заболевания: диагностика и профилактика, Мн: Полымя, 2007
9. Kelley W. N. et al. (eds.). Textbook of Rheumatology (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders, 1993.

СИЙДИК ЧЎКМАСИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИНГ ТАШХИСИЙ АҲАМИЯТИ

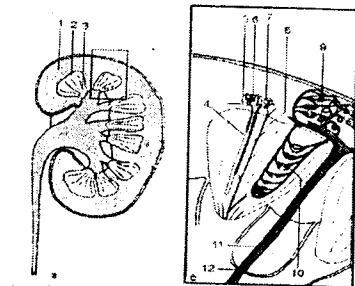
Ҳар қандай зарарсиз протеинурияни патологик белги сифатида қараб, барча ҳолларда беморни синчковлик билан текшириш ва унинг асосий сабабларини аниқлашга ҳаракат қилиш лозим.

М.С.Вовси

“Сийдик синдроми” биокимёвий ва микроскопик текширишлар ёрдамида аниқланадиган ундаги бир қатор ўзгаришларни ўз ичига олади. Бу синдром нафақат буйрак ва сийдик йўллари, балки бошқа аъзоларнинг касалликларида ҳам кўп кузатиладиган белгилардан бири бўлиб, барча соҳадаги врачлар, жумладан УАВ фаолиятида ҳам мунтазам равишда учрайди. Синдромни турли туманлиги ва специфик хусусиятга эга эмаслиги унга олиб келувчи сабабларни аниқлашда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари экстраренал белгиларсиз (шиш, гипертензия) фақат сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар билан кечганда сийдик синдромининг ташхисий аҳамияти янада ошади. Патологик сийдик синдромининг асосий кўринишлари протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндурия, бактериурия, баъзан гемоглобинурия ва миоглобинуриядан иборат бўлиб ҳар бири якка ҳолатда ёки турли кўринишда биргаликда учраши мумкин. Уларни ўз вақтида аниқлаш учун УАВдан асосий касаллик тўғрисида чуқур билим, ҳамда махсус лаборатор ва асбобий текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилиш талаб қилинади. Таҳлил талаб даражасида ўтказилиши аввало сийдик тўғри йиғилиши ва лабораторияга олиб бориш қондаларига амал қилинишига боғлиқ. Соғлом кишида сийдик қопчасида у стерил бўлиб, уретра ва уретра олди соҳа микрофлораси билан ифлосланади. Шу сабабли эрталаб ташқи жинсий аъзолар илик сув билан ювиб тозалангандан сўнг ўрта порциядаги сийдик махсус стерил идишда йиғилиши керак. Мабодо сийдикни зудлик билан (ярим соат ичида) текшириш ёки экиш имкони бўлмаса 24 соат давомида музлатгичда (ҳарорат 4°C бўлиши керак) сақлаш мумкин.

Маърузани ёритишдан олдин буйрак тузилиши ва сийдик ҳосил бўлиш жараёни тўғрисида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Буйрак ловия шаклидаги жуфт аъзо бўлиб, тахминан 120 гр оғирликка эга. У функционал бирлик – нефронлардан ташкил топган. Соғлом одамнинг ҳар бир буйрағида тахминан 1,3 млн нефрон мавжуд. Ҳар бир нефрон (узунлиги 50-55 мм) коптокча ва найчалардан иборат. Нефронларнинг асосий (80-85%) қисми (барча элементлари-коптокча,



1-расм. Буйракни микроскопик (а) ва микроскопик (б) таълиши.
1-тусталоқ қисми; 2- мағиз қисми; 3- сурғиларчи; 4- нефрон ағдаси;
5-проксимал канал; 6- коптокча; 7- дистал канал; 8- ичкунчи юзи; 9- айтила айсизла; 10-вазса recta. 11-булаклараро вена. 12-булаклараро артерия

проксимал ва дистал каналчалар ҳамда Генли ҳалқаси) буйракни пўстлоқ бўлагиди жойлашган. Бундан ташқари унинг пўстлоқ ва мағиз қисми чегарасида жойлашган иккинчи тартибдаги юкстамедуляр нефронлар (15-20%) фаркланади. Уларни коптокча, проксимал ва дистал каналчалари пўстлоқ қисмида, олдингисидан анча узун бўлган Генле ҳалқаси эса буйракни мағиз қисмига кириб кетади ва натрийнинг самарали қайта сўрилишини таъминлайди.

Коптокчалар капиллярлар мажмуасидан иборат бўлиб, олиб келадиган артериолалардан (*vas afferens*) ташкил топган. Коптокча капиллярлари ҳалқаси диаметри олиб келувчи артериолалардан кичкина бўлган олиб кетувчи (*vas efferens*) артериолаларга туташади (1-расм). Артериолалар орасида эса юктагломеруляр аппарат (ЮГА) жойлашган. Олиб кетувчи артериолалар бўлиниб каналчалар бўйлаб капилляр тўр ҳосил қилади. Улардан қон венулаларга тушади. Юкстамедуляр коптокчаларда олиб келувчи ва олиб кетувчи артериолалар диаметри бир хил. Олиб кетувчи артериола нефрон ҳалқаси ва йиғувчи канал (*arteriola recta*) бўйлаб жойлашган тешиги кенг бўлган капиллярларга қўшилади.

Коптокча иккита – юкстамезангиал ва периферик соҳаларга бўлинади. Коптокчанинг периферик қисми уч қаватдан иборат базал мембрана (БМ) ҳамда подоцитлар қавати билан қопланган ва у ичкарига бўртиб чиққан. Иккинчи – юкстамезангиал соҳа капиллярлар эндотелийси билан қўшилиб кетган ўз мезангиясига эга бўлиб улар бирлашган соҳада БМ аниқланмайди. Подоцитлар БМнинг барча соҳасини ўраб олган. Эндотелийнинг 30% юзаси махсус диафрагма билан ёпилган 40 нм катталиқдаги тешикчаларга эга. Капиллярлар эндотелийси ва БМ нисбатан катта молекуляр оғирликка эга бўлган оксиллар учун тўсик ҳисобланади.

Буйрак капиллярларини яна бир ўзига хос томони шундаки у учта – эндотелий, БМ ва эпителиал қаватларга эга. Оддий капиллярлар артериолалар оралиғида жойлашиб кейин венулаларга қўшилса, коптокчалардаги капиллярлар олиб келувчи артериолалардан бошланиб олиб кетувчи артериолага қўшилади ва улар билан тугайди. Тўқималардаги капиллярларда икки томонлама ҳаракат кузатилса, буйрак капиллярлари фақат бир томонлама. яъни сийдик бўшлиғи томонга ҳаракатланади.

Буйрак паренхимасини 95% каналчалар ташкил этади. У проксимал сегмент, нефрон ҳалқаси, дистал сегмент ва йиғувчи трубкадан иборат. Охириги қисми буйрак сўргичларига очилади ва кейин унинг жомчаларига қуйилади.

Буйрак фаолияти барча нефронлар ишининг натижасини ўзида жамлайди. Коптокчалар капиллярларида қон зардоби ультрафилтрацияланади. Каналчаларда ҳосил бўлган ультрафилтратдан бир қисм сув, электролитлар, глюкоза, аминокислоталар ва бошқа қатор моддалар қайта сўрилади. Ҳар дақиқада буйрак орқали бир литр қон (600-800 мл плазма), яъни айланиб юрган қон ҳажмини 1/5-1/4 қисми ўтади. Ҳар куни буйракларда 170-180 л гломеруляр суюқлик ҳосил бўлади ва ундан

тахминан нисбий зичлиги 1.002-1.028 га тенг бўлган 1,5 л иккиламчи сийдик юзага келиб организмдан чиқазиб юборилади.

Куйида биз сийдик чўкмасида кузатиладиган асосий ўзгаришларнинг хар бирига алоҳида тўхталиб ўтамиз.

Протеинурия

“Протеинурия” деганда сийдик билан меъёрдан (бир кунда 30-50 мг ва ундан кўп) ортик микдорда оксил чиқиши тушунилади.

Врач назарида хавфли бўлган протеинурия оимптомини ташхисий аҳамияти турлича бўлиб сийдикда оксилни аниқлаш ташхисий изланишнинг бошланиши ҳисобланади. Чунки протеинурия сабаблари ва сийдик орқали чиқиб кетаётган оксил таркиби турли-тумандир. Сийдикдаги оксил микдори ва таркибини ўрганиш асосий касалликни аниқлашда катта аҳамиятга эга. Қон таркибидаги оксилларни сийдикка ўтиш жараёни жуда мураккаб бўлиб, буйрак коптокчалари, каналчалари фаолиятига ва улардаги қон айланишига боғлиқдир.

70 кг вазнга эга бўлган одамда буйракдаги қон айланиш тезлиги меъёрида бир дақиқада 1,1 л га тенг. Бир кун давомида соғлом буйрак бир литрида 60-80 г оксил бўлган 180 л қон плазмасини филтрлайди. Шикастланмаган коптокча деворидан кун давомида 30-50 мг оксил ўтиши мумкин. Бу эса буйракни филтрлаш тўсиғи юқори самарада ишлаётганидан далолат беради. Филтрат онкотик босимга қарши таъсир килувчи гидростатик босим ёрдамида ҳосил бўлади. Бундан ташқари оксилни филтрдан ўтиши нисбий механик тизим электр зарядига ҳам боғлиқ. Лекин айрим муаллифларнинг фикрига кўра сийдик билан бир кунда 50-80 мг оксил ажралиб чиқиши буйракда патологик жараён борлигидан далолат беради. Сийдик орқали ажралиб чиққан оксил буйрак коптокчалари деворидан филтрланиб, унинг каналларини проксимал қисмидаги ясси эпителийлар орқали реабсорбция (қайта сўрилмайдиган) бўлмайдиган маълум бир фракцияларидан иборат. Замонавий текшириш усуллари (крахмал ва полиакриламидли гелда электрофарез, иммунофермент) ёрдамида соғлом одам сийдигида 20 дан ортик оксил фракцияларини аниқлаш мумкин бўлиб, улар преальбуминлар, альбуминлар, постальбуминлар, сидерофилин, церулоплазмин, гаптоглобулин, иммуноглобулин А, G ва бошқалардан ташкил топган. Бундан ташқари бир кун давомида сийдик билан оксил потекис ажралиши исботланган: унинг максимал экскрецияси кундузги вақтга, минимали эса тунги соатларга тўғри келади.

Протеинурия синдромини таҳлил қилганда УАВ олдида қуйидаги муаммоларни ҳал қилиш туради: нормал ва патологик протеинурия чегарасини аниқлаш; хар қандай протеинурия буйрак шикастланишидан далолат берадими деган саволга жавоб бериш. Лекин мазкур саволларга жавоб беришда айрим ҳолларда малакали мутахассислар ҳам қийналадилар. Чунки протеинурия микдори баъзан буйрак зарарланмаганда, чунончи инсон жисмоний зўриққанда, СЮЕ, умуртқа поғонаси лордозиди, таркибида

оксиди кўп маҳсулотларни ортикча истеъмол қилганда ҳам ошиб боради. Сўнги йилларда махсус тез таҳлил қилиш усуллари ёрдамида сийдик таркибида бўлган жуда кам миқдордаги оксидлар – микроальбуминларни аниқлаш имконияти туғилди.

Қуйида протеинуриянинг амалиётда кенг қўлланиладиган классификацияси келтирилган.

1. Касалликларга боғлиқлигига кўра:

- функционал;
- патологик.

2. Манбаи бўйича:

- преренал (тўйинган);
- ренал (коптокчали, каналчали ва коптокча - каналчали);
- постренал (буйракдан ташқари, ёлғон кўриниши).

3. Таркиби бўйича:

- селектив;
- селектив бўлмаган.

4. Миқдори бўйича:

- микроальбуминурия (бир кунда 300 мкг гача);
- енгил (оксид изи - бир кунда 1 г гача);
- ўртача (бир кунда 1-3 г гача);
- юқори нефротик (бир кунда 3 г дан ортик).

Функционал (физиологик, зарарсиз) протеинурия буйраги соғлом одамларда учрайди ва унинг патогенези ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган. Нефронлардаги органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган патологик протеинуриядан фарқли ўлароқ унинг физиологик турида сийдик билан ажраладиган оксид миқдори бир кунда 2 г дан ошмай кўпинча таъсир қилувчи омил бартараф этилгач, изсиз ўтиб кетади ва камдан-кам ҳолларда эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия билан бирга кечади. Функционал протеинуриянинг бир неча турлари фарқланади.

Айрим соғлом одамларда совуқ ванна қабул қилганда, қўл панжаси ва билаклар 2-3 дақиқа совуқ сувга ботириб турилганда тез ўтиб кетувчи протеинурия кузатилади. Бу ҳол уларнинг буйвақларида рефлексор қон айланиши бузилиши натижасида юзага келади деб тушунтирилади. Терига кучли инсоляция таъсирида юзага келадиган *albuminuria solaris* ҳам юқоридаги механизм натижасида ривожланади деб тахмин қилинади.

Қуйида ўтиб кетадиган протеинурия кузатилиши мумкин бўлган ҳоллар келтирилган:

- *алиментар протеинурия-оксидга бой озиқ овқатларни кўп миқдорда истеъмол қилганда;*
- *марказий (центроген)* протеинурия эпилепсия хуружидан кейин ва бош мия чайқалганда, *эмоционал* эса кучли ҳаяжонланишдан сўнг;
- *пальпатор протеинурия* узоқ вақт қорин ва буйрак соҳасини чуқур пальпация қилиш натижасида;

• *зўриқиш (маршили)*- ишчи каналчалар протеинурияси бир кунда 1-2 г дан ошмайди ва оғир жисмоний зўриқиш натижасида юзага келиб, сийдикнинг биринчи чиқишида аниқланади ва одатдаги кундалик жисмоний юкламаларда йўқолади. Бундай протеинурия аксарият ҳолларда 2 та омилга боғлиқ; буйракда қон айланишини сустрлашишига ва коптокчалар базал мембранаси гипоксиясига. Шу билан бир қаторда базал мембрананинг асосий моддаси таркибига кирувчи гиалурон кислотасини деполаризациясига олиб келувчи гиалуронидаза секретциясининг ошиши ҳам, базал мембрананинг ўтказувчанлигини жадаллашишига олиб келиши тасдиқланган.

• *иситмалаш протеинурияси* - коптокчали механизм билан боғлиқ бўлиб (бир кунда 1-2 г гача) кўпроқ ёш болаларда ва қарияларда тана ҳарорати кўтарилган ҳолларда кузатилади ва меъёрига тушгандан сўнг йўқолади. У коптокча капиллярлари деворини иккиламчи токсик-инфекцион шикастланиши натижасида юзага келиб, нефронларнинг бошқа қисмларида ўзгариш кузатилмайди. Агар тана ҳарорати тушгандан кейин протеинурия сақланиб қолса, ўткир жараёни ёки сурунган кейин яллиғланишни авж олганлигини аниқлаш учун қўшимча текширишлар ўтказилиши керак.

• баъзан 13-20 ёшдаги, астеник тана тузилишига эга бўлган ёшларда учраб, горизонтал ҳолда йўқоладиган *ортостатик (лордотик, постдурал)* коптокчали (бир кунда 1 г дан юқори бўлмаган) протеинурия алоҳида аҳамиятга эга. Одатда уларда эрталабки олинган сийдик таҳлилида протеинурия кузатилмайди. У ортостатик синама ўтказилганда ёки 1-2 соат юргандан кейин пайдо бўлади. Вертикал ҳолатда бел соҳасидаги лардоз буйрак веналарида (кўпинча чап томондаги) қон ўтишини кийинлаштириши ушбу турдаги функционал протеинурия сабаби бўлиши мумкин.

Юрак касалликларида учраб турадиган *димланиш протеинуриясини* ҳар доим ҳам функционал характерли деб бўлмайди. Чунки узок вақт буйракда қон айланиши секинлашиши натижасида юзага келган гипоксия ҳолати коптокчалар базал мембранаси ва каналчалар эпителийсини шикастлайди. Бу ўз навбатида коптокчаларда оксил филтрациясини ошириб, каналчаларда эса реабсорбцияни камайишига олиб келади. Оксил миқдори кўпицца бир литр сийдикда 1-3 г дан ошмайди. Транзитор протеинурияни аниқлашда синчковлик билан ёндошиш лозим, чунки айрим ҳолларда мукамалроқ текширишлар (жумладан морфологик) ёрдамида буйрак паренхимасида яширин кечаётган яллиғланиш жараён мавжудлигини аниқлаш мумкин. Шунинг учун ҳам шу ўринда таниқли рус терапевти М.С.Вовсининг ўтган асрнинг 60 йилларида: «**ҳар қандай зарарсиз протеинурияни патологик белги сифатида қараб, барча ҳолларда беморни синчковлик билан текшириш ва унинг асосий сабабларини аниқлашга ҳаракат қилиш**» лозим деган фикрини эслатиб ўтишни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Патологик протеинурия буйрак (айрим буйракдан ташқари) зарарланиши билан кечадиган касалликларда учрайди ва юқорида

таъкидланганидек унинг преренал – тўйинган, ренал (коптокчали, каналчали, аралаш) ва постренал (буйракдан ташқари, сохта) турлари фаркланади.

Преренал протеинурия амалиётда кам учраса ҳам алоҳида бир гуруҳга ажратилган. У “ортиқча” ёки тўйиниш протеинурияси деб ҳам аталиб лимфоплазмоцитар тизимнинг турли касалликларида бемор плазмасида кўп миқдорда тўпланиб, қонда айланиб юрган кичик молекуляр оғирликка (200.000-400.000А) эга бўлган оксилларни буйрак коптокчаларининг шикастланмаган деворидан филтрланиш миқдорининг ортиқчаллиги сабабли каналчаларда тўлиқ сўрилмаслиги ёки реабсорбция учун зарур бўлган ферментни йўқлиги туфайли умуман сўрилмаслиги натижасида юзага келади. Ушбу протеинурия таркиби асосан иммуноглобулинларнинг энгил занжирлари (Бенс-Жонс оксили) миоглобин, гемоглобин, мезоцимлардан ташкил топган. Одатда сийдик орқали йўқотиладиган оксил миқдори бир кунда 0,1- 20 г ва ундан кўп бўлиши мумкин. Лекин у нефротик синдромни асосий белгиси ҳисобланмайди, чунки гипоальбуминемия ва унга хос бўлган бошқа белгилар билан кечмайди.

Тўйинган протеинурия миелом касаллиги, Вальдерстрем макроглобулинемияси, томир ичи гемолизи, рабдомиолиз, моноцитар лейкоз ва айрим бошқа касалликларнинг асосий белгиларидан биридир.

Миелом касаллиги (плазмацитома) каналчалар обструкциясини юзага келтирувчи бир хил туркумдаги патологик иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилиши билан кечади. Ушбу касалликда протеинурия турғун белги бўлиб, миқдори бир кунда 20 г га (унинг аксарият қисми Бенс-Жонс оксидан иборат) этади ҳамда бошқа клиник белгилар (суяклардаги оғрик, деструктив ўзгаришлар натижасида уларни тўсатдан синиши, гепато ва спленомегалия, парастезия) билан биргаликда кузатилади. Юкоридагилардан ташқари қонда кучли М-градиснтли диспротеинемия, юкори даражада патологик иммуноглобулинлар ва стернал пунктатда плазматик хужайралар аникланади. Ушбу касалликда буйрак каналчаларини иммуноглобулинларни κ - ва λ - занжирлари ва уларга қарши антителалар, Тамма-Хорсфалл оксили, қисман альбумин ва фибриногендан ташкил топган цилиндрлар билан тўлиб қолиши кузатилади. Бу белгилар нафақат миелом касаллигида кузатиладиган буйрак зарарланиши балки айрим ҳолларда ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқишига ҳам сабаб бўлади. Одатда сийдик таркибида оксил миқдори ортиши билан ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиш хавфи ҳам ошиб боради. Ушбу касалликда буйрак етишмовчилиги ривожланиши аксарият ҳолларда миелом тубуляр обструкция ривожланганлигидан ёки амилоидоз қўшилганидан далолат беради. Буйракдаги функционал ўзгаришлар асосида сийдик орқали ажралиб кетаётган Бенс-Жонс оксили ёки протеинларни энгил занжирларини найчалар эпителийсига токсик таъсири ётади. Бундан ташқари ушбу жараёнда бошқа омиллар-гиперкальциемия, гиперурикемия, қон зардобини ёпишқоклигини ошиши ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шу ўринда

кўп ҳолларда миелом касаллигининг бошланиш даврида беморларда юқори протеинурия ва сабабсиз ЭЧТ ошиши, кейинроқ суяклардаги ўзгаришлар кўшилишини УАВ ёдда тутиши лозим.

Вальденстрем макроглобулинемиясида эса, патологик LgM оксиди кўп миқдорда ишлаб чиқарилиб бемор қонига тўпланади. Бу касалликда буйрак зарарланиши камроқ учраб (15-20% ҳолларда унча юқори бўлмаган носелектив протеинурия кузатилади), кўпинча спленомегалия, геморрагик синдром, ЭЧТ кескин ошиб кетиши, айрим ҳолларда эса остеопароз, суякларда миелом касаллигига ўхшаш кўплаб остеолитик ўзгаришлар билан кечади.

Томир ичи гемелизи эритроцитларни турли омиллар (мос келмайдиган гуруҳдаги қон қуйиш, гемолитик хусусиятга эга бўлган захарли моддалар, токсинлар, дорилар ва бевосита иммун таъсирлар, ҳамда эритроцитларни травматик шикастланиши) таъсири натижасида шикастланиши туфайли юзага келади. Гемелиз туфайли ҳосил бўлган эркин гемоглобин плазмадаги гаптоглобин билан бирикади. Гаптоглобин тўйингандан сўнг гемоглобин коптокчалар орқали филтрлана бошлайди. Улардан ҳосил бўлган донатор цилиндрлар каналчалар тиркишини бекитиб қуйиши натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Бундай беморларнинг сийдик таҳлилида оксилдан ташқари эритроцитлар, лейкоцитлар, айрим ҳолларда эса эркин гемоглобин аниқланади. Шу билан бир қаторда ўткир буйрак етишмовчилигига хос клиник белгилар (олигоанурия, АГ, шиш, анемия, билирубинемия) кузатилади.

Рабдомиолиз (травматик краш синдроми, ишемик, токсик, генетик) протеинурия ва миоглобулинурия билан кечади. Қонда аминотрансфераза, креатинфосфокиназалар миқдори ошади ва гиперкалиемия, гиперурикемия аниқланади. Клиникасида ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари билан бирга шиш, шикастланган мушакларда оғрик, олигурия кузатилади.

Сурункали моноцитар лейкоз лизоцимни кўплаб ишлаб чиқарилиши натижасида унинг қон ва сийдикдаги миқдорининг (меъёردа 4-7 мкг/мл) ўнлаб марта ошиб кетиши ҳамда қон ва суяк илигида моноцитоз юзага келиши билан намоён бўлади. Айрим ҳолларда лизоцим кўплаб ишлаб чиқарилиши оқибатида сурункали моноцитар лейкозда ҳам протеинурия кузатилиши мумкин.

УАВ фаолиятида ренал протеинурия билан кечувчи касалликлар кўп учрайди. Юқорида қайд қилганимиздек унинг коптокчали, каналчали ва аралаш турлари фарқланади.

Коптокча протеинурияси қон плазмаси оксиллари филтрландиган базал мембранани зарарланиши туфайли юзага келади. Бунда кунлик протеинурия миқдори 0,1 г дан 20 г гача бўлиб, альбумин, трансферрин, α_2 -микроглобулин ва γ -глобулинлардан ташкил топади. Бу турдаги протеинурия турли касалликларда, кўпинча ўткир ва сурункали гломерулонефритларда, амилоидозда, диабетик гломерулосклерозда ва буйрак веналари тромбозидида кузатилади.

Гломерулонефритлар улар орасида алоҳида ўрин эгаллаб буйрак коптокчаларининг бирламчи шикастланиши, кейин жараённи каналчалар ҳамда оралик тўқималарга тарқалиши ва пировард натижада СБЕ ривожланиши билан характерланади.

Ўткир гломерулонефрит (ЎГН) - буйрак коптокчаларини ўткир иммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, кейинчалик бу жараён буйракнинг барча тўқималарига тарқалади ва буйрак ҳамда (ёки) буйракдан ташқари симптомлар билан бирга кечади. Кўпинча болалар ва ёшлар орасида учрайди. У стрептококкли (ангина, фарингит, сурункали тонзиллитни кўзгалиши, скарлатина, сарамас ва бошқалар), айрим ҳолларда стафилококкли, пневмококкли ёки вирусли инфекциялар ўтказган беморларда 10-12 кундан кейин ривожланади. Ушбу касалликнинг ривожланишига вакцина, зардоб, айрим дори ва кимёвий воситалар ҳам сабабчи бўлишини УАВ эса тутиши лозим. Касаллик кўпроқ ёшларда учраб иммун тизимдаги ўзгаришлар унинг ривожланиш асосини ташкил қилади. ЎГН сийдик синдроми билан кечганда турли даражадаги протеинурия, микро ва макрогематурия (сийдик рангини қизариши ёки “гўшт сели” га ўхшаш тусда бўлиши), баъзан кам миқдорда лейкоцитурия, цилиндрлар (гиалинли, донадор, эритроцитар) ва эпителиал хужайраларни ажралиши кузатилади. Бундан ташқари ЎГН шиш (шиш синдромига бағишланган маърузада), АГ ва нефротик синдром (НФС) (унга бағишланган маърузада) айрим ҳолларда эса ўткир буйрак етишмовчилиги (олигоурия ёки анурия, коптокчалар филтрацияси тезлиги пасайиши, азотемия) белгилари билан кечиши мумкин. Юқорида санаб ўтилган ўзгаришлар билан бир қаторда беморда бел соҳасида икки томонлама оғрик, тана ҳароратини кўтарилиши, сийдик ҳажмини камайиши (олигоурия), АГ билан кечганда бош оғриши, ўткир чан қоринча етишмовчилиги белгилари (юрак астмаси, ўпка шиши), бош мияда (энцефалопатия, эклампсия) ва кўз тубида (артериолаларни торайиши, кесишган фсномен, кўрув нерви сўрғичини шиши, майда қон қуйилишлар) ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Ташхисни тасдиқлашда сийдик билан бир қаторда УҚТ (анемия, ЭҚТ ошиши), биокимёвий (креатинин ва мочевина ҳамда сийдик кислотасини ошиши, гипопроteinемия, гипоальбумения, гиперхолестеринемия ва бошқалар), иммунологик (стрептококка қарши АТ, АСЛ-О, антистрептокиназа титрини ошиши), УТТ (нефротик синдромда пирамидалар шиши), рентген (урологик касалликларни инкор қилиш учун), ва морфологик (буйрак биопсияси) текширишлар аҳамиятга эга.

УАВ ЎГНга шубҳа бўлган барча беморларни зудлик билан ихтисослашган шифохонага (бўлим) ётқизиш лозимлигини доимо ёдда тутиши керак. Шифохона шароитида уларга ётоқ тартиби, ош тузи (қунига 1-2 г), сув (қун давонида ажратган сийдик миқдори +200-400 мл) ва оксил (қунига 1 кг тана вазнига 0,5 г гача) миқдори чегараланган парҳез (шиш ва АГ билан кечганда), стрептококк инфекциясига шубҳа бўлган ҳолларда пенициллин (ампициллин, феноксиметилпенициллин ва бошқалар) буюрилади.

Асосий патогенетик даво сифатида ГКС (преднизолон кунига 1 мг/кг 1,5-2 ой давомида), цитостатиклар (қаътий кўрсатмалар бўлганда азатиоприн ва меркаптопурин кунига 2-3 мг/кг, ўртача 150-200 мг 1-3 ой давомида), антикоагулянтлар (гепарин 5.000-10.000 бирлик т/о хар 4-6 соатда, 6-8 ҳафта давомида, антиагрегантлар (курантил кунда 225-400 мг 6-8 ҳафта давомида), аминохинолин бирикмалари (делагил кунда 0,5-0,75 г 3-6 ҳафта давомида, кейин 0,25 г кунда бир неча ой давомида) бериш тавсия этилади.

Шишларни бартараф этиш учун сийдик ҳайдовчи дори воситаларидан (фурацемид, урегит ва бошқалар), АГда эса КА (нифедипин, амлодипин ва бошқалар) фойдаланилади.

Касаллик белгилари ўти кетгандан кейин 6 ой ўтгач тонзилоэктомия тавсия этилади. Шу ўринда ўз вақтида кўрилган чора-тадбирлар 90 ва баъзан 100 % ҳолларда беморни 1,5-2 ой ичида соғайиши билан яқунланишини эслатиб ўтмоқчимиз. Агар айрим белгилари 6 ойдан узоқроқ вақт давомида сақланиб қолса касалликни чўзилган тури хисобланади. Улар соғайганларидан сўнг камида 2 йил давомида мунтазам УАВ назоратида бўлишлари ва хар икки-уч ойда умумий сийдик таҳлили ўтказиб турилиши керак. Мабодо беморда шамоллаш ҳолатлари кузатилса таҳлилларни хар 2 ҳафтада ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Айни вақтда ЎГНни сурункалисини кўзгалган давридан фарқлаш лозим. ЎГНнинг белгилари ҳеч қачон инфекцияга боғлиқ касалликнинг биринчи кунларида намоён бўлмайди, ундан фарқли ўлароқ сурункали гломерулонефритда (СГН) қайталаниш ҳоллари кузатилиши мумкин. ЎГНга циклик кечиш хос бўлиб, сурункалисида эса аксарият ҳолларда уни фарқлашни имкони йўқ. Барча ЎГН билан оғриган беморларда касалликнинг биринчи ҳафтасидаёқ комплемент ва АСЛ-О миқдори ошади. Буйракни концентрациялаш хусусиятини бузилиши СГНни кечки босқичларида, ЎГНда шиш қайта бошлаганда кузатилади. Аксарият ҳолларда яширин кечаётган СГНни ўткиридан фарқлаш мураккаб бўлиб унинг учун буйрак биопсиясини ўтказиш лозим.

Агар инфекцияга боғлиқ касаллик билан оғриган беморлар сийдигида экстраренал белгиларсиз (шиш, АГ) сийдик чўкмасида ўзгариш аниқланса инфекцион токсик буйрак тўғрисида ўйлаш керак. Чунки бу ўзгаришлар касалликнинг яққол намоён бўлган даврида кузатилиб 1-2 ҳафта ичида изсиз йўқолади.

Тез авж олиб борувчи (ўткир ости ёки ёмон сифатли) гломерулонефрит – ЎГН каби бошланиб қисқа вақт (касаллик бошлангандан 2 йил) ичида нефросклероз ва СБЕ ривожланиб ўлимга олиб келади. У бирламчи (идиопатик) ва иккиламчи (ТҚВ, Гудпасчер синдроми, аралаш криоглобулинемия, инфекцион эндокардит, геморрагик васкулит, тугунчали периартериит, Вегенер гранулематози) бўлиши мумкин. Тез авж олиб борувчи гломерулонефрит ЎГН каби аксарият ҳолларда стрептококкли инфекциядан кейин белдаги оғриқ ва макрогематурия билан ўткир

бошланади. Қисқа вақт ичида яққол намоён бўлган НФС, ёмон сифатли АГ, ретинопатия (кўз пардасини кўчиши, кўр бўлиб қолиш), авж олиб борувчи буйрак етишмовчилиги ривожланади. БТТКда тез авж олиб борувчи ГН касалликни илк белгиси бўлиши ёки мавжуд бўлган бошқа белгиларга кўшилиши мумкин. Агар зудлик билан даволаш чоралари олиб борилмаса 6-18 ой ичида беморлар буйрак етишмовчилигидан оламдан ўтадилар. Касалликнинг идиопатик турида тана ҳароратини кўтарилиши, миалгия, озиб кетиш, тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик анемия кузатилади. Ташхис кўйишда клиник белгилар ва асосан буйрак биопсиясида аниқланадиган морфологик ўзгаришлар (ярим ой шаклидаги, ўчоқли ва сегментар некроз ривожланиши билан кечувчи эпителиал хужайраларни пролиферацияси), муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш ихтисослаштирилган шифохоналарда мутахассислар томонидан олиб борилади. Ўз вақтида бошланган “пульс-терапия”, тўрт – компонентли даво (ГКС+ цитостатиклар+ гепарин+ дипиридамо), ўтказилган плазмаферез (иммунодепрессантлар ва ГКС билан) ва гемодиализ касаллик авжланишини бир мунча секинлаштириб эрта буйрак етишмовчилиги ривожланишининг олдини олади.

Сурункали гломерулонефрит – буйракларни коптокча, каналча ва интерстициал тўқимасини сурункали иммун яллиғланиш касаллиги бўлиб, узок вақт давомида қайталанувчи ва авж олиб борувчи сийдик синдроми (протеинурия/гематурия) билан кечиш секин аста уни функционал фаолияти етишмовчилигига олиб келади. У аҳоли ўртасида нисбатан кенг тарқалганлиги ва СБЕга олиб келувчи асосий сабаблардан бири эканлигини инобатга олиб қуйида унга батафсилроқ тўхталиб ўтамыз.

Ушбу касаллик яширин (латент) кечиши ҳамда гипертоник, нефротик синдромларни алоҳида ёки бирга келиши билан намоён бўлиши мумкин. Яширин кечувчи СГН билан оғриган беморларда экстраренал белгилар кузатилмайди ва улар аксарият ҳолларда тиббий профилактика текширишлар вақтида аниқланади. Бундай бемор сийдигида кунда 1-2 г гача протеинурия, микрогематурия ва юқори бўлмаган цилиндруря аниқланади. СГН гипертоник синдром билан кўпроқ ёшлар орасида учраб нисбатан паст протеинурия, микрогематурия билан кечади. Ушбу касаллик НФС билан кечганда эса, юқори протеинурия, шиш, баъзан АГ билан намоён бўлади (бу ҳақида нефротик синдромга бағишланган маърузада батафсил тўхталиб ўтилган).

Амалиётда СГН кўзиш ёки ремиссия даврида эканлигини тўғри баҳолай билиш муҳим аҳамиятга эга. Улар қуйидагилардан иборат:

1. СГНнинг кўзгалганлигини билдирувчи белгилар:

- тўсатдан пайдо бўлган НФС;
- даволаш қийин бўлган АГ;
- протеинурияни кескин ошиб бориши (5-10 марта);
- эритроцитурияни кескин ошиб бориши (5-10 марта);

- диспротеинемия юзага келиши;
- иммун кўрсаткичлардаги кескин ўзгаришлар.

2. Ремиссия белгилари:

- протсинурия ва эритроцитурияни камайиши ва йўқолиши;
- АГни меъёр даражасига тушиши.

СГНнинг клиник намоён бўлиши, кечиши ва оқибати барча ҳолларда унинг морфологик тури билан узвий боғлиқ эканлигини инобатга олиб қуйида улар тўғрисида қисқача маълумот бериб ўтамыз.

1. *Мезангиал - пролифератив* гломерулонефрит буйрак коптокчасидаги капиллярлар эндотелийсига иммун комплекслар (*IgG, IgA*, кам ҳолларда *IgM*) ўтириб қолиши натижасида ривожланади. Бирламчи мезангиал - пролифератив гломерулонефрит сабаби ноаник, иккиламчиси эса ТҚВ, Шенлейн-Генох касалликларида кузатилади. Ушбу касаллик билан оғриган аксарият беморларнинг аҳволи қониқарли бўлади. Айрим ҳолларда бел соҳасида оғрик ва умумий ҳолсизликдан шикоят қилишлари мумкин. Улардан 10-30% да шиш синдроми, 16-25% да АГ кузатилиб, НФС жуда камдан кам ҳолларда учрайди. Сийдик таҳлилида унча юқори бўлмаган протеинурия (қунига 1 г/л гача), микрогематурия, цилиндрурия (50-70% беморларда) аниқланади. Мезангиал - пролифератив гломерулонефрит амалиётда кўп ҳолларда яккаланган сийдик синдроми (50-60% беморларда) билан кечади. Гломерулонефритнинг ушбу тури бир мунча яхши сифатли кесиб, 10 йиллик яшаш 81% ни ташкил қилади.

IgA-нефропатия (Берже касаллиги) - мезангиал-пролифератив гломерулонефритнинг коптокчалар мезангиясига IgA ўтириб қолиши билан кечадиган тури. Бирламчи (идиопатик –сабаби ноаник) ва иккиламчи (сурункали гепатит В ва С, ошқозон, ичак, ошқозон ости беши ва ўпка ўсмаси, Крон, Шенлейн-Генох касаллиги ва бошқалар) турлари фарқланади. У аксарият ҳолларда ёш болаларда ва 30 ёшгача бўлган эркакларда кўпроқ учрайди. Ушбу касалликнинг қўзғалишига иситмалаш билан кечадиган юқори нафас йўллари касаликлари туртки бўлади. Қайталовчи оғриксиз макрогематурия IgA- нефропатияни асосий клиник белгиси ҳисобланади. Ушбу белги унча кучли бўлмаган бел соҳасидаги тўмтоқ оғрик, КБни транзитор кўтарилиши, энгил протеинурия айрим ҳолларда эса ўткир буйрак етишмовчилиги (буйрак каналчаларини эритроцитар цилиндрлар билан бекилиб қолиши ҳисобига) белгилари билан кечиши мумкин. Беморларнинг тахминан 23% да АГ кузатилади. Касалликнинг кечки босқичларида 15-30% беморларда НС ривожланади. Касаллик аста-секин авжланиб бориб 10-15 йиллардан кейин СБЕга олиб келади. Қон таркибида кўп миқдорда IgAни аниқланиши уни қайталовчи гематурия билан кечувчи бошқа касалликлардан (буйрак ўсмаси, сили, буйрак тош касаллиги (БТК), сийдик қопи ўсмаси ва сили, геморрагик васкулит ва бошқалар) фарқлашга ёрдам беради ушбу гуруҳ беморлар онколог ва уролог кўригидан ўтишлари лозим.

IgM-нефропатия амалиётда жуда кам учрайди ва кўпроқ эркаклар касалланади. Аксарият беморларда оғир НС (яққол намоён бўлган шишлар, протеинурия $\geq 3,5$ г/кунига, гипопро테인емия, гиперхолестеринемия) кузатилади, кейинчалик АГ қўшилади. Касаллик доимо авжланиб боради ва СБЕ ривожланишига олиб келади.

2. *Мембраноз-пролифератив (мезангиокапилляр)* гломерулонефритни ҳам бирламчи ва иккиламчи турлари тафовут этилади. Иккиламчи тури аксарият ҳолларда 30 ёш атрофидаги эркаклар орасида БТТК, тизимли васкулитлар, Шенлейн-Генох касаллиги, инфекцион эндокардит, гепатит каби касалликлар асосида ривожланади. Касалликнинг ушбу тури яққол намоён бўлган шиш (анасарка кўринишигача) ва оғир АГ билан бошланиб 20 % ҳолларда макрогематурия, тахминан 50 % ҳолларда НФСга хос бўлган клиник ва лаборатор белгилар билан бошланади. Айрим беморлар бел соҳасидаги симмилловчи оғриқлар, умумий ҳолсизликдан шикоят қиладилар. Касалликнинг 5-6 йилида терминал буйрак етишмовчилиги ривожланади.

3. *Экстракапилляр диффуз пролифератив гломерулонефрит* кўпроқ 30-40 ёшларда учраб ўткир бошланади. Тахминан 50% беморларда диурезни кескин камайиши (олигоурия даражасига қадар), чанқаш, бош оғриши, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади. Обьектив кўриқда тери қопламларининг рангпарлиги, юз ва оёқларда, корин бўшлиғида шишлар мавжудлиги аниқланади. Касалликнинг эрта даврларида АГ ва СБЕ белгилари қўшилади.

4. *Фокал-сегментар гломерулосклероз* барча СГНларнинг 5-10% ташкил қилади. Кўпинча 10-40 ёшдагилар орасида учрайди. Эркаклар аёлларга нисбатан 2-3 марта кўпроқ касалландилар. Ушбу касаллик ўткир бошланиб, беморларда шиш (яққол намоён бўлган НФС), оғир АГ белгилари кузатилади ва аксарият ҳолларда юрак етишмовчилиги қўшилади. Сийдик таҳлилида нисбий зичлигини пасайиши, юқори протеинурия (одатда кунлик йўқотиш 3,5 г ва ундан кўп), цилиндрурия, микрогематурия ва биокимёвий таҳлилда НФСга хос бўлган белгилар, креатинин миқдорини ошиши, гипергаммаглобулинсемия аниқланади.

5. *Мембраноз гломерулонефрит* унча юқори бўлмаган ва баъзан йўқолиб турувчи протеинурия билан бошланади. Йиллар ўтиши билан протеинурия доимий тус олади (80% ҳолларда НФС ривожланади) ва кейинроқ АГ қўшилиши мумкин. Ушбу турдаги СГНда бошқаларига нисбатан кўпроқ веналар (буйрак веналарида ҳам) тромбози кузатилади.

6. *Минимал ўзгаришлар билан кечувчи гломерулонефрит* барча ҳолларда ўткир бошланиб, беморларда кучайиб борувчи шиш, эрта НФС белгилари ривожлади. АГ ва буйрак етишмовчилиги белгилари кам учрайди. Ушбу клиник белгилар тўсатдан ўз-ўзидан ўтиб кетиши мумкин. Беморларда юқори альбуминурия, 20-30% ҳолларда эса микрогематурия кузатилади.

7. *Фибропластик (склерозловчи) гломерулонефрит* юқорида санаб ўтилган морфологик турларнинг барчасини жамланиши ва касалликнинг

кечки боскичларида кузатилади. Унинг асосида буйрак коптокчалари склерози, тубуло-интерстициал фиброз ётади. СГНнинг ушбу тури яккол намоён бўлган НФС, оғир АГ ва СБЕ белгилари (**унга бағишланган маърузада батафсил ёритилган**) билан кечади.

Юкорида санаб ўтилган морфологик турлари буйрак биопсияси натижасида аниқланади. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғимларида ушбу текшириш усулидан фойдаланишни иложи бўлмаганлиги сабабли амалиётда СГН клиник белгиларига асосланиб ташхисланади. Унга кўра СГНни куйидаги турлари фарқланади:

1. СГН яккаланган сийдик синдроми билан (латент) кечганда бемор ахволи қоникарли, экстраренал симптомлар кузатилмайди. Умумий сийдик таҳлилида нисбий зичлиги меъёрда, протеинурия кунда 1-2 г, микрогематурия, унча кўп бўлмаган цилиндрурия (гиалинли ва эритроцитар) ва лейкоцитурия аниқланади. Ушбу тури бирламчи ва иккиламчи (бошқа турларини қисман ремиссия даврига ўтганда) бўлиши ва айни вақтда бошқа клиник шаклларига трансформацияланиши мумкин. СБЕ белгилари касалликнинг 10-15 йилларида ривожланади.

2. СГН беморларнинг 10-20% да НФС билан кечади. Унга яккол намоён бўлган шиш (гидроторакс, гидроперикард, асцит, анасарка), юкори протеинурия (кунда 3,5 г дан кўп) диспротеинемия, гипопроteinемия, гиперицидемия каби белгилар билан бир қаторда цилиндрурия, микрогематурия, анемия, ЭЧТ ошиши, туз-сув мувозанатининг бузилиши ҳамда қоннинг ивиш тизимидаги ўзгаришлар хос. СГН ушбу клиник шакли **нефротик криз, тромбозмболиялар** билан асоратланиши мумкин (**нефротик синдромга бағишланган маърузада батафсил ёритилган**).

3. Беморларнинг 20% да СГН АГ билан кечади. Ушбу ҳолатда уларнинг бир қисми умуман шикоят қилмаслиги, айримларини эса кучли бош оғриши, бош айланиши, кўз олди хиралашиши, кўришни ёмонлашиши, юрак соҳасида оғриқ, юрак уриб кетиши, ҳаво етишмаслиги безовта қилади. Кўриқда юрак чегарасини чапга кенгайганлиги, кўз тубидаги ўзгаришлар (артерияларни торайиши, мусбат “кесишиш”, “қумуш” ёки “мис сими” феноменлари, яккаланган ёки кўплаб қон қуйилишлар, кўрув нерви сўрғичини шиши) аниқланади. Сийдик таҳлилида бир оз протеинурия, микрогематурия, нисбий зичликни ва коптокчалар фильтрациясини эрта пасайиши кузатилади. Ушбу гуруҳ беморларда ўткир чап коринча етишмовчилиги (юрак астмаси, ўпка шиши) ривожланиши мумкин.

4. Касаллик 6-8% ҳолларда юкори *гематурия*, ёки турғун макрогематурия, яккол намоён бўлмаган протеинурия ва шиш синдроми билан кечади. Бу IgA (Берже касаллиги) –нефритига хос.

5. СГН 10% беморларда юкорида санаб ўтилган симптом ва синдромларни бирга қўшилиб келиши кузатилади.

Шу ўринда сурункали бирламчи гломерулонефритни қатор касалликларда (tizimli ва айрим юқумли касалликлар, ўсмалар, полиноз

ва бошкалар) кузатиладиган иккиламчи нефритлардан, яъни интерстициал нефрит, амилоидоз, подаградаги нефропатия, мислом касаллиги, буйрак сили ва ўсмади, пиелонефрит, буйрак веналари тромбозидан фарқлаш лозим. Амилоидоз бирламчи касаллик сифатида жуда кам учрайди. Кўпинча сурункали яллиғланиш (сил, заҳм), сурункали йирингли жараён (остеомиелит, бронхоэктаз), ревматоид артрит ва бошқа касалликлардан кейин иккиламчи ҳолда ривожланади. Беморда турли микдордаги протеинурия билан бирга диарея, ҳансираш, юрак ритмининг бузилиши, шиш, гипотония, айрим ҳолларда гипертония, жигар ва талоқ катталаниши ҳамда ошқозон-ичак тизимининг зарарланиш белгилари аниқланади **(НФСга бағишланган маърузада батафсил ёритилган)**.

Диабетик нефропатия (диабетик гломерулосклероз) I ва II-типдаги ҚД билан оғриган беморларда учраб, протеинурия, АГ билан бир қаторда полинейропатия, микро ва макроангиопатия кузатилади. Бу гуруҳ беморларда протеинурия ошишига мос равишда НФС ривожланиш хавфи кўпайиб боради ва касалликнинг иккинчи ўн йиллигида СБЕ ривожланади **(НФС ва ҚДга бағишланган маърузада батафсил ёритилган)**. Лейкоцитурия пайдо бўлиши сийдик ажратиш тизимида инфекцияли жараён кўшилганлигидан далолат беради.

Буйрак веналари тромбози бел соҳасидаги кучли оғрик, протеинурия, гематурия (макрогематуриягача), олигурия, анурия ва ЎБЕ белгилари билан кечади. Жараён секин авжланиб борганда юкори протеинурия ва НФС кечроқ ривожланади.

ТҚВда люпоид нефрит унча юкори бўлмаган (кунига 0,5 г) протеинурия, эритроцитурия ва лейкоцитурия ёки оғир НФС кўринишида кечиши мумкин. Буйрак шикастланиши белгилари билан бир қаторда ёки олдинмакетин ТКВ хос бўлган катта ва кичик ташхисий мезонларни мавжуд бўлиши касалликни аниқлашга ёрдам беради.

Юқорида келтирилган маълумотлар гломерулонефритлар мураккаб кечувчи ва барча ҳолларда СБЕга олиб келувчи касаллик эканлигини тасдиқлайди. Шунинг учун унга шубҳа бўлган ҳолларда УАВлари беморларни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлимларга юборишлари лозим. Шунингдек, касалликнинг кўзгалган даврида ҳам даво чоралари шифохона шароитида ўтказилади. СГН кўзғалишини, авжланишини ҳамда СБЕ ривожланишини олдини олиш мақсадида қуйидаги чора-тадбирлар олиб борилиши лозим:

- совук таъсирдан сақланиш, касаллик кўзғалишига сабаб бўлиши мумкин бўлган ўткир ва сурункали инфекция ўчоқларини бартараф этиш, зарурият бўлганда антибактериал даво олиб бориш;

- парhezга (шифокор тавсиясига кўра) риоя қилиш;

СГНнинг нефротик ва латент клиник ҳамда мембраноз, мезангиопрлифератив, мезангиомембраноз, минимал ўзгаришлар билан кечувчи морфологик турларини даволашда ГКС ни қўллаш яхши самара беради. Гипертоник, аралаш, гематурик клиник турларида ва СБЕ ривожланган

холларда ГКСни қўллаш тавсия этилмайди. Ушбу клиник ҳолатларда ҳамда касалликнинг мезангиокапилляр, фокал-сегментар, мембраноз морфологик турларида цитостатикларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Агар беморда СБЕ белгилари ва панцитопения мавжуд бўлса бу гуруҳ дори воситаларини қўллаш мумкин эмас. Айрим ҳолатларда касаллик фаоллик даражасини қисқа вақт ичида пасайтириш ҳамда дори воситаларининг ножўя таъсирини камайтириш мақсадида ГКС ва цитостатиклар биргаликда қўлланилади. Уларни миқдори барча тизимли иммун яллиғланиш касалликларидаги каби танланади (**БТТКга бағишланган маърузага қаранг**).

Қон реалогиясини ҳамда буйракда микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида антикоагулянт ва антиагригантлар қўлланилади. Дипиридамол кунига 400-400 мг, стазекс (клопидогриль) 75 мг, гепарин 5.000-10.000 бирликдан қабул қилиш тавсия этилади. Агар бемор анамезида ошқозон-ичак тизими яра касаллиги мавжуд бўлса, касаллик юқори АГ ($\geq 160/100$ мм сим.уст.), яққол намоён бўлган гематурия билан кечса ва КФ < 35 мл/дақиқа бўлса ушбу гуруҳ воситалари қўлланилмайди.

СГН яққаланган сийдик синдроми билан кечганда 4-аминохинолин бирикмалари бериледи (делагил 0.25 г ёки плаквенил 0.2 г кунига 1 таб, 8-12 ой).

Ушбу касалликни даволашда уч (ГКС ёки цитостатиклар, антиагригант ва ангиокогулянт) ёки тўрт (ГКС, цитостатиклар, антиагригант ва гепарин кейинчалик варфарин ёки фениндионга ўтиш билан) компонентли даво усулини қўллаш яхши самара беради.

Шишлар мавжуд бўлганда диуретиклар (фуросемид), АГда кальций антагонистлари (коринфар, нормадипин, фелодеп ва бошқалар) самарали ҳисобланади. Шунингдек, алоҳида кўрсатмаларга биноан мутахассис шифокорлар томонидан плазмафарез, гемасорбция ва бошқа даво чоралари ўтказилади. Шифохонадан чиққандан сўнг барча беморлар доимий равишда УАВ кузатувида бўлишлари лозим. СГН латент ва сийдик синдроми билан кечганда УАВ томонидан йилда 2 марта кўрик ўтказилади. Бунда бемор тана вазни, ҚБ ўлчанади, кўз туби кўрилади, УКТ, УСТ, қунлик протеинурия, қон таркибида креатинин, умўмий оқсил ва унинг фракциялари, электролитлар миқдори, КФ ва каналчалар реабсорбцияси аниқланилади. Касалликнинг гипертоник турида диспансер кўрик ва юқорида санаб ўтилган текширишлар 1-3 ойда (ҚБ даражасига кўра), нефротик турида эса 1 ойда бир марта ўтказилади.

Каналчалар протеинурияси уларнинг проксимал қисмида оқсилни етарлича сўрилмаслиги (туғма ва орттирилган фермент етишмовчилиги натижасида каналчаларни оқсил билан тўйиниши) сабабли юзага келиб, бирламчи (туғма) ва иккиламчи (турли хил орттирилган касалликлар) тубулопатияларда учрайди. Бунда протеинурия кунда 2 г гача бўлиб, альбумин, β_2 -микроглобулин, лизоцим, иммуноглобулинларни енгил занжирларидан ташкил топади. Бундай протеинурия генетик тубулопатия

(Фанкон синдроми), ўткир каналчалар некрози, интерстициал нефрит, пиелонефрит, трансплантанти сурункали кўчиши, металл (кўрғошин, кадмий, висмут, симоб) тузлари билан захарланиш, айрим дориларнинг (салицилатлар, тетрациклин кабиларни сақлаш муддати ўтганда) токсик таъсири натижасида ҳам юзага келади. Улар орасида бир мунча оғир кечувчи, проксимал типдаги таркалган тубулопатия Фанкон синдроми ҳисобланади. Бу синдром проксимал буйрак каналчалари ацидозни бикорбонатурия, тубулар типдаги протейнурия, буйрак глюкозурияси, фосфатурия, гипофосфотурия, полиурия ва остеомаляция билан бирга кечади.

Бирламчи **Фанкон синдроми** (до Тони-Дебре-Фанкон касаллиги) ирсий хасталик бўлиб, аутосом-рецессив йўл билан наслдан-наслга ўтади. Касалликнинг илк белгилари бола (ўғил ва қиз болаларда бир хил нисбатда) 6 ёшдан ошганда пайдо бўлади. У жисмонан ва аклан ўсишдан орқада қолиш, гипотрофия, суякларда оғрик, скелетда рахит касаллигига хос ўзгаришлар пайдо бўлиши, полиурия, полидепсия, буйрак глюкозурияси каби клиник белгилар билан намоён бўлади. Буйракни концентрациялаш фаолияти эрта пасаяди. Айрим ҳолларда унча юқори бўлмаган протейнурия ва микрогематурия кузатилади.

Иккиламчи Фанкон синдроми амилоидоз, миелом касаллиги, гиперпаратиреоз каби бир қатор касалликлар натижасида ривожланади. Унда протейнурия ва суяк тизими шикастланиши (скелет деформацияси, суякларда оғрик, уларни синиши, остеопорози) билан бирга полиурия, чанқаш, гипокалиемик миастения каби клиник белгилар кузатилади.

Интерстициал (тубулоинтерстициал) нефрит - буйрак каналчалари ва оралик тўқимасини абактериал (инфекцион бўлмаган) яллиғланиши бўлиб, кейинчалик патологик жараёни нефронларга ҳам тарқалиши билан характерланади. Ўткир тубулоинтерстициал нефрит айрим токсик хусусиятга эга бўлган дори воситалар (пенициллин, сульфаниламид гуруҳи, анальгин, НЯҚВ, аминоглюкозидлар, барбитуратлар ва бошқалар) қабул қилингандан кейин 2-3 кун ўтгач (айрим ҳолларда қисқа вақт ичида) бел соҳасидаги оғрик, бош оғриши, адинамия, йситмалаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўп теолаш, ҚБнинг кўтарилиши, гипостенурия, полиурия, микрогематурия, лейкоцитурия, цилиндруря ва ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари билан кечади. Бундан ташқари беморларда терида тошмалар, анемия, гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия, ЭҚТ ошиши кузатилади.

Сурункали интерстициал нефрит ўз вақтида даволанилмаган ўткир интерстициал нефрит натижасида ёки куйидаги сабабларга кўра ривожланади:

- Айрим дори воситаларини (анальгетиклар - фенацетин, анальгин, бутадийон, НЯҚВ, тиришишга қарши воситалар, кофеин, героин) узок вақт қабул қилиш;

- Оғир метал тузлари билан захарланиш;

- Буйрак соҳасига радиация таъсири;
- Метаболик ўзгаришлар (подагра, гиперпаратиреоз ва бошқалар);
- Буйракдан ташқарида жойлашган ўсма касалликлари;
- Шегрен синдроми ва бошқалар.

Аксарият беморларда асосий касаллик асосида сурункали интерстициал нефрит белгиларини эрта аниқлаш бир мунча қийинчилик туғдиради. Беморни доимий ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳани ёмонлашиши, бош оғриши, бел соҳасида симилловчи оғрик, чанқаш, оғиз куриши, тез-тез оғриксиз сийиш каби шикоятлари буйрак шикастланганлигини унча акс эттирмайди. Чанқаш ва тез-тез сийиш билан бирга кечувчи полиурия сурункали интерстициал нефритнинг асосий клиник белгиси ҳисобланади. У шикастланган каналчаларда қайта сўрилишни бузилганлигидан далолат беради. Касаллик авжланиши билан мос равишда полиурия ҳам ошиб боради ва сувсизланиш (оғиз, тери ва шилик қаватлар куриши, тана вазнини камайиши) ҳамда электролит мувозанатини бузилишига (гипонатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия, гипомагниемия) олиб келади. Сийдик таҳлилида гипостенурия, енгил протеинурия (кўпинча кунига 1 г, жуда кам ҳолларда 2-3 г ва ҳеч қачон 3 г дан ошмайди), микрогематурия, лейкоцитурия, кам ҳолларда цилиндрурия аниқланади. Зимницкий синамасида никтурия, полиурия, аксарият ҳолларда гипоизостенурия кузатилади. Анемия ривожланади. Сурункали интерстициал нефрит 30% ҳолларда папилляр некроз билан асоратланади. Бунда қуйидаги белгилар пайдо бўлади: бел соҳасида кучли оғрик, тана ҳароратини кўтарилиши, ЭЧТ ошиши, олигурия, протеинурия ва гематурияни кўпайиши, лейкоцитурия, сийдикда кўп миқдорда каналчалар эпителийси хужайралари ҳамда буйрак тўқимаси фрагментлари аниқланиши. Айрим ҳолларда оғир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

Полиурия, чанқаш, мушакларда ҳолсизлик, глюкозурия, гиперкальциемия, сийдик орқали кўп миқдорда натрийни ажралиши, гипокалиемия, гипонатриемия ва АГ каби белгилар каналчаларни кучли шикастланиши натижасида буйракни концентрациялаш хусусияти бузилганлигидан ва “нефроген диабет” ривожланганлигидан далолат беради.

Сурункали интерстициал нефрит билан оғриган беморларнинг 30% да пиелонефрит кузатилади.

Ренал протеинуриянинг кўринишларидан бири оқсилни буйракдан лимфа йўллари орқали ўтишини бузилиши натижасида ривожланиб, кўпинча интерстициал нефрит ва пиелонефритда учрайди. Протеинуриянинг яна бир сабаби каналчалар эпителийси орқали оқсилни кўп миқдорда ажратилиши бўлиб, у **гистурия** деб аталади.

Интерстициал нефрит билан оғриган барча беморлар нефрология бўлимига ётқизилиши керак. Зудлик билан касалликка олиб келган дори воситасини қабул қилишни тўхтатиш, ҳайвон ёғлари ва оксил чегараланган парҳез тавсия этиш, яққол намоён бўлган полиурия ва интоксикация билан

кечганда томир ичига глюкоза ва Рингер эритмалари, реополиглюкин, реосорбилант томчилаб юбориш лозим. Шу билан бир қаторда антиагригантлар, антикоагулянтлар, оғир ҳолатларда эса преднизолон (бемор аҳволидан келиб чиқиб кунига 30-60 мг) буюрилади. Олигоурия билан кечганда сийдик ҳайдовчи воситалар қўлланилади. Микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида курантил, трексезазин, теоникол тавсия этилади. Агар беморда буйрак смешмовчилиги ривожланса гемасорбция ёки плазмоферез ўтказиш (ихтисослаштирилган шифохоналарда мутахассислар томонидан) ҳамда симптоматик даво олиб борилади.

Постренал (буйракдан ташқари, сохта) *протеинурия* оксилга бой яллиғланиш экссудати сийдикка тушганда, сийдик чиқариш йўлларининг яллиғланиш касалликларида (шу жумладан простатит), сперма емирилганда, сийдик узок туриб қолганда юзага келиб, миқдор жиҳатдан кунда 1,0 г дан ошмайди.

Патологик протеинуриянинг доимий ва ўткирчи шакллари турли клиник, таъхисий ва прогностик аҳамиятга эгадир. Доимий протеинурия ҳатто бошқа белгилар бўлмаганда ҳам буйрак касаллиги мавжудлигидан далолат беради.

Миқдорига кўра микроальбуминуриядан жуда юқори (нефротик) протеинуриягача бўлган ҳолат тафовут этилади.

"Микроальбуминурия" деганда физиологик меъёрдан юқори, лекин протеинурия даражасидан паст миқдордаги альбуминлар экскрецияси тушунилади. Унинг миқдори кунда 30-300 мг дан ошмайди.

Сўнги йилларда микроальбуминуриянинг прогностик аҳамияти ҳақида қатор янги маълумотлар аниқланди. Шу жумладан, тақрорий сийдик таҳлилида микроальбуминурия аниқланиши буйрак коптоқчаларининг шикастланганлигидан ва буйрак кўчириб ўтказилган беморларда трансплантатнинг кўчаётганлигидан далолат берувчи белги ҳисобланади.

ҚД билан касалланган беморларда микроальбуминурия аниқланса, диабетик нефропатия (диабетик гломерулосклероз – Киммельстил-Уильсон синдроми) ривожланаётганлиги тўғрисида тахмин қилиш мумкин.

Паст протеинурия кунда 300 мг дан 1,0 г гача бўлиб, кўпинча обструктив уропатия, тубулопатия, нефролитиаз, поликистоз, сурункали интерстициал нефрит каби касалликларда учрайди.

Унча юқори бўлмаган (кунда 1-3 г) протеинурия сийдик йўлларининг ўткир яллиғланишида, сийдик копи сийдик найчаси рефлюксида, ўткир каналчалар некрозида, АГ билан кечувчи сурункали интерстициал нефритда, гепаторенал синдромда, трансплантатнинг кўчишида, бирламчи ва иккиламчи гломерулонефритда (нефротик синдромсиз), амилоидознинг протеинурик босқичида, функционал протеинурияда учраб, плазма таркибидаги умумий оксил миқдорини камайтирмайди. Бу эса организмда оксил синтезини оширувчи даво чораларини кўришни талаб қилмайди.

Юқори ёки нефротик протеинурия кунига 3,5 г дан кўп бўлади ва унинг гипоальбуминемия билан бирга келиши тўлиқ бўлмаган нефротик синдром мавжудлигидан далолат беради. Юқори (> 3,5 г/кунда) протеинурия ва

гипоальбуминемия НФС асосий белгиси ҳисобланиб у гиперлипидемия, диспротеинемия, шиш, қонни ивиш тизими фаоллашуви билан бирга кечса, бу ҳолда тўлик нефротик синдром ҳақида сўз юритилади.

Таркиби бўйича селектив ва носелектив протеинурия тафовут этилади.

Селектив протеинурияда пешоб билан бирга кичик молекуляр оғирликка эга бўлган оксилларни, асосан альбуминларнинг чиқиши тушунилади. Юқори селектив протеинурияда сийдик таркибида жуда кичик молекуляр оғирликка (40.000-69.000 А) эга бўлган альбумин, глобулин бўлакчалари аниқланади. Селектив протеинурияда эса улар билан бирга молекуляр оғирлиги 150.000 А га тенг бўлган гаптоглобулинлар ҳам топилади. Буйракни гистологик текширганда минимал ўзгаришлар кузатилади.

Селектив бўлмаган протеинурия учун ўрта ва юқори молекуляр оғирликка (α_2 -микроглобулинлар, молекуляр оғирлиги – 830.000, гликопротеидлар, молекуляр оғирлиги – 930.000) эга бўлган оксиллар ажралиши хосдир. Бу турдаги протеинурия буйрак паренхимаси оғир шикастланганлигидан, айрим ҳолларда эса фиброгпластик ўзгаришлар юзага келганлигидан далолат беради.

Протеинурия турларини фарқлашда юқорида санаб ўтилган асосий касалликларга хос бўлган клиник-морфологик белгиларни, сийдик ажралиш тизимининг функционал ҳолати ва қўшимча текшириш натижаларини ҳисобга олиш лозим. Мисол учун функционал протеинурияни патологикдан фарқлаш учун жисмоний зўриқиш, ортостатик ва бошқа синамаларни, преренал протеинурияни (кўпинча унинг сабаби миелом касаллигидир) аниқлаш учун суякларни рентген ёрдамида текшириш, стернал пункция (тўш суяги пункцияси) тахлили, ренал (коптокчали, каналчали, аралаш) протеинурияни исботлаш учун эса коптокчалар фильтрацияси, каналчалар фаолиятини баҳолаш, урологик касалликлар тўғрисида шубҳа туғилганда – рентген текширишлар, оксил селективлигини аниқлаш учун эса сийдик таркибидаги оксилни электрофорез усули билан аниқлаш мақсадга мувофиқдир.

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, беморларни даволаш учун буюрилган айрим дори воситалари сийдик билан бир кеча-кундузда йўқотилаётган оксил миқдорини ўзгартириб юбориши мумкин. ГКС, цитостатиклар, антикоагулянтлар ва антиагрегатлар биргаликда қўлланилганда протеинурия миқдори ишонарли даражада пасаяди.

Гематурия (эритроцитурия).

Гематурия деганда сийдик чўкмасида физиологик меъёрдан, яъни эрталабки сийдик микроскопда текширилганда кўриш майдонида 0-1 тадан кўп эритроцитларнинг аниқланиши тушунилади. Сийдик таркибидаги хужайралар сони Нечипоренко (эрталабки 1 мл сийдикда эритроцитлар сони 1 мингдан кўп), Аддис-Каковский (бир кунда 1×10^6 дан кўпроқ эритроцитлар ажралиши) усуллари ёрдамида текширилганда гематурия тўғрисида аниқ маълумотга эга бўлинади. Гематурия турли касалликлар натижасида юзага келганлиги учун унинг ривожланиш сабаблари ҳам турличадир.

Куйида гематурияни юзага келтирувчи асосий сабабларни келтирамиз.

1. Буйрак паренхимаси касалликлари:

а) гломерулар (буйрак коптокчалари зарарланиши билан кечадиган) касалликлар:

- бирламчи – ўткир ва сурункали гломерулонефритлар жумладан алкоголли нефрит, IgA-нефропатия (Берже касаллиги);

- иккиламчи – ТКВ (люпс -нефрит), геморрагик васкулит (Шенлейн-Генох касаллиги), Вегенер грануломатози, тугунчали периартрит, Гудпасчер синдроми, сурункали фаол гепатит, тромбозли микроангиопатия, уратли нефропатия;

б) инфекциян эндокардит;

в) буйрак паренхимаси ўсмалари (хавфли ва хавфсиз);

г) ирсий касалликлар (Альпорт синдроми);

д) буйрак шикастланишлари (очик ва ёпиқ).

2. Сийдик йўллари касалликлари: ўсмалар, тошлар, поликистоз, жароҳатлар, яллиғланиш (кўпроқ сил) касалликлари.

3. Буйрак томирлари анамолияси (буйрак веналари гипертонияси натижасида юзага келган симптомсиз гематурия).

4. Нефроптоз.

5. Буйрак касалликларидан бошқа сабаблар: қон касалликлари ва унинг ивиш тизимидаги нуқсонлар, томир ичида қон ивиш синдроми, антикоагулянтларни назоратсиз кўп миқдорда қабул қилиш, айрим цитотоксик дори воситалари қўлланилганда, аксарият ҳолларда протеинурия, гематурия, эритроцитар цилиндрурия биргаликда кузатиладиган тизимли касалликлар.

Гематуриянинг ривожланиш механизми турлича бўлиб, унинг таянч манбаи сийдик ажралиш йўлининг ҳар қандай қисми, яъни гломерулардан бошлаб уретра билан тугаши мумкин. Гломерулар касалликларда учрайдиган гематуриянинг патогенези етарлича аниқ бўлмай, асосан коптокчаларнинг базал мембранаси шикастланиши билан боғлиқдир. Маълумки, эритроцитлар Шумлянский-Бауман ковузлоғи ичига базал мембрананинг жуда кичик ёриқлари орқали ўтади деб ҳисобланилади. Шунга кўра базал мембрана ўтказувчанлиги жуда юқори бўлиши кузатиладиган НФСда гематурия даражаси ошиб бориши керак. Лекин амалда бундай ҳолат кузатилмайди ва шунинг учун айрим тадқиқотчилар коптокчалардаги ўзгариш ва гематурия даражаси ўртасида узвий боғлиқлик йўқ деб ҳисоблайдилар. Бундан ташқари буйрак коптокчалари ва тубулоинтерстициал тўқима зарарланиши билан кечадиган касалликларда учрайдиган гематуриялар миқдор ва сифат жиҳатдан фарқ қилмайди. Уларнинг фикрича эритроцитлар перитуберкулар капиллярлар орқали чиқиб кетади, яъни гематурия капилляр-каналчали механизмга эгадир ва шу сабабли мезенгиал гломерулонефритда кучли гематурия белгиси кузатилади.

Гематурия сабабини аниқлашнинг кўплаб алгоритмлари мавжуд. Улар орасида унинг келиб чиқишига кўра (буйрак, жомча, сийдик чиқариш йўллари, сийдик копи ва бошқа) фарқлаш назарий жиҳатдан тўғри ҳисобланса ҳам бундай ёндошиш гематуриянинг (эритроцитлар сийдик ажралиш тизимининг қайси қисмидан ажралаётганини) асосий сабабини аниқлашни талаб этади. Бунга эса соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғимларида ишлаётган врачлар ҳар доим ҳам эриша олмайдилар. Шу сабабли гематурияни оғриқли ва оғриқсиз турларга бўлиш мақсадга мувофиқдир. Унинг оғриқли тури жароҳатлар (буйрак жароҳати), буйрак санчиғи ёки дастлабки текширишда сийдик ажралиш (сийдик тош касаллиги) йўлларида конкремент мавжудлигини аниқлаш билан боғлиқ. Бундай гематурия ўроксимон хужайрали камқонлик ва буйрак поликистозида ҳам кузатилиши мумкин. Цистит, эркаларда простатит ва сийдик йўлларини бошқа яллиғланиш касалликларида гематурия, лейкоцитурия, бактериурия, лейкоцитли цилиндруриялар билан бирга кечади. Гематуриянинг оғриқсиз тури эса кўпинча протеинурия, эритроцитар цилиндрурия билан бирга кечиб бундай ҳолларда гломерулонефрит тўғрисида ўйлаш билан бир қаторда ўсма касаллиги ҳам ушбу белгилар билан кечишини унутмаслик лозим.

Эритроцитларни сийдик билан ажралиш даражасига кўра *микрогома-турия* (кўриш майдонида 100 тагача эритроцитлар) ва *макрогематурия* (кўриш майдонида 100 тадан кўп) тафовут этилади. Сўнгги ҳолда сийдик тиник (алвон қон рангида) ёки лойқа (гўшт сели ҳолида) бўлиб, қизил ёки пушти ранга киради. Гематурия табиатига кўра *инициал - етакчи* (сийдик чиқариш акти бошида) *терминал* (сийдик чиқариш акти якунида) ва *то-тал* (сийдик чиқаришнинг барча даврларида) турларга бўлинади. Сийдикда ўзгарган эритроцитларнинг аниқланиши унинг гломеруляр характерга эга эканлигидан далолат беради.

Уч стаканли синама ёрдамида ҳам тахминан қаердан қон кетаётганлиги тўғрисида шубҳа қилиш мумкин. Эритроцитларнинг биринчи стаканда бўлиши уретрадан, иккинчи-учинчи стаканда бўлиши сийдик қопчаси ва простата беши касалликлари (бундай ҳолларда беморни уролог маслаҳатига юбориш зарур) сабабли, барча стаканларда аниқланиши гематурия буйракдан эканлигидан далолат беради. Гломеруляр гематуриянинг яна бир асосий белгиси сийдик таркибида акантоцитлар, яъни шакли ўзгарган эритроцитларни (шикастланган базал мембранадан ўтаётганда деформацияга учрайди) мавжуд бўлиши ҳисобланади. Агар ўзгарган хужайралар барча эритроцитларнинг 5% дан кўпини ташкил қилса, гломерулонефрит тўғрисида ўйлаш лозим.

Гематурияга сабаб бўлувчи юқорида қайд этилган касалликлар ичида биринчи гуруҳи алоҳида аҳамиятга эга бўлиб гломерулаларнинг зарарланиши билан кечади ва хусусан ўткир ва сурункали гломерулонефрит кўринишида намоён бўлади. Айниқса, унинг бирламчи яққаланган

(гематурик) сийдик синдроми билан кечувчи шаклида аксарият ҳолларда гематурия кузатилиб, СБЕ белгилари анча кеч ривожланади.

Ўткир ва сурункали гломерулонефритларда гематурия кўпинча протеинурия, цилиндрурия билан, айрим ҳолларда эса шиш ва артериал гипертензия ҳамроҳлигида кечиши мумкин.

Алоҳида гематурия асосан IgA-нефрит (Берже касаллиги) билан касалланган болаларда ва 30 ёшгача бўлган эркакларда учрайди. Худди шундай гематурияли IgA-нефрит сурункали алкоголизм билан касалланган беморларда учраб, қонда IgA миқдорининг ошиши ва алкоголизмга хос бўлган бошқа белгилар аниқланиши билан характерланади.

Гематурия кузатиладиган ва гломерулалар зарарланиши билан кечадиган яна бир катта гуруҳ БТТК ҳисобланади. Улар орасида кенг тарқалган касалликлардан бири ТҚВнинг эрта клиник белгиларидан бири иккиламчи нефрит бўлиб, унда протеинурия билан бир қаторда гематурия ва цилиндрурия кузатилади. Ушбу касаллик кўпроқ кизлар ва ёш аёлларда учраб, сийдикдаги ўзгаришлар люпус-нефрит ривожланганлигидан далолат беради. Беморларда сийдикдаги ўзгаришлар билан бир қаторда бўғим синдроми, полисерозитлар, иситмалаш, қонда LE-хужайралари, антинуклеар омил, ДНКга қарши антителалар ва цитопения (анемия, лейкопения, тромбоцитопения) аниқланади. Тизимли касалликларга бағишланган маърузада улар тўғрисида батафсил маълумот берилган.

Тугунчали периартериитда (ТП) буйрак зарарланиши кўп учраб юқори протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия, кам ҳолларда нефротик синдром (НФС) белгилари билан кечади ва қисқа вақт ичида буйрак этишмовчилигига олиб келади. Ёмон сифатли кечувчи АГ буйрак шикастланишини билдирувчи илк белгилардан бири ҳисобланади. Айрим беморларда буйрак артерияси тромбози ва унинг инфаркти ривожланиши мумкин. Бунда бемор бел соҳасида кучли оғриқдан, тана ҳароратини кўтарилишидан шикоят қилади, макрогематурия кузатилади. ТП билан оғриган беморларда юқоридагилардан ташқари қуйида келтирилган бошқа аъзоларни шикастланиш белгилари аниқланади:

- тери: рангпарлик, тери ва унинг остидаги қон томири бўйлаб оғрикли тугунчалар (томир аневризмалари ёки гранулемалар), Рейно синдроми, эритрематоз, доғли-папулалар, геморрагик, уртекар, айрим ҳолларда некротик тошмалар;

- коронарит: стенокардия хуружлари ва МИ (фақат ЭКГ белгилари), миокардитлар, кардиосклероз ритм ва ўтказувчанликни бузилиши билан, митрал қопқоқлари этишмовчилиги ва х.к.;

- ўпка: томирли зотилжам (йўтал, қон тупуриш билан), ўпка инфаркти, бронхиал астма (оғир астма хуружлари билан) эозинофилия билан;

- ошқозон-ичак тизими: коринда оғриқ, кўнгил айниш, қайт қилиш, қон ва шиллик аралаш ич кетиши, ярадан қон кетиши, панкреонекроз, жигар шикастланиши;

- асаб тизими: асимметрик моно- ва полинейропатия, инсулт, менингоэнцефалит, эпилепсияга ўхшаш хуружлар;

- кўз: ёмон сифатли ретинопатия, кўз туби кон томирларини аневризматик кенгайиши;

- Эндокрин тизим: қалқонсимон, жинсий ва буйрак усти безлари шикастланиши;

- мушак-бўғим тизими: мушакларда оғрик, ҳолсизлик ва уларни атрофияси, полиартралгия, кам ҳолларда тизза ва болдир-товон бўғимларида полиартрит.

Юқоридагилардан ташқари беморларда тана ҳароратини сабабсиз узоқ вақт давомида кўтарилиб туриши, тана вазнини камайиши, миалгия кузатилади. 50% беморларда HBSAg аниқланади. Юқоридаги белгилардан камида учтаси мавжуд бўлса ташхис ишончли ҳисобланади ва бемор мутахассис врачга юборилади. Ташхис қўйишда биопсия муҳим аҳамиятга эга. Ушбу гуруҳ беморларда аневризматик кенгайган томирдан қон кетиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли тери мушакдан биопсия олиш тавсия этилади.

Геморрагик васкулитларда (кўпроқ Шенлейн-Генох касаллиги) гематурия буйрак шикастланишининг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Ушбу касалликда гематурия билан бир қаторда протеинурия, ЭЧТ ошиши, қўл ва оёқ, корин ҳамда кўкрак териларида симметрик геморрагик тошмалар, кучли оғрик билан кечувчи бўғим (йирик бўғимлар артрити) ва абдоминал (корин пардаси, ичак деворларига қон куйилиш) синдромлари кузатилади. Ушбу касаллик асосан ёш болалар орасида учраб, буйрак шикастланиши касалликнинг биринчи хуружида ёки орадан 1-3 йил ўтгач ривожланади ва аксарият ҳолларда тузалиб кетади. Айрим беморларда сурункали тус олади ва тез СБЕга олиб келади. Касаллик қанча катта ёшдаги беморда учраса, оқибати шунча ёмон бўлади.

Вегенер гранулематози - майда томирларнинг гранулематоз-некротик васкулити бўлиб, юқори нафас йўллари (бурун бўшлиғи, бодомсимон безлар, ҳалқум, трахея), ўпка (кўплаб инфильтратив ўзгаришлар, айрим ҳолларда парчаланиш билан) ва буйрак (авж олиб борувчи гломерулонефрит) шикастланиши хос. Унинг чегараланган (маҳаллий) ва тарқалган турлари бор. Биринчи турида беморни нафас олиши қийин, тургун бурун битиб қолиши, ундан ёмон хидли қон аралаш шиллик ажралма келиши, шиллик қаватининг қон аралаш пўстлоқ билан қопланиши, қон кетиши, овознинг бўғилиши безовта қилади. Бу белгилар гоҳ кучайиб, гоҳ камайиб туради. Тарқалган турида иситмалаш, қалтираш, кўп терлаш, тери қопламида полиморф тошмалар ва геморрагиялар, бўғим ва мушакларда оғрик, қон аралаш йирингли ва балғамли йўтал хуружлари, зотилжам белгилари, авж олиб борувчи ўпка-юрак етишмовчилиги каби синигтомлар билан бир қаторда буйрак шикастланиши (протеинурия, гематурия, айрим ҳолларда НФС, буйрак етишмовчилиги) белгилари, анемия, нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши кузатилади. АГ кам учрайди, специфик маркерлари йўқ. Ташхис касаллик клиник белгилари

ва биопсия натижасига асосланилади.

Гудпасчер синдромига геморрагик зотилжам ва гломерулонефрит хос. Ўпканинг шикастланиши йўтал, қон тупуриш, хансираш билан намоён бўлади. Рентген текширишда иккала ўпкада кўплаб инфилтратлар аниқланади. Сийдик таҳлилида протеинурия, гематурия, цилиндрурия, қон таҳлилида эса анемия, ЭЧТ кескин ошиши кузатилади. Касалликнинг эрта босқичларида СБЕ ривожланади.

Лимфогранулематозда қорин бўшлиғидаги катталашган лимфа тугунлари бир-икки томонлама буйрак веналарини босиб қўйиши ёки буйрак амилоидози натижасида аввал протеинурия, кейин НФС ривожланади. Касаллик турли клиник белгилар билан кечиб, ташхис қўйишда лимфа тугуни ёки олиб ташланган талоқ биоптатида Березовский-Штернберг хужайраларининг аниқланиши муҳим аҳамият касб этади.

Сурункали фаол гепатитда гематурия касалликнинг сўнгги босқичларида юзага келиб, беморларда секин авжланиб боровчи сариқлик, артралгия, миалгия, қоринда оғриқ, тери қичиши, гепатомегалия, геморрагик тошмалар билан бирга кечади.

Бактериал эндокардитда гематурия 20% ҳолларда гломерулонефрит, 30-60% ҳолларда буйрак инфаркти ривожланиши туфайли юзага келиб, бел соҳасидаги оғриқлар ва буйрақдан ташқари бошқа белгилар (иситмалаш, қалтираш, мусбат гемакультура, юрак нуқсонлари ривожланиши, тромбозмболик асоратлар, талоқнинг катталашиши ва ЭЧТни ошиши) билан бирга намоён бўлади.

Буйракнинг артериал инфаркти чап бўлмачада (митрал нуқсон, мерцаз аритмия), юрак қопқоқчаларида (инфекцион эндокардит) ва аортада (аортоартрит, аорта атероматози) ҳосил бўлган тромботик ҳосиланинг қон оқими билан бориб артерияларга тиқилиб қолиши натижасида юзага келади. Ушбу касалликлар асосида тўсатдан буйрак оғриқлари хуружини эслатувчи дизурия билан кечадиган бел соҳасида кучли оғриқ (айрим ҳолларда бошқа соҳаларга узатилмайди) пайдо бўлади. Турли даражадаги гематурия тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, ҚБнинг кўтарилиши, қонда лейкоцитоз каби белгилар билан кечади. Буйрақда мавжуд бўлган веноз димланиш (пастки ковак вена тромбози, ёпишқоқ перикардит, НФС) асосида буйракнинг веноз инфаркти ривожланади. Буйрак веналари тромбози ҳам тўсатдан қориннинг пастки қисмига ва чов соҳасига узатиувчи бел соҳасида кучли оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш, ҚБнинг пасайиши, протеинурия, лейкоцитоз, гематурия (макрогематуриягача), олигоурия, анурия, ўткир буйрак стишмовчилиги ва бошқа белгилар билан бирга кечади.

Уратли нефропатия айрим ҳолларда гематурияга сабаб бўлиши мумкин. Касалликнинг эрта даврларидаёқ гематурия, буйракнинг сийдик-кислотали блоккланиши ва микронефролитиаз хос. Кунлик урикозурия 750 мг дан юқори бўлиши, уни гиперурикемия (7 мг/дл дан юқори) билан бирга келиши, анамнезида буйрак каналчаларини сийдик-кислотали

блокраниши (гематурия, турғун микроальбуминурия (кунига 30-300 мг), сийдик таркибида проксимал каналчалар эпителийсини N-ацетил-b-D-глюкозаминидаза-лизосом ферменти фаоллигини ошиши касалликнинг эрта ташхисий мезони ҳисобланади.

Наслий нефрит (Альпорт синдроми) гематурия ҳамда кўриш ва эшитиш қобилиятининг пасайиши билан характерланиб, авлоддан авлодга ўтиши кузатилади.

Беморларда протеинурия ёки цилиндруриясиз кечувчи гематурия аниқланиши сийдик ажратиш тизимининг қайсидир қисмида тош ёки яллиғланиш жараёни мавжудлигини кўрсатувчи ягона белги ҳисобланади.

Буйрак тош касаллиги - амалиётда кўп учрайдиган ва гематурияга сабаб бўладиган асосий касалликлардан бири ҳисобланади. Хуруж вақтида оғрик бел соҳасида (ўнг ёки чап томонда) бошланиб, кориннинг пастки қисмига, ташқи жинсий аъзоларга, соннинг ички томонига узатилади ва кўнгил айниши, қайт қилиш, тана ҳароратининг кўтарилиши каби белгилар билан бирга кечади. Беморлар кўзғалувчан бўлади. Сийдик ажралиши тез-тез, оғрикли, микро ва макрогематурия кузатилади. Кўзғалган – силжиган конкрементни УТТ, экскретор урография ёки обзор рентгенографияда аниқлаш мумкин. Агар худди шундай оғрик синдроми гематуриясиз кечса, конкремент сийдик найларига тикилиб қолган бўлади. Бу ҳолатда УТТда буйрак контурининг кенгайганлиги, хромоцистоскопияда эса шикастланган най оғзидан сийдик ажралмаётганлиги аниқланади. Бундай беморларни зудлик билан ихтисослаштирилган касалхонага ётқизиш даволаш лозим.

Буйрак ўсмасида гематурия турли даражада кузатилиб, аксарият ҳолларда доимий бўлмайди ва касалликнинг дастлабки даврларида бошқа белгиларсиз кечади. Шу билан бир қаторда беморларда бир мунча кейинроқ тана вазнини камайиши, астения, сабабсиз иситмалаш, камқонлик ва ЭЧТ ошиши кузатилиши мумкин. Айрим ҳолларда (кучли кон кетганда кон куйқалари сийдик найларига тикилиб қолганда) у буйрак оғриклари хуружга сабаб бўлиши мумкин. Буйрак тош касаллигида гематурия оғриқдан кейин пайдо бўлса, ундан фарқли ўлароқ ўсмаларда яққол намоён бўлган эритроцитурия асосида оғрик синдроми кузатилади. **Буйрак поликистоз**и “сабабсиз” даврий гематурия турли хил даражадаги полиурия, бел соҳасидаги тўмтоқ оғриқлар билан намоён бўлиб баъзан жигар ва ошқозон ости беши кистаси билан бирга кузатилади. УТТ ва рентген текширишларда иккала буйрак катталашгани аниқланиши поликистознинг муҳим ташхисий белгиларидан бири ҳисобланади.

Юқорида кўрсатилган буйрак ўсмаси, уролитиаз, киста, травма ва сийдик йўллари яллиғланиш касалликларида кузатиладиган гематурия томир деворларини деструкцияси туфайли юзага келади. Гематурия кузатилиб, унинг сабаби тўғрисида аниқ хулоса чиқариш имконияти бўлмаса, УАВ тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашган ҳолда кўрсатмаларга асосланиб УТТ, экскретор пиелография, КТ ва лозим бўлса ангиография текширувлари

ўтказилиши керак. Изохлашда кийинчилик туғилган ҳар қандай гематурия билан кечадиган ҳолатда текширишлар биринчи навбатда ўсма касаллигини инкор этишга қаратилган бўлиши лозим.

Шу ўринда **буйрак жароҳатларида** ҳам гематурия (кўпрок макрогематурия) кузатилишини эслатиб ўтмоқчимиз. Бунда жараён аксарият ҳолларда бир томонлама бўлиб, оғриқ синдроми кузатилади ва олигурия оғир ҳолларда эса анурия ва ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари билан бирга кечади.

Ёш аёлларда сийдикни ушлаб тура олмаслик, сийишнинг бузилиши кўпинча грамм-манфий бактерияли инфекция натижасида ривожланган цистит белгиси ҳисобланади. Худди шундай белгилар ёш эркекларда учраса **простатит ёки уретра стриктураси** мавжудлигидан далолат беради. Катта ёшдаги эркекларда эса простата безининг яхши сифатли гиперплазияси ёки ўсмаси натижасида сийдик қопининг кириш қисми сиқилиб қолиши, ҳамда уретра стриктураси оқибатида яллиғланиш жараёни юқоридаги клиник белгилар билан кечишини унутмаслик керак. Шундай қилиб сийдик чўкмасида гематурия аниқланган эркекларда сийдик йўллари обструкцияси, яъни сийиш ҳамда сийдик қопини тўлиқ бўшатишга қийналиш, сийдик оқими характери ва кучи сусайиши каби белгиларни излаш лозим.

Биқиндаги ёки қориннинг юқори қисмидаги оғриқлар гематуриянинг сабаби юқори сийдик чиқариш аъзоларида эканлигини билдиради. Қорин соҳасидаги оғриқ ташки жинсий аъзоларга тарқалиши билан кечса, парчаланган буйрак ракида ҳосил бўлган қон қуйкасини сийдик найчаларига тикилиб қолиши ёки ўроксимон хужайрали анемия ҳамда ҚД, сил, фенацетинни кўп миқдорда қабул қилиш натижасида ривожланган буйракнинг ўткир папилляр некрози тўғрисида ўйлаш керак.

Сўнгги йилларда сил касаллиги кўнаётганлигини эътиборга олиб, сийдик ажратиш тизими силига алоҳида тўхталиб ўтамыз. Аксарият ҳолларда у ўпканинг диссеминирланган сили, эксудатив плеврит, силли мезаденит билан оғриган беморларда учраб 10-15% ҳолларда гематурия (қисқа муддатли макрогематурия) билан кечади. Ташхис қўйиш учун эпиданамнез билан бир қаторда бактериоскопик ва бактериологик текшириш ёрдамида сийдикда сил таёқчаларини, рентген текширишда бирламчи ўчоқларни ва “стерил” лейкоцитурия аниқланиши муҳим аҳамиятга эга.

Аёлларда гематурия обструкцияланмаган пиелонефритда ёки сийдик ажратиш йўлининг юқорида айтиб ўтилган касалликлари туфайли обструкцияси натижасида пайдо бўлган “ёпик бўшлиқ” инфекцияларида юзага келади. Эркекларда эса простатит (айникса, сийдик ажратиш йўлларидаги пастки қисми шикастланиши белгилари бўлганда) ёки простата безининг абсцесси гематурия ва иситмалаш билан кечади.

Ҳайз (менструация) даврида учрайдиган циклик гематурия кузатилганда **сийдик қопи эндометриози** ҳақида ўйлаш лозим.

Спортчиларда (ядро иргитувчи, марафончи) кучли зўриқишдан кейин гематурия ҳоллари аниқланганлиги тўғрисида адабиётларда маълумотлар мавжуд, ammo бу анамнезида мазкур спорт турлари билан шугулланган беморларни урологик текширишлардан ўтказмаслик учун асос бўла олмади.

Шунингдек, буйрак томирлари аномолияси ҳам баъзан гематурияга сабаб бўлишини эсда тутиш лозим ва унга шубҳа бўлганда беморни мутахассис шифокор билан ҳамкорликда ангиография текширувидан ўтказиш керак.

Баъзи кишиларда буйрак пастга тушганда (нефроптоз) ва ҳаракатчан бўлганда буйрак ичи гемодинамикаси бузилиши (форникал боғлам веналарини узилиши) натижасида бел соҳасида оғриқлар (айрим ҳолларда буйрак коликасига ўхшаб кетади) билан кечувчи транзитор гематурия кузатилади ва у ортостатик синама ёрдамида аниқланади. Ташхислашда рентген текшириш (экскретор урография беморни тикка тургазган ҳолда) усулларида фойдаланилади.

Қон касалликларида гематуриянинг асосий сабаби турли этиологиядаги тромбоцитопения (наслий коагулопатия, антикоагулянтларни юқори дозаларда қабул қилиш, гемофилия ва бошқалар) ҳисобланади. Аантикоагулянтларни кўп миқдорда қўллаганда турли интенсивликдаги оғриқсиз гематурия кузатилади. Қон таҳлилида – қон ивиш вақтини нгузайганлиги ва протромбин индекси пасайганлиги аниқланади.

Қиёсий ташхислашда ҳақиқий гематурияни маълум гуруҳдаги дориларни (фенолфталин, рифампицин, циклофосфамид, антикоагулянтлар, нейтрофуран гуруҳи, ибупрофен, ва бошқа), кўп миқдорда С гуруҳидаги витамин, қизил лавлаги, овқат краскалари қабул қилганда ҳамда сийдикда уратлар ва пигментлар пайдо бўлганда юзага келадиган псевдогематуриядан фарқлаш лозим. Гемоглобинурия ва миоглобинурияларда ҳам сийдик қизил рангда бўлади. Аёлларда қон сийдикка жинсий йўллардан тушиши мумкинлигини ҳам унутмаслик лозим. Бемор анамнезини эътибор билан ўрганиш, физикал текшириш, сийдик чўкмаси микроскопияси псевдогематурияни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга.

Гематурия аниқланган барча беморлар у қандай даражада бўлишидан қатъи назар (макро ёки микро) чуқур текширилишдан ўтказилишлари лозим. Ўтказиладиган қўшимча текширишлар йўналиши ва меъёрини аниқлаш учун кўплаб турли омиллар, жумладан бемор ёши ва жинси ҳамда юқорида қайд этганимиздек гематуриянинг жароҳатлар билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини эътиборга олиш лозим.

Беморларда гематурия аниқланганда унинг келиб чиқишини аниқлаш жараёни маълум кетма-кет босқичлар орқали амалга оширилиши керак. Улар қуйида келтирилган:

I. Қиёсий ташхислаш:

- анамнез;

- беморни объектив (пайпаслаб, эшитиб кўриш ва бошқалар) текшириш;

- сийдик чўкмасини микроскопда кўриш;
- қон ва сийдикни биокимёвий текшириш.

II. Топографик ташхислаш:

а) биринчи қадам сифатида қуйидагилардан фойдаланилади:

- асосий касаллик тарихи;
- сийдикни уч стаканда текшириш синамаси;
- экскретор урография.

б) иккинчи қадам сифатида қуйидаги текшириш режасидан фойдаланилади:

Томирларнинг шикастланиши ва ўсмаларда	Сийдик ажратиш йўли касалликларида	Нефропатияларда
Ангиография Эхография Компьютер томографияси Буйрак биопсияси	Уретроцистоскопия, Ретроград пиелография	Сийдикдаги бир кунлик оксил, эритроцитлар, цилиндрлар микдорини аниклаш

Ушбу қисм ниҳоясида гематурия белгиси носпецефиклигини яна бир бор таъкидлаб ўтамиз. Агар юқорида таклиф қилинган буйрак гематуриясининг механизмини қабул қилсак коптокчали ёки каналчали гематурия тўғрисида гапиришга ҳожат қолмайди. Ваҳоланки нефропатиялардаги гематурия табиатини, нефронларнинг у ёки бу қисми шикастланишидаги аҳамиятини аниклаш унинг характериға қараб эмас, балки у билан бирга кечаётган клиник белгиларға асосланиб хулоса чиқарилиши мақсадға мувофиқдир. Кўп ҳолларда асосий ташхисни тасдиқлашда гематуриядан ташқари касалликнинг бошқа белгиларини аниқлаб таҳлил қилиш гематурия характериғини ўрганишдан кўра кўпроқ ёрдам беради. Бу эса УАВларидан гематурия билан кечадиган касалликлар (этиологияси, патогенези, клиникаси ва ташхиси) тўғрисида батафсил билимға эға бўлишни талаб этади.

УАВ асосий ташхисни тасдиқлашда гематуриядан ташқари касалликнинг бошқа белгиларини ҳам синчковлик билан аниклаш ва таҳлил қилиш муҳимлигини доимо ёдда тутиши керак. Бу эса врачдан гематурия билан кечадиган касалликлар тўғрисида батафсил маълумотға эға бўлишни тақозо этади.

Беморда гематурия сийдик қопчасидаги касаллик (полип, тош, ўсма, инфекция) сабабли юзаға келганлиғиға шубҳа қилинса уни аниклаш учун пастға тушувчи цистеграфия билан экскретор урография, цистоскопия, сийдикни бактериологик ва цитологик текшириш зарур. Гематурия буйракдаги тош, ўсма, папилляр некроз, поликистоз, буйрак инфаркти,

гломерулонефрит сабабли юзага келганлигига шубҳа бўлганда УТТ, экскретор урография, цистоскопия, ангиография ва аниқ кўрсатмалар бўлса буйрак биопсияси ўтказилади. Беморда макрогематурия кузатишган тақдирда унинг сабабини аниқлаш мақсадида шубҳа қилинаётган касалликдан келиб чиқиб қуйидаги текширишлар ўтказилади: сийдик найларини алоҳида катетеризацияси билан цистоскопия, ортостатик синама, сийдикда эритроцитларни цилиндрларни аниқлаш, уч стаканли синама, сийдикдаги эритроцитларни фазали-контраст микроскоп ёрдамида текшириш, буйракларни УТТ, экскретор урография (шу жумладан беморни тик ҳолатида), буйрак ангиографияси ва биопсияси.

Лейкоцитурия ва бактериурия.

Бу симптом аксарият ҳолларда буйрак ва сийдик ажратиш тизимида бактериал, баъзан эса абактериал (гломерулонефритда, нефротик синдромда, амилоидозда, диабетик гломерулосклерозда) яллиғланиш жараёни мавжудлигидан далолат беради. Соғлом киши эрталабки сийдигининг ўрта порцияси микроскопда кўрилганда бир кўриш майдонида эркакларда 3-4, аёлларда 5-6 дона лейкоцитлар аниқланса меъёр доирасида ҳисобланади. Лекин лейкоцитурия тўғрисида батафсил ахборотни гематурия каби сийдикни Нечипоренко (бир мл да $1 \times 10^4/1$) ва Аддис-Каковский (бир кунда – $1 \times 10^6/1$) синамалари ёрдамида текширганда олиш мумкин. Бундан ташқари лейкоцитурияни ташхислашда сийдик рангини ўзгариши гранулоцитларни эстеразли фаоллигига асосланган махсус синама – тасмалар ҳам мавжуд. Лекин қон таркибида кетон таначалари ошиб кетганда ёки айрим дори воситалари (цефалексин, нитрофуран, тетрациклин, тобрамицин) қабул қилинаётганда ушбу синама натижаси “ёлғон” мусбат бўлиши мумкин. Лейкоцитурияни сифат жиҳатдан текшириш ҳам муҳим ташхисий аҳамиятга эга. Жумладан пиелонефритда сийдикда нейтрофилия (барча лейкоцитларни 90-100%), бирламчи ва люпс -нефритни кўзиш даврида, кўчириб ўтказилган буйракнинг кўчиш эҳтимоли бўлганда – лимфоцитурия (барча лейкоцитларнинг 20%), интерстициал, дорилар таъсирида ривожланган нефритларда - эозинофилия (барча лейкоцитларни 5% идан кўпи) кузатилади.

Патологик лейкоцитурия аниқлангандан сўнг иккинчи қадам сифатида бактериурия аниқланиши (1 мл сийдикда бактериялар сони 100.000 дан кўп бўлса ҳақиқий бактериурия ҳисобланади) лозим. Одатда сийдикни экиш жараёни чакирган бактериялар турини ва уларнинг антибиотикларга бўлган сезувчанлигини аниқлашга ёрдам беради. Ўрта порция ёки сийдик қопчасидан олинган сийдикдан ажратилган микроб қуйидаги ҳолларда этиологик аҳамиятга эга деб қаралади:

1. Сийдик билан боғлиқ инфекциянинг клиник белгилари мавжуд бўлмаса ҳам монокультурада микроб титри 10^5 (калония ҳосил қилувчи бирлик) КХБ /мл дан кўп бўлса;

2. Монокультурада микроб титри 10^2 КХБ/мл дан кўп бўлиб, ўткир

сийдик инфекциясига хос клиник белгилар кузатилса;

3. Сурункали ёки қайталанувчи сийдик йўллари инфекциясига чалинган беморларда ҳар бирининг титри 10^5 КХБ/мл дан юқори бўлган икки хил микроб аниқланса.

Агар лейкоцитурия мавжуд беморларда бактериологик синамалар манфий ёки шубҳали бўлса, сийдик таҳлилини яна 1 ёки 2 марта қайта ўтказиш лозим. Ишончли бактериурия аниқланган ҳолларда УАВ беморда уретрит, цистит, простатит, пиелонефрит (ўткир ва сурункалисининг кўзиш даври), ёки сўнгги касаллик билан асоратланган буйрак поликистози каби хасталиклар мавжудлиги тўғрисида ўйлаши лозим. Инфекциянинг сийдик йўллари қайси қисмида жойлашганлигини уч стаканли синама ёрдамида тахминан аниқлаш мумкин. Биринчи стаканда лейкоцитурия аниқланса ва у инициал дизурия билан бирга кечса беморда уретрат бўлиш эҳтимоли юқори. Бундай ҳолларда уни уролог (балки венеролог) маслаҳатига юбориш зарур. Учинчи стаканда лейкоцитларнинг кўп бўлиши цистит ва простатитдан дарак беради. Лейкоцитурия сийишнинг охирида оғрик ва тез-тез сийиш билан бирга келса беморда цистит борлигини тасдиқлайди. Бундай ҳолларда беморларга 3-7 кун давомида эмперик равишда антибиотиклар буюрилади. Мабодо даволашдан самара бўлмаса ёки касаллик қайталанса сийдик қопчасини УТТ ва уролог билан ҳамкорликда цистоскопия ўтказиш керак. Баъзан ушбу беморларда урололар циститнинг бошланғич белгилари билан кечувчи сийдик қопчасининг хавфсиз ёки хавфли ўсмасини, дивертикулаларини, тош ёки сийдик қопчаси силени, простата беги гиперплазияси ёки яллиғланишини аниқлайдилар. Айрим ҳолларда циститга хос бўлган сийдик ажралишининг бузилиши лейкоцитурия ва бактериуриясиз кечиши мумкин. Бундай ҳолларда яқин жойлашган аъзолар хусусан аёлларда гинекологик касалликлар ёки климактерик цисталгия тўғрисида ўйлаш лозим. Яллиғланиш сийдик йўллари юқори қисмида бўлса лейкоцитурия ҳар учала стаканда ҳам аниқланади. Бу кўпроқ ўткир ва сурункали пиелонефритда, буйрак поликистози ва силида кузатилади. УТТ ёрдамида мавжуд поликистозни аниқлаш мумкин. Улар орасида буйрак силени ташхислаш бирмунча мураккаб бўлиб, 50 ёшгача бўлган эркекларда тез-тез қайталанувчи цистит кузатилса, унга шубҳа бўлиши керак. Умумий белгилар бўлмаслиги ёки беморларни бел соҳасидаги тўмтоқ оғрик, бетоқатлик безовта қилиши мумкин. Тана ҳарорати кўтарилиши, лейкоцитоз ва лейкоцитар формуланинг силжиши кузатилмади. Сийдик таҳлилда лейкоцитурия ва гематурия, айрим ҳолларда протеинурия аниқланиб, аксарият ҳолларда бактериурия кузатилмади. УТТ ва экскретор пиелографияда деструктив ўчоқлар, оҳакланиш ва жомчалар бўшлигининг кенгайиши аниқланади. Лекин асосий ташхисий мезон бўлиб Циль-Нельсен усули билан сийдик чўкмасини бўяганда ёки уни экканда Кох таёқчаларини топилиши ҳисобланади. Юқорида қайд этилганидек абактериал яллиғланишда ҳам беморда лейкоцитурия кузатилиши мумкин. Лекин ушбу ҳолат доимо ҳам асосий касалликка сийдик йўллари инфекцияси қўшилган деб қарашга асос бўла олмайди.

Айрим ҳолларда сийдикни камида икки марта экиб кўрганда ундаги микроблар сони 10^5 КХБ/мл дан кўплиги аникланса ва текширилувчида сийдик инфекциясига хос бошка клиник ва лаборатор ўзгаришлар кузатилмаса бу ҳолат белгисиз бактериурия деб аталади. У 2-10% ҳомиладорларда, айрим қарияларда ва мактаб ёшидаги болаларда аникланади. Белгисиз бактериурия ҳомиладорларда аникланса пиелонефрит кўзиш эҳтимоли юқорилиги сабабли 3-4 кунлик пенициллин ёки цефалоспоринлар билан даволаш курсларини ўтказиш лозим. Лейкоцитурия ва бактериурия билан кечадиган касалликлар орасида **пиелонефрит** кенг тарқалганлиги сабабли биз қуйида унга батафсилроқ тўхталиб ўтамиз. Ушбу касаллик буйрак каналча ва жомчаларининг, баъзан интерциал тўқиманинг ҳам яллиғланиши ҳисобланиб кўпроқ ёш ва ўсмир кизлар ҳамда ёш аёлларда учрайди. Шунингдек, ҳомиладорлик ва менапауза касаллик ривожланиши учун муқобил шароит яратади. Агарда сийдик тош касаллиги ёки сийдик йўллари анамолияси бўлмаса, ёш ва ўрта ёшдаги эркакларда пиелонефрит жуда кам аникланади. Фақат ёши улуг эркакларда простата беши катталашиб инфравезикал обструкция келтириб чиқариши оқибатида касалликни учраши кўпаяди. Бемор ёши ва жинсига боғлиқ равишда касалликни клиник кечиши айрим хусусиятларга эга бўлганлиги сабабли баъзан ҳомиладорлардаги, қариялардаги ва ёш болалардаги пиелонефрит каби иборалар ишлатилади. Пиелонефритни бирламчи ва иккиламчи, бир томонлама ва икки томонлама, ўткир ва сурункали турларга ажратиш амалий аҳамиятга эга. Бирламчи пиелонефрит одатда сийдик йўлларида илгари ўзгаришлар кузатилмаган ҳолларда ривожланса, иккиламчиси органик ёки функционал ўзгаришлар оқибатида сийдик ажралишининг бузилиши сабабли кузатилади. Кейингиси бирмунча кўпроқ учраб унга олиб келган касалликни аниқлаш нафақат тўғри ташхис қўйиш балки рационал даволаш учун ҳам муҳим аҳамиятга эга. Юқоридагилардан ташқари беморда касаллик кўзиш ёки ремиссия даврида эканлигини, буйраклар функционал ҳолатини ёки асоратлар ривожланганлигини (масалан АГ, СБЕ) аниқлаш лозим.

Юқори сийдик йўлларида инфекция тушиши аксарият ҳолларда микробларнинг пастдан юқорига кўтарилиши, уриноген ва гематоген йўл билан содир бўлади. Шифохонадан ташқарида кузатиладиган сийдик инфекциясини сабаби 75-90% ҳолларда колибацилляр флора ҳисобланади. Шифохона шароитида ривожланган пиелонефритни эса энтерококлар, клибселлалар, энтеробактериялар ва кўк йирингли таёқчалар келтириб чиқаради.

Касалликнинг клиник кўриниши турли-туман бўлиб бу ташхис қўйишда бирмунча қийинчиликлар туғдиради. Ўткир пиелонефрит кўп ҳолларда яққол намоеън бўлувчи қуйидаги 3 та клиник белгилар - иситмалаш, бел ва қорин соҳасидаги оғрик, сийдик ажралишининг бузилиши билан кечади. Улардан тана ҳароратининг кўтарилиши биринчи кунлардаёқ $39-40^{\circ}\text{C}$ гача

етиб беморни безовта килувчи асосий белги ҳисобланади ва одатда 5-7 кун давом этади. Шунингдек, ушбу даврда кўнгил айниши, қайт килиш, юқори тана ҳароратининг кескин пастга ва юқорига чиқиб тушиши оқибатида кўп терлаш кузатилади. Бемор кўздан кечирилганда юзлари салқиган, лабларида герпетик тошмалар, тилининг қуруқлиги ва қараш билан қопланганлиги, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлашганлиги аниқланади.

Сурункали пиелонефритни аниқлашда бемор анамнезида ўтказилган буйрак ва сийдик йўллари касалликлари, ўткир пиелонефрит, цистит, аёлларда ҳомиладорлик вақтида ёки туғруқдан кейин сийдикда ўзгаришлар аниқланганлиги, умуртқа поғонаси, сийдик чиқариш йўллари ва сийдик қопчаси жароҳатлари, шунингдек, аднексит, холецистит ва тонзиллитлар мавжудлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Ушбу касалликда беморларни бел соҳасидаги бир томонлама оғриқ, қалтираш билан кечувчи иситмалаш, никтурия, чанқашнинг полиурия билан кузатилиши, аксарият ҳолларда шишларнинг бўлмаслиги ва аста-секин ривожланувчи СБЕ белгилари безовта қилади. Сурункали пиелонефритнинг яширин ва қайталаниш билан кечувчи турлари фарқланади. Дизурик бузилишлар, бемор умумий аҳволининг ёмонлашиши билан кечувчи қорин ва бел соҳасидаги оғриқлар, тана ҳарорати кўтарилиши, иситмалаш, туртки синамасининг яққол мусбат бўлиши ва пайпаслаб кўрганда зарарланган томонда оғриқ белгилари билан намоён бўлувчи пиелонефритнинг қайталаниш даврида ташхис кўйиш мураккаблик туғдирмайди. Юқорида санаб ўтилган белгиларнинг яққол кузатилмаслиги, адинамия, бош оғриги, оғиз қуриши ва таъм билишнинг бузилиши, бел ва қорин соҳасида тумтоқ оғриқ, қорин дам бўлиши, никтурия, пиурия баъзан ўлчамлари катталашган ва пастга тушган буйракни пайпасланиши ҳамда қон босимини кўтарилиши (170-180/100-110 мм сим. уст.) билан кечувчи яширин турини аниқлаш бирмунча қийинчиликлар туғдиради.

Ташхисни аниқлашда сийдик таҳлили, хусусан, лейкоцитурия ва бактериуриянинг мавжудлиги муҳим аҳамиятга эга бўлса ҳам, Нечипоренко ёки Аддис-Каковский текшириш усулларидан бирини ўтказиш лозим. Ноаниқ ҳолатларда эса преднизолон синамаси (20 мл 40 % глюкоза ва 30 мг преднизолон эритмаси бемор венасига юборилиб ундан олдин ва 3-4 соат кейин ҳамда кейинги кун эрталаб сийдик таҳлили ўтказилади) буюрилади. Унда лейкоцитлар сони синамадан кейин икки ва ундан кўп марта ошса ҳамда унинг фаол турлари пайдо бўлса синама мусбат ҳисобланади. Ўткир ва сурункали пиелонефритга чалинган айрим беморлар сийдигида унча юқори бўлмаган протейнурия, айрим ҳолларда эса гематурия аниқланиши мумкин. Шу ўринда сийдикни доимий ишқорий реакцияга эга бўлишига ҳам эътибор бериш лозим. Лекин ишқорий реакция ҳомиладорларда, сийдик лаборатория таҳлиliga кечикиб олиб борилган ҳолларда, текширилувчи сут ва ўсимликли парhezда бўлганда ҳам кузатилишини УАВ унутмаслиги керак. Умумий қон таҳлилида лейкоцитоз, ЭҚТ ошиши, биокимёвий таҳлилда эса С-реактив оксилни пайдо бўлиши, УТГ буйрак найчаларининг кенгайиши

ва жомчалар деформацияси, кейинрок буйрак паренхимаси калинлигининг камайиши кузатилади. Экскретор урографияда ҳам юқоридаги ўзгаришлар ва мусбат Ходсон синдроми аниқланади.

Сурункали пиелонефритнинг кўзиш даврида беморларни даволашда антибиотиклар етакчи ўрин эгаллайди ва энгил кечишида бошланғич муолажалар амбулатория, ўртача оғирликдаги ва оғир кечишларида шифохона шароитида ўтказилади.

Аминопенициллинлар – (ампициллин 0,5-1,0 г 4 маҳал, амоксициллин 0,5-1,0 - 3 марта, цефалоспоринларнинг II авлоди цефоклор 0,5-3 марта, цефуроксим аксетил 0,5-2 марта), фторхинолонлар (норфлоксацин 0,4 г – 2 марта, офлоксацин 0,4 г – 2 марта, цiproфлoксацин 0,5 г – 2 марта) ва сульфаниламидлар (ко – тримоксазол 0,96 г – 2 марта) тавсия этилади.

Пиелонефритни ўртача оғирликда ва оғир кечишида антибиотиклар 2 поғона – аввал инъекцияда кейин эса таблеткада буюрилади.

Касалликнинг ўртача оғирлигида амоксициллин/клавуланат 1-2 г – 3-4 марта, ампициллин – 0,5-2 марта вена ичига, цефалоспоринларнинг 3 авлоди цефотаксим 1-2 г – 2-3 марта, цефтриаксон 1-2 г кунда 1-2 марта, фторхинолонлар – цiproфлoксацин 0,2-0,4 г кунда 2 марта вена ичига, пefлоксацин 0,4 г – 2 марта вена ичига юборилади.

Оғир кечишида дорилар куйидаги комбинацияда қўлланилади: цефалоспоринларни III авлоди + аминогликозидлар (гентамицин 3 мг 1 кг тана вазнига, амкацин 15 мг 1 кг тана вазнига), цефалоспоринларнинг III авлоди + фторхинолонлар, фторхинолонлар + аминогликозидлар. Мабодо пиелонефрит пастки сийдик йўллари инфекциялари (хламидий, уроплазма, микоплазма) билан бирга кечса тетрациклин, макролитлар ва рифампицин буюрилади. Касаллик кечишининг оғир ёки энгиллигидан келиб чиқиб, антибактериал даво 7-14 кун давомида олиб борилади. Юқоридаги даво чоралари кўзланган самара бермаса, носпецифик стимулловчи (продигиозан, пентоксил, лизоцим) препаратлари қўшилади. Кўзгатувчи кўк йирингли таёкча бўлган ҳолларда тиментинни (кунда 12.4-18.6 г вена ичига) аминогликозидлар билан қўллаш самарали ҳисобланади. Пиелонефрит баъзи ҳолларда оғир кечиб бектеримия, сепсис ва шок келиб чиқишига сабаб бўлади. Шу ўринда пиелонефритни келиб чиқишида уродинамикани бузилиши муҳим аҳамиятга эга эканлигини ёдда тутиш ва унга шубҳа бўлганда беморларни уролог маслаҳатига юбориш лозим. Чунки бундай ҳолларда фақат уродинамикани тиклаш яхши самарага эришиш имкониятини яратади. Лекин айрим ҳолларда баъзан асбобий текширишлар (катетерлаш, дренаж қўйиш ва бошқалар) сийдик йўлларида инфекция тушишига олиб келишини эсдан чиқармаслик керак.

Сурункали пиелонефритни тез-тез қайталаниб туришга мойиллигини инобатга олиб унга қарши даво чораларини ўтказиш муҳим амалий аҳамиятга эга. Бунинг учун антибактериал дориларни ўтлар билан алмаштириб қўллаш тавсия этилади. Масалан: беморга 1 ҳафта давомида клюква, ёки

наъматак морси, кейинги 2 ҳафта давомида уросептик таъсир қилувчи ўтлардан бирортаси (даво чой, қайин барги ва бошқалар) кейинги ҳафтада эса антибактериал (антибиотиклар) ёки нитрофуранлар ёки нитроксалин ёки налидиксин кислотаси буюрилади. Баъзи ҳолларда ушбу даво курсининг таркиби ўзгартирилган ҳолда бир неча ой давомида такрорлаш керак.

Цилиндрурия

Цилиндрурия - сийдик орқали цилиндрларни, яъни буйрак каналчаларида оксил ёки хужайра элементларидан ҳосил бўлган “қолиг”ларнинг ажралиб чиқишидир. Соғлом одамларда цилиндрурия кузатилмайди. Шунинг учун сийдик чўкмасида уларнинг аниқланиши патологик ҳолат ҳисобланиб, фақат буйрак каналчаларида ҳосил бўлади ва уни шикастланишидан далолат беради. Уларни асосий таркибий қисми Генли ҳалқасини кўтаришувчи елкасида ажратилган секретор Тамма-Хорсфал ва коптокчаларда фильтрацияланган плазма оксилларидан иборат. Демак протеинурия қанчалик юқори бўлса цилиндрурия ҳам унга мос равишда ошиб боради. Соғлом одам сийдигини бир мартали таҳлилида цилиндрлар аниқланмайди. Каковсий-Аддис синамаси бўйича қунлик сийдик таркибида $10^4/л$, Ничипоренко бўйича текширилганда – 1 мл да 700 та ёки $10^4/л$ кузатилади. Улар янги сийдик таҳлилида аниқланиб, туриб қолган ёки ишқорий муҳитга эга бўлган сийдикда тез парчаланиб кетади.

Цилиндр оксил қолипининг қандай зарралардан тузилганлиги (хужайра элементлари) ва унинг қанча миқдордалигига қараб гиалинли, донадор, мумсимон, эритроцитар ва лейкоцитар цилиндруриялар тафовут этилади. Улардан биринчи утгаси бошқаларидан кўйроқ учраб, юқорирак ташхисий аҳамиятга эга.

Гиалинли цилиндрурия (соғлом одамни 1 мл сийдигида 100 тадан ошмайди) буйракнинг деярли барча касалликларида аниқланади. Улар буйрак коптокчаларида филтрланиб, каналчалар проксимал қисмида қайта сўрилмай (реабсорбцияланмаган) унинг дистал бўлимида, аниқроғи цилиндрларда ивиб қолган плазма оксилдир. Оксилни ивишига каналчаларда улар миқдорининг юқорилиги ҳамда улардаги суюқлик ва сийдикни кислотали реакцияси сабаб бўлади. Ишқорли сийдикда гиалинли цилиндрлар бўлмайди. Буйрак коптокчалари филтрдан қанча кўп миқдорда оксил ўтиб кетса ва каналчалар проксимал қисмида қанча кам қайта сўрилмаса, ҳамда у ердаги суюқлик қанчалик юқори кислотали реакцияга эга бўлса, шунча кўп гиалинли цилиндрлар ҳосил бўлади. Шу сабабли юқори протеинурия билан кечувчи НФС кузатилган беморларда кўп миқдордаги гиалинли цилиндрурия аниқланади. Яқка таркибдаги гиалинли цилиндрлар баъзан соғлом одам пешобиди, (айниқса, жисмоний зўриқишдан кейин) аниқланиши мумкин. Чунки юқорида таъкидлаганимиздек, соғлом одам қунига сийдик орқали 10-100 мг гача оксил йўқотиши мумкин.

Донадор цилиндрлар буйрак каналчалари проксимал қисмидаги эпителиал хужайраларни дистрофик ўзгариши натижасида пайдо бўлади.

Оқсил қолипни бўлган ҳамда парчаланган эпителиал хужайралар қолдиклари билан қопланади ва натижада цилиндрлар юзаси донатор тус олиб, ранги гиалинли цилиндрларга нисбатан тўқроқ бўлади.

Мумсимон цилиндрлар гиалинли ва донатор цилиндрлардан фаркли ўлароқ калта ва кенг, сарғиш рангдаги, гомоген моддадан ташкил топган бўлиб, мумни эслатади. Улар каналчалар дистал қисмидаги эпителиал хужайраларнинг ҳалок бўлиши натижасида ҳосил бўлади. Бу ерда каналчалар тешиги эпителий атрофияси туфайли проксимал қисмга нисбатан кенг. Шу сабабли мумсимон цилиндрлар донаторларига нисбатан ҳажм жиҳатдан катта. Каналчалар дистал қисми эпителийсининг дистрофик ва атрофик ўзгаришлари буйракнинг оғир шикастланиши (масалан: ёмон сифатли гломерулонефритда) ёки сурункали буйрак касалликларининг оғир кечишларида юзага келади. Шунинг учун сийдик чўкмасида мумсимон цилиндрларнинг аниқланиши нохуш белги ҳисобланади.

Эритроцитар цилиндрлар турли сабаблар (гломерулонефрит, буйрак раки, интерстициал нефрит, тубулар некроз ва бошқалар) натижасида пайдо бўлган юқори гематурияда, нейтрофилли лейкоцитар цилиндрлар эса йирингли пиелонефрит ва сурункали пиелонефритни кўзгалган даврида, гидронефроз ва интерстициал нефритда эса эозинофилли лейкоцитар цилиндрлар беморларнинг сийдик чўкмасида аниқланади. Айрим патологик ҳолатлар (мос келмаган қон қўйилганда, токсик моддалар таъсирида ва бошқа) натижасида юзага келган гемоглобинурия сийдик чўкмасида қон пигментларидан ташкил топган қўнғир рангдаги цилиндрлар аниқланиши, яъни пигментар цилиндрурия билан бирга кечади.

Ҳамма турдаги цилиндрлар кислотали реакцияга эга бўлган сийдикда яхши аниқланади ва узоқ сақланади. Ишқорли реакцияга эга бўлган сийдикда эса улар умуман ҳосил бўлмайди ёки тезда парчаланиб кетади. Шунинг учун сўнгги ҳолларда цилиндрурия умуман кузатилмайди ёки жуда оз миқдорда аниқланиши мумкин.

Баъзан сийдик таркибида гиалинли цилиндрларга ўхшаш шилликдан ёки сийдик кислотаси тузлари чўкмасидан ҳосил бўлган кизил рангдаги псевдоцилиндрлар ҳам пайдо бўлиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик керак. Бундай псевдоцилиндрлар қон пигмент цилиндрларини эслатади.

Ушбу маърузада қайд этилган маълумотлар сийдик синдроми, яъни протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, бактериурия, цилиндрурияларга олиб келган асосий касаллик ташхисини ўз вақтида аниқлаб, самарали даволаш чораларини қўллашга ёрдам беради.

Хулоса қилиб айтганда, сийдик синдроми анча мураккаб ва ҳар хил белгилар йиғиндисидан иборат бўлиб, нефроннинг турли қисмлари ва пастки сийдик йўллариининг функционал ҳолатини баҳолашга имкон беради. У касалликнинг кечиши ва турига қараб моносимптом кўринишида ёки турли белгилар мажмуаси ҳолида кузатилиши мумкин. Шунинг учун ҳар бир ҳолатни индивидуал таҳлил қилиш катта амалий аҳамиятга эга.

Сийдик чўкмасидаги минимал ўзгаришлар ҳам УАВ беморга нисбатан катта эътиборда бўлиб, уларни асосий сабабини аниқлашни талаб этади. Бундай беморлар ўз вақтида диспансер кузатувиغا олиниб, вақти-вақти билан сийдик таҳлилидан ўтказилиши ҳамда касалликнинг сурункали турлари кўзғалишини олдини олиш мақсадида иккиламчи профилактика муолажалари олиб борилиши лозим. Бу чора-тадбирлар буйрак ва сийдик ажратиш тизими касалликларини тузалмас даврга ўтишини, СБЕ ривожланишининг олдини олишга имкон яратади.

ТАШХИС ҚЎЙИШ НАМУНАЛАРИ:

- ✓ Ўткир гломерулонефрит стрептококкли инфекциядан кейинги, нефротик синдром билан;
- ✓ Сурункали гломерулонефрит авж олиш даври. Яккаланган сийдик синдроми билан;
- ✓ Сурункали гломерулонефрит авж олиш даври, нефротик синдром билан;
- ✓ Сурункали гломерулонефрит авж олиш даври, артериал гипертензия ва нефротик синдром билан. Асорати: сурункали буйрак етишмовчилиги ПА босқичи. Анемия II даража, дисэлектролитемия;
- ✓ Бирламчи сурункали икки томонлама пиелонефрит фаол яллиғланиш даври. Симптоматик артериал гипертензия;
- ✓ Буйрак тош касаллиги. Ўнг буйрак тоши. Иккиламчи ўнг томонлама сурункали пиелонефрит фаол яллиғланиш даври. Симптоматик артериал гипертензия;
- ✓ Ўткир (сурункали) интерстициал (индометацин таъсирида) нефрит. Ёндош: тизза бўғимларини деформацияловчи остеоартрози;
- ✓ Туғунчали периартрит. Ўткир ости кечиши, фаоллик II, нефрит, симптоматик артериал гипертензия;
- ✓ Геморрагик васкулит ўткир кечиши, фаоллик II, тери, абдоминал ва буйрак синдроми билан;
- ✓ Туғма юрак куксони. Фаллс триадаси. Иккиламчи бактериал эндокардит, ўткир ости кечиши, инфекцион токсик босқичи. Буйрак артериаси тромбоземболияси.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Бурцев В.И., Тупчина Л.Г. Протеинурия -Клин.медицина, 1998, № 8.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней. /Под ред.Ф.И.Комарова и А.И.Хазанова.- М.: Медицина, 1999, Т.2.
3. Кухтевич А.В., Русских А.В., Киреева В.И. Транзиторная протеинурия как проявление миеломной болезни.- Тер.архив, 2000, №6.
4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики. - Москва 2007.
5. Нефрология. Руководство для врачей. /Под ред.М.Е.Тареевой.- М.: Медицина, 1995.
6. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов.- М.: Медицина, 1998, т.2.
7. Рябов С.И. «Нефрология» руководство для врачей.- Санкт-Петербург СпецЛит, 2000.
8. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург, СпецЛит, 2000.
9. Симченко Н.И. Вероятность совпадения результатов бактериологического исследования мочи в разные сроки при почечной патологии.-Здравоохранение Белоруссии, 1990, №7.
10. Б.И.Шулутко. Внутренняя медицина. /Руководство для врачей.- Санкт-Петербург, 1999,Т.1.

НЕФРОТИК СИНДРОМ

*Минимал текширувлар ўтказилиб,
максимал маълумотлар олинadиган
ташхис энг мақбул ҳисобланади.*

С.А.Рейнберг

Нефротик синдром (НФС) – қатор клиник белгилардан ташкил топган симптомкомплекс бўлиб, улардан асосийлари кунда 3,5 гдан юқори бўлган протеинурия, шиш ҳамда оқсил ва липид алмашинувининг бузилиши (диспротеинемия, гипопропротеинемия, гиперлипидемия) ҳисобланади. “Нефротик синдром” иборасини амалиётга биринчи бор 1949 йилда W.Nonnenbruch киритган. Ушбу синдром бир нечта гуруҳга мансуб бўлган куйидаги турли касалликларда учрайди:

- 1. Буйрак касалликлари** – ўткир ва сурункали гломерулонефритлар;
- 2. Умумий ва тизимли касалликлар**- амилоидоз, бириктирувчи тўқима ва қон томирларнинг тизимли касалликлари (СҚВ, геморрагик васкулит, тугунчали периартрит, склеродермия, ревматизм ва бошқалар), диабетик гломерулосклероз, ўсма касалликлари;
- 3. Инфекцион касалликлар** - бактериал эндокардит, захм, ўпкада, суяк тизимида сурункали йирингли жараёнлар, сил ва бошқалар;
- 4. Токсик омиллар ва айрим дори воситалари таъсири** – оғир метал тузлари, симоб бирикмалари, висмут, олтин, эпилепсияга қарши воситалар, Д-пеницилламин, антибиотиклар, витаминлар;
- 5. Аллергик касалликлар** - вакцинация, даволаш учун қўлланиладиган зардоблар;
- 6. Қон айланишининг бузилиши** – буйрак томирлари тромбози, ёпишқоқ перикардит, туғма юрак нуқсонлари.

Ушбу ҳолатларнинг барчасида нефротик синдром буйракнинг икки турдаги шикастланиши, яъни гломерулонефрит ва амилоидоз асосида юзага келади. Келиб чиқишига кўра, НФС бирламчи ва иккиламчи касаллари фаркланади.

Унинг *биринчи шакли* буйракни бирламчи касалликлари (ўткир ва сурункали гломерулонефритлар) асосида ривожланади. *Иккиламчи НФС* юқорида санаб ўтилган турли касалликлар оқибатида юзага келади ва буйракдаги ўзгаришлар кейинчалик пайдо бўлади. НФС этиологик сабаблари турли хил бўлишига қарамадан, ривожланиш механизмлари маълум бир даражада умумий. Шу сабабли клиник кўринишлари ҳам ўхшаш бўлиб, носпецифик хусусиятга эга.

НФС патогенези тўғрисидаги замонавий тушунчалар буйракдаги иммун яллиғланиш жараёнига асосланган. Антиген-антителаларни ўзаро таъсирланиши оқибатида комплементнинг фаоллашиши, иммун комплекслар ҳосил бўлиши ва уларни базал мембранага ўтириб қолиши натижасида хужайраларда бир қатор иммун яллиғланишли жараёнлар ривожланиши (тўқимани хужайрали инфильтрацияси, фагоцитоз,

лизосомал ферментлар ва лейкоцитлар дегрануляцияси туфайли ҳосил бўлган бошқа маҳсулотларнинг ажралиб чиқиши) туфайли, буйрак коптокчаларининг базал мембранасининг шикастланиши, унинг плазма оксиллари учун ўтказувчанлигининг ошиши ва бир вақтнинг ўзида эпителийсиди оксил реабсорбциясининг пасайиши ривожланади. Бунинг барчаси яққол намоён бўлган ва кунда 3,5 г дан юқори протеинурияга олиб келади. Маълум муддатгача организмдаги оксил етишмовчилиги уни жигарда синтезланишининг кучайиши билан тўлдириб турилади. Компенсация механизми ўз кучини йўқотгандан сўнг гипопроteinемия ривожланади. Оксилни ичаклар орқали йўқотилиши, организмда уни ва иммуноглобулинлар катаболизмининг кучайиши, буйрак интерстициал тўқимаси шиши сабабли, лимфа тизими орқали оксил реабсорбциясининг пасайиши гипопроteinемия ҳолатини янада кучайтиради (60 г/л гача, оғир ҳолатларда 50-40, ҳатто 30-25 г/л гача). Натижада онкотик босим пасайиб, нефротик шишлар ривожланади. Қон таркибида оксилнинг пасайиши билан бир вақтда, плазманинг липолитик фаоллиги сусайиши липидлар - холестерин, триглицеридлар, фосфолипидлар миқдори ошишига олиб келади. Гиперлипидемия патогенези ҳозиргача тўлиқ ўрганилмаган. Бу ҳолат жигарда липидларни кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши, юқори молекуляр оғирликка эга бўлганлиги сабабли қон томир тизимида ушланиб қолиши, қонда лецитин - холестерин - ацилтрансфераза, липопротеидлипазалар каби ферментлар фаоллиги пасайганлиги сабабли уларнинг катаболизми камайиши, буйракнинг метаболик фаолиятини бузилиши, плазмада онкотик босимнинг пасайиши ҳамда липопротедлар алмашинувида қатнашувчи оксилни сийдик орқали йўқотилиши, қонда альбумин ва бошқа омилларни озайишга боғлиқ деб ҳисобланади. Аксарият беморларда паст зичликдаги липопротеидлар (ПЗЛП), оғир ҳолатларда эса улар билан бирга триглицеридлар миқдори ошади. Гиперхолестеринемия айрим ҳолларда ўта юқори кўрсаткичларгача ($\geq 20-26$ ммоль/л) кўтарилиши мумкин. Лекин аксарият ҳолларда 7,0- 10,5 ммоль/л оралиғида бўлади. Юқори даражадаги липидлар қон зардобига оқ-сут рангини (хилез) беради.

НФСда қоннинг ивиш тизимида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Бунда зардоб протенназасининг антикоагулянт ва фибринолитик омиллари фаоллиги пасайиши ҳамда кинин-калликреин тизими фаоллашиши ҳисобига қоннинг ивувчанлиги ошади. Қон гиперкоагуляцияси буйракдаги морфологик ўзгаришларни янада чуқурлаштиради (коптокчаларда фибриноген-фибриннинг ўтириб қолиши, маҳаллий томир ичи коагуляцияси) ҳамда диурезци янада кучлироқ бузилишига, ҳатто анурия ривожланишига ва томир ичи тромбозига олиб келади. Бундан ташқари, қоннинг ивувчанлигини ошишида сийдик орқали антигитромбин III, S ва C протениларни йўқотилиши, жигарда фибриноген синтезининг ошиши, фибринолизин сустлашиши ҳамда тромбоцитлар агрегациясининг ошиши муҳим аҳамиятга эга. Клиник жиҳатдан бу ҳолат ЎАТЭ, периферик ва буйрак веналари тромбози (40%

холларда) билан намоён бўлади. Буйрак веналари ўткир тромбозда тўсатдан бел соҳасида ёки қоринда кучли оғрик, микрогематурия, чап томонлама варикоцеле (чап тухумдон венаси буйрак венасига тушади), протеинуриянинг ошиши ва коптокчалар филтрацияси тезлигининг пасайиши кузатилади. Буйрак веналарини сурункали тромбози белгиларсиз кечади. Ингерстициал тўқимага сув ва электролитларнинг чиқиши билан қон зардобда онкотик босим пасайиб, гиповолемиа ҳолати юзага келади. Бу эса ўз навбатида, айланиб юрган плазма ҳажмини мувозанатловчи компенсатор механизмлари, биринчи навбатда альдостерон ва антидиуретик гармон (АДГ) тизимини фаоллаштиради. Натижада буйракда сув ва натрий реабсорбцияси ошади ва қонда бикорбонатлар кўпайишига олиб келиши мумкин бўлган каналчаларда калий секрецияси кучаяди. Сув ва электролитлар мувозанатининг силжиши аксарият холларда гиперфосфатемия ва гипокальциемия кўринишида кечадиган остепороз ривожланишига олиб келувчи фосфор-кальций алмашинуви бузилиши билан бирга кузатилади. Фагоцитлар фаолиятининг сустлашиши ва антителалар ҳосил бўлиши иммун тизими кўрсаткичлари пасайиши билан намоён бўлади. Нефротик синдромни ҚБ кўтарилиши билан кечиши буйрак паренхимаси шикастланганлигидан (гломерулонефрит, пиелонефрит, буйрак поликистози, тизимли касалликларда буйрак шикастланиши) далолат беради.

НФС клиник белгилари турли туман бўлиб, унга олиб келган асосий касаллик кўриниши ва кечишига боғлиқ. Шу сабабли бемор анамнези сўраб-суриштирилганда, аввал ўтказган буйрак ҳамда боніқа тизим аъзолари касалликлари, озик-овқат ёки дори воситаларини нисбатан аллергияси мавжудлиги тўғрисида батафсил маълумот йиғиш лозим. Беморлар жуда кўп, турли-туман носпецифик шикоятлар билдиришлари мумкин, лекин улар орасида аста-секин ёки қиска вақт ичида – бир кеча-кундузда анасарка ҳолатигача етган шиш доимийдир. НФС аста-секин ривожланганда, эрталаблари бемор қовоқларида шиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Беморни узок вақт горизонтал ҳолатда бўлганлиги сабабли, вақтинча ошган капилляр босим ва паст тўқима ичи босими бунга сабаб бўлади. Кейинчалик эса шиш ташқи жинсий аъзоларга, белга ва оёқларга тарқалади. НФС кечки боскичларида шиш оғирлик қонунига асосан юзага келади ва бутун тери ости тўқимасига тарқалади, унинг қаттиқ чўзилиши натижасида қорин деворининг ён ва пастки қисмларида, сонларда, бел соҳасида тери эластик мембранаси йиртилиди ва оқиш йулакчалар (*striae distensae*) пайдо бўлади. Айрим беморларда сероз бўшлиқларда трансудатлар: асцит, бир ёки икки томонлама гидроторакс, кам ҳолларда гидроторакс юзага келади. Кўзнинг шиллик кавати (хемоз) ва тўр пардаси шиши кўздан ёш оқиши ва кўриш қобилиятининг пасайиши билан намоён бўлади. Жинсий аъзолар шиши сийдик ажралишини қийинлаштиради. НФС шиш суякклиги тери ёриқлари орқали сизиб чиқиши мумкин. Нефротик шишлар босиб кўрилганда, юмшоқ, енгил силжийди ва бармоқ таъсирида ҳосил бўлган чуқурча тез ўз холига қайтади.

Шиш пайдо бўлиши ва тарқалишига мос равишда диурез камаяди. Олигурия НФС доимий белгиларидан бири ҳисобланади. Кунлик диурез ўртгача ҳисобда 400-600 мл ни ташкил этиб, 1.000 мл дан ошмайди. Буйрак фаолияти сакланган ҳолларда юқори протейнурия ва сийдик таркибидаги бошқа осмотик фаол моддалар ҳисобига унинг нисбий зичлиги (1.030-1.040) ошиши кузатилади. Бундан ташқари, кўпинча гиалинли, касаллик оғир кечганда, (СБЕ) донатор ва мумсимон цилиндрлар аниқланади. НФС гематурия хос эмас, лекин айрим ҳолларда микрогематурия кузатилиши, сийдик чўкмасида ёғли дистрофияланган эпителий хужайралари, холестерин кристаллари, баъзан нейтрал ёғ томчилари, доимий бўлмаган бир оз лейкоцитурия аниқланиши мумкин. Пешоб липурия ва юқори протейнурия туфайли оқ сут рангида ҳамда кўпикли бўлади. Шиш узок вақт сақланиб қолганда, трофик ўзгаришлар сабабли терининг қуриб қолиши, кўчиши, сочининг хиралашиши ва унинг тўкилиши, тирноқлар қалинлашиб кўндаланг чизиклар пайдо бўлиши ҳамда ўз-ўзидан синиб кетиши кузатилади. Беморда ўз-ўзидан сабабсиз ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, иш қобилиятининг пасайиши кузатилади, уйқучан бўлиб қолади. Уларнинг иштаҳаси пасаяди, оғзи қуриydi, чанқаш безовта қилади, овози хириллашади. Асцит ривожланганда, анорексияга кўнгил айнаиши, қайт қилиш, қорин дам бўлиши, кучли диарея, гидроторакс ва гидроперикард юзага келганда эса ҳансираш безовта қилади.

Хос ташки қиёфа (шиш, тери қопламанинг рангпарлиги, куруклиги), шикоятлар (уйқучанлик, соч тўкилиши, апатия), объектив текшириш натижалари (овознинг хириллаши, брадикардия, юрак тонларининг бўғиқлашиши), параклиник белгиларнинг (ЭКГ нинг барча тармоқларида тишчалар вольтажи, асосий модда алмашинуви кўрсаткичлари ва йод боғловчи оксил микдорининг пасайиши) барчаси биргалиқда микседемани эслатганлиги сабабли, айрим изланувчилар НФС қалқонсимон безнинг гипопункцияси билан боғлиқ, деган назарияга асосланган ҳолда тиреоидин билан даволашни тавсия қилганлар. Кейинги текширишлар натижасида қон таркибидаги 25-30% га яқин тироксин гломеруляр фильтр ўтказувчанлиги ошиши туфайли сийдик орқали йўқотилиши аниқланди. Бундан ташқари, қон зардобидидаги оксилнинг ўрнини қоплашни қийинлиги тиреоидин ва трийодтиронин транспортининг бузилишига ва натижада тиреоглобулин этишмовчилигига олиб келади. Касалликнинг илк босқичларида бу йўқотилиш қалқонсимон без фаоллигининг ошиши ҳисобига компенсацияланади. Лекин вақт ўтиши билан оксил дефицити ва унинг алмашиши бузилиши барча эндокрин безлар фаолиятини издан чиқаради. Асосан гипопизни троп, жумладан, тиреотроп гармонлар секрецияси пасайиши шароитида қалқонсимон без ўз фаоллигини йўқотади. Бу ўзгаришлар қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши НФСга сабаби эмас, балки унинг оқибати эканлигидан далолат беради. Бирламчи НФС билан оғриган беморда юқори селективликдаги протейнурия, яъни сийдик билан

оксилнинг кичик малекуляр оғирликка эга бўлган турлари (альбуминлар, пре ва постальбуминлар) ажралиб чиқади. Бошқа ҳолатларда эса юқори, ўрта ва паст селективликдаги протеинурия кузатилади.

Беморларда юқорида санаб ўтилган ўзгаришлардан ташкари иштаҳанинг йўқолиши, чанкаш, оғиз қуриши, бош оғриши, бел соҳасида оғирлик ёки нохуш ҳис, кўнгил айнаши, қорин дам бўлиши, ич кетиши (аксарият ҳолларда асцит мавжуд бўлганда) мумкин. НФС узоқ вақт кечганда ва бемор кўп йиллар давомида сийдик ҳайдовчи воситаларни қабул қилганда, кескин ҳолсизлик, парастезиялар, калий ва хлоридларни организмдан чиқиб кетиши натижасида мушакларда оғриқ ва тиришишлар, гидроторакс ва гидроперикард мавжуд бўлганда эса тинч ҳолатда ҳам ҳансираш кузатилади. Беморлар кам ҳаракат, тана ҳарорати меъёрида, айрим ҳолларда бир оз пасайган, тери қоплами ранглар, қуруқ, кипикланувчан бўлади. Юрак чегаралари кенгаяди, ЮУС ва пульс секинлашади, жараёнга юрак етишмовчилиги ва камқонлик қўшилса, тахикардия кузатилиши мумкин. Юрак тонлари бўғиқлашган, гидроперикардда бўғиқ. ҚБ кўпинча меъёрида, айрим ҳолларда эса пасаяди. ЭКГ да миокардиодистрофия белгилари (барча тармоқларда тишчалар вольтажи пасаяди). Ўпкада майда пуфакчали нам хириллашлар (димланишли) эшитилиши мумкин. Тил қараш билан қопланган, жигар катталашган (жигар амилоидози ёки қон айланиш етишмовчилиги ҳисобига), айрим ҳолларда ич кетиш (амилоидоз) кузатилади.

Клиник намоён бўлишига кўра, НФС икки тури фарқланади: *тоза ва аралаш*. Тоза НФС юқорида санаб ўтилган белгилар билан кечади. Аралаш турида эса уларга кўшимча равишда артериал гипертония, гематурия ва буйрак етишмовчилиги белгилари кузатилади.

Айрим муаллифлар НФС тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган турларини фарқлайдилар. Нотўлиқ НФС деганда, юқорида санаб ўтилган белгиларнинг 1-2 тасининг бўлмаслиги тушунилса ҳам, бу ҳолат шартли ҳисобланади ва аксарият ҳолларда бир турни иккинчисига ўтиб туриши кузатилади. Айни вақтда белгиларнинг тўлиқ бўлиши касалликнинг оғирлик даражасини, морфологик ўзгаришлар даражаси тўлиқ акс эттирмайди ва олиб борилаётган даво чоралари самарадорлиги тўлиқ бўлмаган нефротик синдромдан фарқ қилмайди. НФС барча белгилари енгилдан оғир даражагача ўзгариб туради. *Енгил НФС* беморлар шикоят билдирмаслиги ёки уларни фақат умумий ҳолсизлик безовта қилиши мумкин. Умумий аҳволи қониқарли, иш қобилияти сақланган бўлади. Шиш синдроми бўлмайди, лекин айрим ҳолларда эрталаблари юзидан бир оз салқин кузатилади. ҚБ меъёрида. Бундай ҳолларда НФС ягона белгиси юқори ва одатда селектив (қунига 3,5 гдан юқори) протеинурия ҳисобланади ва у аксарият ҳолларда профилактик кўрик вақтида тасодифан аниқланади. *Оғир ва ўрта оғирликдаги* НФСда унинг барча белгилари кузатилади. Шишларнинг тарқалиши, олигоурия, шиш суюқлигини тананинг бўшлиқларига йиғилиши каби белгилар

устунлик қилади. Бунда суюкликнинг бўлиниши кон зардобдаги $20 \pm 0,1$ г/л га тенг бўлган альбумин миқдорига боғлиқ. Унинг миқдори 20 г/л дан кам бўлганда НФСнинг барча белгилари яққол намоён бўлади ва ўзига хос асоратлар кузатилиб, иммуносупрессив даво яхши самара бермайди ҳамда оғир оқибатларга олиб келади. НФС белгилари авжланишига мос равишда гомеостаз тизимида, аксарият ҳолларда қайтмас ўзгаришлар кузатилади.

Кечишига кўра НФСнинг қуйидаги шакллари фаркланади:

I шакли НФС билан кечувчи буйрак касалликларининг бошланғич белгиси ҳисобланади. Бу ўткир гломерулонефрит, коптокчаларда минимал ўзгаришлар билан кечувчи нефритларда ва камроқ ҳолларда мембраноз гломерулонефритда кузатилади. Умуман олганда, НФС касалликнинг илк белгиси сифатида кузатилиши нисбатан яхши кечади ва узоқ вақт, тахминан 8-10 йилгача ремиссия кузатилади. Турли касалликларда НФС тўсатдан ремиссия даврига ўтиши кам учрайди (катталар орасида 8-18%, болаларда 26% гача). Ушбу шаклдаги НФС клиник белгилари бир неча ҳафтадан бир йилгача давом этиши мумкин. Бунда биринчи бўлиб шиш синдроми йўқолади, протеинурия эса секин-аста камайиб, узоқ вақт сакланиб қолиши мумкин. Беморларда буйрак фаолияти тўлиқ сакланади ёки клиник белгилари бартараф этилгач, тўлиқ тикланади.

II шакли сурункали рецидивловчи кечади. Беморларда кўп йиллар давомида шиш ва протеинурияни тўлқинсимон кўпайиб ва камайиб туриши кузатилади. Бунда яққол кўзғалиш бир неча ой ёки йил давом этувчи қисман ремиссия билан алмашиб туради. Ушбу турдаги нефротик синдром кўпинча касалликнинг 3-5-йилида юзага келиб, буйрак фаолияти йилдан-йилга ёмонлашиб бориши билан намоён бўлади. Айрим ҳолларда яхши сифатли кечаётган касаллик тўсатдан кескин ўзгариб, буйракда қайтмас ўзгаришларга олиб келади. Ҳар бир ўзгариш олдингисидан оғирроқ, узоқроқ давом этиб, буйрак етишмовилиги ривожланиш хавфини ошириб боради ва ремиссия даврига ўтиш учун узоқ интенсив даво олиб бориш зарур бўлади.

III шакли тўхтовсиз авжланиш хусусиятига эга бўлиб, унинг икки тури фаркланади:

1- олиб борилаётган интенсив даво асосида НФС белгилари сақланса ҳам, узоқ вақт буйрак фаолияти меъёрида қолади ва касалликнинг 8-10-йилларидагина (авжланиш белгиларисиз) СБЕ ривожланади. Бу тур сурункали мембраноз, мезангиопротлифератив ва фибропластик гломерулонефритларда учрайди;

2 - тўхтовсиз авж олиб боради, ремиссия бўлмайди ва олиб борилаётган интенсив давога қарамасдан, 1-3 йилдан кейин СБЕ ҳамда кучли уремия ривожланади. НФСнинг бундай кечиши экстракапилляр, мезангиокапилляр гломерулонефритларда, фокал-сегментар гломеруляр гиалинозда ҳамда БТТК, амилоидоз, диабетик гломерулосклероз, буйрак веналари тромбозидида кузатилади.

IV шакли – терминал НФС. Сурункали гломерулонефрит ва иккиламчи гломерулопатияларнинг кечки босқичларида ривожланади ва ўта ёмон

окибатга олиб келади. Тез ривожланиб борувчи турғун, терминал уремия билан характерланади. НФС белгилари бемор умрининг охиригача сақланиб қолади. Уларнинг қони таркибида креатинин кўрсаткичи паст бўлишига қарамасдан, бошқа турли асоратлар, жумладан, иккиламчи инфекция ёки юрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар. Бу турдаги НФС буйрак касаллигининг кўзғалиши, анемия, юрак етишмовчилиги натижасида тўқималарни узоқ вақт гипоксия ҳолатида бўлгани, веноз гипертензия, айрим дори воситаларини узлуксиз қабул қилиш сабабли ривожланади.

Юрак қон-томир тизими

НФС юрак патологик жараёнга касалликнинг эрта босқичларида кўшилади. Унга микроциркуляция ва гемокоагуляциянинг бузилиши, нефротик (гипопротеинемик) кардиопатия, қон томирларда ва миокардда аутоиммун жараён ривожланиши сабаб бўлади. Бу ҳолат периваскуляр шиш, геморрагия, томирларни аневризматик кенгайиши, капиллярларнинг бўшаб қолиши ва тромбоцитларнинг томир ичи агрегацияси, микротромблар ҳосил бўлишига олиб келади. Ушбу ўзгаришлар миокардга ҳам тарқалади. НФСдаги гипо ва диспротеинемия ҳолати миокардда дистрофик ўзгаришларга олиб келади ва у «нефротик (гипопротеинемик) кардиопатия» деб аталади. Миокард шикастланишининг патогенезида томирлар зарарланиши ва дистрофик ўзгаришлардан ташқари, аутоиммун жараён ҳам муҳим аҳамиятга эга. У томирлар ўтказувчанлигини оширади, натижада оралик тўқима шишига ҳамда миокардни сероз суюқлик билан сингишига олиб келади. Буларнинг ҳаммаси шикастланишда компенсация жараёнига жавобгар тизимни фаоллашишига ва миокардда функционал ўзгаришлар ривожланишига сабаб бўлади. Юракдаги ўзгаришларнинг барчаси миокардни компенсатор гипертрофиясига олиб келиб, кейинчалик сурункали юрак етишмовчилиги ривожланади.

НФС айланиб юрган қон ҳажмининг ошишига ва умумий периферик қаршиликнинг пасайишига мойиллик юқори бўлади. Хужайрадан ташқаридаги суюқлик ҳажми ошади. Юрак систоласининг фазали фаолиятини кузатиш натижасида чап қоринча миокарди қисқарувчанлик фаолиятининг бузилиши ва унда сўнги диастолик босим ошиши аниқланади. Аксарият беморларда юрак чап, кам ҳолларда эса иккала қоринча ҳисобига кенгайди. Чап қоринча қисқарувчанлиги бузилади ва диастолик босим ошади. Аксарият беморларда юрак чўққисидан I тон пасаяди ёки иккиланади, тахминан 50% дан кўпроқ ҳолларда гипертрофия ва анемия ҳисобига систолик шовқин эшитилади. Катта шиш ва гипертрофия мавжуд бўлган беморларда суюқликни қон томирлардан тўқималар орасига ўтиши сабабли, компенсатор равишда юрак қисқариш сонининг ошиши ҳисобига гиперкинетик турдаги қон айланиши кузатилади. Гипертрофия мавжуд беморларда гемодинамик ўзгаришлар ривожланмаганда, мослашиш

хусусиятига эга бўлган томир рефлекси ҳисобига турғун брадикардия аниқланади. Аввал нефротик синдром аниқланган беморларда атеросклероз ривожланмайди, деган тушунчага ҳозир барҳам берилган. Сўнгги йилларда олиб борилган изланишлар унинг аксини, яъни ушбу гуруҳ беморларда атеросклероз эрта ривожланиши ва тез авж олиши ҳамда оғир асоратларга олиб келишини тасдиқлади. НФС билан оғриган беморлар орасида ЮИК ўнлаб баробар кўп учраши тўғрисида маълумотлар мавжуд.

Қон зардобидаги липопротеидларнинг оксил қисми бўлган апопротеинлар текширилганда, НФС аниқланган беморларнинг қон таркибида липидлар миқдори меъёрида бўлса ҳам, коронар томирлар атеросклерози ривожланиш хавфи ошиб боради. НФСда бемор қонида жуда кичик ва кичик зичликка эга бўлган липопротеидлар тўпланиши ҳос. Бошқача қилиб айтганда, этиологиясидан қатъи назар, НФС ўзи проатероген омил ҳисобланади. Буйрак гипертензиясининг умумий белгилари бошқа этиологиядаги гипертензиялардан унча фарқ қилмайди. Нефротик синдром АГ билан келганда, гипертониянинг клиник белгилари бўлмаслиги ёки ёмон сифатли гипертония синдроми кўринишида кечиши мумкин. АГни баҳолашда диастолик қон босим муҳим аҳамиятга эга. Айнан диастолик босим юрак бўшлиқларини кескин кенгайишига, ЭКГ да ўзгаришлар пайдо бўлишига, кўз туби қон томирларини шикастланишига олиб келади. ДАД <100 мм с.м.уст. бўлса, НФС клиник кечишига ва оқибатига кам таъсир қилади. Аммо ундан юқори бўлса, тўр парда шишига, юрак ва бош миёда асоратлар ҳамда СБЕ тезроқ ривожланишига олиб келади.

Нафас олиш тизими

НФС яққол намоён бўлганда 10-30% ҳолларда бир ёки икки томонлама гидроторакс кузатилади. Мақсадли равишда ўтказилган рентген текширишлар натижасига кўра, бу кўрсаткич 46,8% ни ташкил этади. Айни вақтда буйрак фаолияти старли даражада сақланган НФС билан оғриган беморларда нефроген ўпка шиши жуда кам учрайди.

Гидроторакс ривожланганда, беморнинг кўкрак қафаси шакли ўзгаради, ассиметрик бўлади, шикастланган томон нафас олишда орқада қолади, овоз дириллаши сустлашади ёки йўқолади. Суюқлик миқдори жуда кўп бўлганда, кўкрак қафаси орқа юзаси перкуссия қилинганда, учта соҳа фарқланади: ўпка учи устида тиниқ ўпка товуши, унинг асосида мутлақ тўмтоқлик, улар орасида эса ўпка товушининг нисбий тўмтоқлашиши кузатилади. Мутлақ тўмтоқлик соҳасида нафас шовқинлари аниқланмайди ёки кескин сустлашади. Жараён бир томонлама бўлганда кўкс оралиғи аъзолари қарама-қарши томонга силжийди. НФС плевра суюқлиги асосан трансудат кўринишида бўлади.

Овқат ҳазм қилиш тизими

Гомеостаз ва барча турдаги модда алмашинувини кескин ва чуқур бузилишлари билан кечувчи НФС овқат ҳазм қилиш тизими паренхиматоз аъзоларида маълум бир ўзгаришлар кузатилади. Беморларда нефроген гастропатия ривожланади. ЭФГДС маълумотларига кўра, ошқозон антрал кисмининг эрта ва чуқур шикастланиши ва қисқа вақт ичида ошқозон ва 12 бармоқли ичак шиллиқ пардасини тотал атрофиясига олиб келади ҳамда кўйлаб эрозиялар пайдо бўлади. Айни вақтда ошқозон ва 12 бармоқли ичак пиёзчаси ярали дефекти камдан-кам ҳолларда учрайди. Беморлар эпигастрал соҳада оғирлик ҳисси, кўнгил айниши, метеоризм, нефротик синдром яққол намоён бўлганда эса кориннинг турли соҳаларида оғриққа шикоят қиладилар. Объектив кўрикда қорин дам, пальпацияда кўпинча оғриқли, лекин улар аниқ жойлашишга эга эмас. Ушбу симптомокомплекслар сўргичларни шиши, атрофияси, аксарият ҳолларда шаргли патоген флора билан боғлиқ бўлган инфекциянинг (ичак таёқчаси) кўшилиши сабабли ингичка ичак шиллиқ каватининг таркибий ўзгариши натижасида юзага келади.

Шиш ва атрофик ўзгаришлар сабабли ингичка ичакнинг умумий сўриш юзасининг камайиши, бир томондан ингичка ичакда гидролиз жараёнини (девор олди сўрилиши) бузилишига олиб келса, иккинчи томондан озик моддаларни, асосан оксилни фаол сўрилишини пасайтиради. Бу эса аввал мавжуд бўлган гипопро테인емия ҳолатини янада чуқурлаштиради. Оксил мувозанатининг бузилиши шишларни кўпайишига, трофик ва метаболик бузилишларга олиб келади. Жигарда функционал ва морфологик ўзгаришлар кузатилади. Гепатоцитларда ёғли, гиалин вакуолали дистрофия, айрим ҳолларда некроз ривожланади. НФС ошқозон ости безининг экскретор фаолиятининг бузилиши қон зардобиди ва дуоденал суюқлик таркибида липаза, амилаза, трипсин миқдорининг ошиши билан кечади. Ферментлар гиперпродукцияси аксарият ҳолларда функционал мослашув хусусиятга эга бўлиб, кўп ҳолларда аъзо хужайралари ўтказувчанлиги бузилишига боғлиқдир.

Амилоидозда нефротик синдром

Буйрак амилоидозидида унинг тўқимаси барча таркибий элементларига (коптокча, каналчалар, интерстициал тўқима, қон томирлар) эримайдиган махсус фибрилляр оксил-амилоиднинг ўтириб қолиши ва унинг фаолиятини бузилиши ҳамда СБЕ ривожланиши кузатилади. Айни вақтда буйрак билан бир қаторда, бошқа аъзо ва тизимлар ҳам зарарланади. Амилоидоз аксарият ҳолларда сил, сурункали йирингли (остеомиелит, бронхоэктатик ва ўлканинг бошқа йирингли касалликлари) ва ўсма (лимфогранулематоз, буйрак ва бошқа аъзолар ўсмаси) касалликлари, НЯК, ревматоидли артрит, анкилозловчи спондилоартрит, псориастик артритлар асосида ривожланиши мумкин.

Амилоидознинг клиник классификацияси:

Босқичи: бошланғич; клиник намоён бўлиш; терминал.

Даври: протеинурик; нефротик; шиш- протеинурик; гипертоник; СБЕ.

Кечиши: секин авж олиб борувчи; тез авж олиб борувчи; кайталовчи.

НФС буйрак амилоидози билан оғриган 60% беморларда ривожланиди ва бу касалликни оғир босқичга ўтганидан далолат беради. Айрим беморларда НФС жуда эрта, унинг биринчи 3 йилида шакллана бошлайди. Бу даврда беморда аввал вақти-вақти билан, қисқа вақт ичида эса тарқоқ ва тургун шишлар пайдо бўлади ва терминал уремик даврида ҳам сақланиб қолади. Баъзан “ногўлик” НФС аниқланади, яъни яққол намоён бўлган протсинурия мавжуд бўлса-да, шиш кузатилмайди. Бу ҳолат буйрак усти безларини амилоид билан инфилтрацияланиши ва натрий тузларини кўп миқдорда йўқотилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Айрим амилоидоз билан оғриган беморларда интеркуррент инфекция, вакцинация (эмлаш) ёки бошқа омиллар НФС тез ривожланишига олиб келади. Бундай ҳолларда амилоидозни олдинги босқичи аввал аниқланмаган бўлса, ЎГН ёки СГН кўзғалиш даври, деган нотўғри хулосага келиш мумкин. НФС клиник кўринишидаги иккиламчи амилоидоз ривожланишига олиб келган касалликнинг ҳамда амилоидознинг турли белгилари билан боғлиқ. Буйракнинг бошқа касалликларидан фарқли ўлароқ, амилоидозга гипотония хос, лекин 10-12% беморларда ҚБ нинг кўтарилиши кузатилади. Ушбу ҳолатда АГ яхши сифатли кечиб, касалликнинг оқибатига таъсир этмайди. НФС ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар дисбактериоз, кам сўрилиш синдроми ривожланганлиги сабабли тез-тез ич кетиш билан намоён бўлади. Амилоидларни жигар ва талокда ўтириб қолиши туфайли уларни фаолияти бузилмаган ҳолда 60-70% беморларда жигар, 35-40% ҳолларда эса талок катталашади. Амилоидознинг асосий белгиларидан яна бири буйрак етишмовчилиги ривожланганда ҳам буйрак ҳажми катталигича қолганлиги (УТТ ёрдамида) ҳисобланади. Ушбу касалликда буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида ҳам НФС белгилари сақланиб қолади. Иккиламчи амилоидоз билан касалланган беморлар гломерулонефритларга караганда паст креатинин миқдори билан турли хилдаги асоратлар сабабли оламдан ўтадилар.

Периферик қон таҳлилида ЭЧТ аксарият ҳолларда 50 мм/соатдан юқори бўлади ва камқонлик белгилари аниқланади. Сийдик билан чиқиб кетаётган оксил миқдорига мос равишда цилиндрурия даражаси ошиб боради. Айрим ҳолларда лейкоцитурия ва микрогематурия, сийдик қопчаси шикастланганда эса макрогематурия кузатилади. Касалликнинг барча, ҳатто протеинурик босқичида ҳам буйракни концентрация фаолияти пасайган бўлади. Иккиламчи амилоидозда диспротеинемия характери уни келтириб чиқарган асосий касалликка (ревматоид артрит сил ва бошқалар) боғлиқ. Идиопатик шаклида эса қон зардобиди α_{24} ва гамма-глобулинлар ҳамда фибриноген миқдори ошади. Иммунологик ўзгаришлар умумий

комплементни пасайиши ва IgA даражасини ошиши билан намоён бўлади. НФС ривожлангандан кейин беморлар ўрта ҳисобда 2-6 йил яшайдилар.

Кузатувлар иккиламчи амилоидоз билан оғриган беморларни 5 ва 10 йил яшashi 44-77 % ни ташкил қилишини тасдиқлайди. Иккиламчи амилоидоз ривожланишига сабаб бўлган асосий касаллик унинг яқин оқибатига унча таъсир қилмаса ҳам, кейинги прогнозини (ўн йил яшай олиш) белгилаб беради. Ушбу гуруҳ беморларнинг 72%и уремиядан оламдан ўтса, 28% нинг ўлимига асосий касалликнинг зўрайиши (айниқса,, ўсма касалликлари) ёки асоратлар пайдо бўлиши сабаб бўлади. Агар амилоидозли нефропатия белгилари 30 ёшгача бўлган беморларда юзга келса ва у тарқалган клиник белгилар, айнақса, нефропатия диарея ёки гипотония билан кечса, ёмон оқибатларга олиб келади.

Даврий касалликда кузатиладиган ирсий амилоидоз асосида ривожланган НФС билан оғриган беморларда ошқозон-ичак тизими томонидан кучли ўзгаришлар аниқланади. Улардан 20-22%ида турли диспептик, 67% ида ич келишининг бузилиши кузатилади. Бу ўзгаришлар буйрак стишмовчилиги ривожланганда янада яққолроқ намоён бўлади. Даврий касаллик билан оғриган беморларда амилоидоз ривожланишига мос равишда қислота ва фермент ишлаб чиқарилиши пасаяди ҳамда бу ҳолат шиллик қаватдаги морфологик ўзгаришлардан бир мунча илгари ривожланади.

Мальабсорбция ва мальдигестия белгилари пайдо бўлиши НФС билан оғриган беморларда ёмон оқибатларга олиб келади. Ушбу гуруҳ беморларни ўртача яшаш даври $6,8 \pm 1,2$ йилни, касаллик ошқозон-ичак шикастланиши билан кечганда 5,3-1,4 йилни, жараён буйрак ва ошқозон ичак тизими зарарланиши ҳамда гипотония биргаликда келганда 2,3-1,5 йилни ташкил этади. Амилоидоз билан оғриган беморларнинг ярмида, буйрак стишмовчилиги ривожланса, барчасида ичак дисбактериози кузатилади. Бу эса мальабсорбция ва мальдигестия белгиларини янада кучайтириб юборади. Амилоидозни ташхислашда, асосий текшириш усули биопсия ҳисобланади. Ичак биопсиясида 75%, жигарда 50%, милкда 20% ҳолларда амилоид аниқланади.

Қандли диабетда нефротик синдром

Буйрақларнинг ҚД оқибатида зарарланиши баъзан НФС кўринишида намоён бўлиб, касалликнинг инсулинга қарам ҳамда қарам бўлмаган турларига чалинган беморларда ривожланади. Диабетик нефропатия умумлаштирилган тушунча бўлиб, ҚД буйрак шикастланишини бир нечта турларини, жумладан, диабетик гломерулосклероз, папиляр некроз, пиелонефрит, сийдик йўллари инфекцияси, гликогенли нефроз ҳамда атеросклеротик нефроангиосклерозни ўз ичига олади. Улар ҚД кузатиладиган метаболик ўзгаришлар ва унга хос бўлган микроангиопатия

хамда инфекция боғлиқ асоратларга мойилликнинг ошишига боғлиқ. НФС баъзан ҚД нинг эрта, айрим ҳолларда эса унинг 10-12-йилларида кузатилади. Лекин унинг оғирлик даражаси ҳар доим ҳам асосий касалликка мутаносиб бўлмайди. Диабетик нефропатиянинг (протеинурия, ҚБ кўтарилиши, шиш, нефротик синдром, СБЕ белгилари) клиник белгилари 30-35% беморларда кузатилиб, қолган 65-70% ҳолларда белгиларсиз яширин кечади.

Диабетик гломерулосклерознинг илк клиник босқичи коптокчалар протеинурияси ҳисобланиб, бошланғич даврида доимий бўлмай селективлик даражаси пасайиб боради. Коптокчалар фильтрацияси бир дақиқада 45 мл гача камайган ҳолларда проксимал капалчаларда оксилнинг қайта сўрилишининг бузилиши ҳисобига протеинурия аралаш (коптокча ва каналча) хусусият касб этади. Сийдикда альбуминлар билан бир қаторда, йирик молекуляр оғирликга эга бўлган оксиллар ҳам аниқланади. Бир кеча-кундузда йўқотиладиган оксил 3,5 г дан ортиқ бўлиши беморда НФС ривожланганлигидан далолат беради ва у диабетик нефропатиянинг оқибатига таъсир этувчи оғир клиник белги ҳисобланади. Яққол белгилар билан кечувчи нефротик синдром ҚД га чалинган беморларнинг 6-30% да учрайди ва қатор хусусиятларга эга. Одатда у аста-секин шаклланиб, ўзига хос клиник ва лаборатор белгилар билан кечади. Хусусан, шишлар ўта кўп бўлиб, сийдик ҳайдовчи воситалар деярли самара бермайди. Бунинг сабабларидан бири организмда кўп миқдорда туз ва сув ушланиб қолишидир. ҚДда 60-90% ҳолларда ҚБ ортиши кузатилиб, бу ҳолат буйраклар фаолиятининг янада бузилишига олиб келади ва АГ даражаси протеинурия миқдори билан мутаносиб равишда ривожланади. Касалликнинг сўнгги босқичларида гипертензия деярли барча беморларда кузатилади. Унинг кўрсаткичи касалликнинг турли даврларида ҳар хил бўлиб, яққол клиник белгилар даврида одатда 180/100 мм см.уст. атрофида, сўнгги даврларида эса 200/110 мм см. уст. ва ундан ҳам юқори кўрсаткичларда бўлиши мумкин. Қандли диабетда ҚБ нинг кўтарилиши РАА тизими фаоллашиши билан боғлиқ эмас; инсулинга боғлиқ ҚД билан оғирган беморларда ренин фаолиятининг меъёрида бўлиши ёки аксинча пасайиши тўғрисида кўплаб маълумотлар мавжуд. Ушбу гуруҳ беморларда АГ ривожланишида буйракларда натрийнинг бирламчи ретенцияси муҳим ўрин эгаллайди ва оқибатда қон ҳажми ортиб, томирлар дсворида ушбу микроэлемент тўпланади. Диабетик гломерулосклерознинг аста-секин ва тез авж олувчи шакллари фарқланиб, унинг биринчи шакли кўпроқ учрайди. Ушбу шаклда касалликнинг илк белгилари яққол намоён бўлмайди. Аксарият ҳолларда вакти-вакти билан юзага келувчи протеинурия кузатилиб, у бир неча ой, баъзан эса йиллардан сўнг турғун носелектив хусусият касб этади ва пешоб билан чиқадиган оксил миқдори ортиб боради. Айни вақтда, ушбу даврда ҚДга қарши самарали даво ўтказиб турилса, бемор аҳолини нисбатан енгиллаштириш ва протеинурияни маълум

муддатга камайтириш, хатто бартараф қилиш эҳтимоли юқори бўлади. Вакт ўтиши билан касалликнинг тинч даври муддати қисқариб, тез авж олиб боровчи кечишга эга бўлади ва НФС белгилари юзага келади. Нисбатан кам ҳолларда ва кўпроқ навкирон ёшли беморларда жараённинг тез авж олиш ҳоллари учрайди.

Донмий протеннурия юзага келиши билан КФ ҳар ойда 1 мл/дақиқага пасайиб боради. Хужайрадаги ўзгаришлар турғун хусусият касб этган сабабли, мазкур босқичда гипергликемияга қарши ўтказилган даво чоралари протеинурия кучайиб боришини бартараф эта олмайди, Буйрак етишмовчилигининг сўнгги босқичида яққол намоён бўлган юқори протеинурия ва шишлар сақланиб қолиши касалликка хос бўлган асосий белги ҳисобланади. Инсулинга боғлиқ диабетда ривожланувчи барча ўзгаришлар (эндокрин, метаболик, иммун) НФС негизида АГ вужудга келишига мойиллик туғдиради. ҚДда АГ ривожланишида нафақат гломерулосклероз, балки майда қон томирлар, аввало артериолалар гиалинози билан яқунланувчи тарқоқ диабетик микроангиопатияларнинг таъсири шубҳасиздир. НФС юзага келиши, атеросклероз ривожланиши, сурункали пиелонефрит ва иккиламчи инфекциялар кўшилиши диабетик гломерулосклероз кечишини оғирлаштиради ва инсулинга қарам ҚД билан касалланган 40 ёшгача бўлган беморлар орасидаги СБЕ дан ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади. Нефропатия ривожланган беморларнинг 80%и урсмия оқибатида, 10%и миокард инфарктидан ва яна 10%и бошқа сабаблар оқибатида ҳаётдан кўз юмадилар.

Тизимли қизил волчанка касаллигида нефротик синдром

Ушбу касалликда қонда айланиб юрувчи, таркибида ДНК ҳамда ДНКга қарши антитаначалари бўлган иммун мажмуаларнинг буйракда тўпланиши оқибатида иммун зарарланиш юзага келади ва НФС ривожланади. Люпус-нефрит клиник белгилари аста-секин намоён бўлувчи беморнинг умумий аҳволи ва касаллик оқибатига деярли таъсир кўрсатмайдиган протеинурия ёки қисқа вақт ичида ўлимга олиб келувчи НФС, АГ ва буйрак етишмовчилиги билан кечувчи ўта оғир ним ўткир нефрит кўринишида кечиши мумкин.

Баъзи беморларда буйрақлар зарарланиши касалликнинг илк белгиларидан бири сифатида намоён бўлади. НФС кўп ҳолларда ТҚВ кечишининг илк йилларида ривожланади ва касаллик оқибатига салбий таъсир этувчи омиллардан ҳисобланади. Буйрақлардаги ўзгаришлар ТҚВ кечиши билан узвий боғлиқ бўлиб, ўткир кечганда люпус-нефрит хасталанишининг биринчи йилидаёқ, ним ўткир кечганда 3-4 йилида ва сурункали кечишида эса 8-10 йилида юзага келади. ТҚВда кузатиладиган НФС қуйидаги ўзига хос хусусиятларга эга: буйрақларнинг қизил волчанка таъсиридаги яллиғланиши

окибатида лейкоцитурия; уларни асосан нейтрофиллар хисобида бўлиши; периферик қонда лимфопения ва эозинофилия, лейкопения, тромбоцитопения, ЭЧТ ошиши, гемолитик ёки гипохром темир танқислиги камқонлиги; яққол намоён бўлмаган гипер- α_2 ва юқори γ -глобулинемия; гиперхолестеренемия (холестерин миқдори баъзан 10,3-12,9 ммоль/л га ортиши мумкин) камдан-кам ҳолатларда кузатилиши.

Тез авж олувчи волчанкадаги нефритнинг НФС, АГ, (баъзан хавфли), эрта ривожланган буйрак етишмовчилиги билан бирга келиши, касаллик оқибати ёмонлигидан дарак беради. Юқорида келтирилганларга асосланган ҳолда қуйидаги белгилар бўлган тақдирда нефротик синдром ТҚВ билан боғлиқ деб ўйлаш мумкин:

- навқирон ёшли аёлда НФС ривожланиши;
- ним ўткир нефротик шаклда кечиб, қисқа вақт ичида АГ ва буйрак етишмовчилиги белгилари кўшилиши ҳамда авж олиши;
- гематурия, цилиндрурия кузатилиши;
- протеинурияни селектив бўлмаган хусусиятга эга бўлиши;
- гипергаммаглобулинемия;
- қон зардобидида холестерин миқдорининг меъёрида ёки бир оз юқори бўлиши.

НФС билан кечаётган люпус-нефрит билан хаста беморларда касаллик оқибати ўта жиддий ва айнан буйракларнинг зарарланиши беморларнинг кўп қисмида ўлимга сабаб бўлади. Турли маълумотларга кўра, ТҚВда нефротик синдром кузатилганда, беморлар орасида 10 йиллик яшаш кўрсаткичи 65-70%, унга кўшимча АГ ривожланган ҳолда эса ушбу кўрсаткич 45-60% ни ташкил этади.

Дорилар таъсиридаги нефротик синдром

Сўнгги йиллардаги маълумотларга кўра, шифохонада даволанаётган 18-30% беморларда дори воситаларини қўллаш вақтида қатор ноўя таъсирлар юзага келади ва айрим ҳолларда беморлар ўлимига сабаб бўлади. Улар орасида буйрак зарарланиши муҳим аҳамият касб этади ва унга қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

- буйракларда қон айланишининг жуда юқори даражада (юрак зарб ҳажмининг 25% ни ташкил этади) эканлиги;
- каналчалардаги хужайраларда метаболик ва транспорт жараёнларининг ўта тез кечиши;
- дориларнинг асосий қисми буйраклар орқали организмдан чиқарилиши;
- айрим дори воситаларининг бевосита нефротик таъсирга эга эканлиги.

Юқорида санаб ўтилган омиллар оқибатида беморларда бутун организм, шу жумладан, буйракларда дориларнинг аллергия таъсири,

токсик нефропатия ёки нефротоксик нефрит ва бошқалар ривожланади. Буйракларни дори воситалари таъсирида шикастланиши, аксарият ҳолларда ўткир НФС ёки ўткир буйрак етишмовчилиги кўринишида намоён бўлади. Айрим беморларда зардоб ёки эмлашлардан сўнг гломерулонефрит кузатилади. Бундан ташқари, дориларни узоқ вақт қабул қилганда, НФС билан бирга сурункали интерстициал нефрит, тубулопатия, ретроперитонеал фиброз ва нефролитиаз ривожланиши мумкин. Дорили ўткир нефропатия умуий медикоментоз аллергия асосида ривожланади.

Таъсирчанлиги кучайган организмга антиген қайта киритилганда, базал мембрана ва каналчалар эпителиясининг қайта антигенли ўзгариши оқибатида НФС ривожланади. Дорилар таъсирида ривожланган НФС кўп ҳолларда шиш ва протеинурия, баъзан диспротеинемия ва гиперлипидемия билан намоён бўлади. Мазкур ўзгаришлар дори касаллигининг бошқа белгилари билан биргаликда кузатилиши НФС тўғри баҳолашда енгиллик туғдиради. Айрим ҳолларда сульфаниламидлар, бутадион, гидролазин билан даволанганда аллергиянинг умуий белгилари асосида ёки улардан сўнг бир неча кун ўтгач, ўткир дорили гломерулонефрит ривожланиши ва НФС кўринишида кечиши мумкин. Сульфаниламидли нефропатияда буйракни майда артерия ва артериолаларида некрозловчи антиген кузатилиб, ўткир ости кечувчи гломерулонефрит, иситмалаш, артралгия, тери ҳамда шиллик қаватларни оғир зарарланиши кузатилади.

Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) дорилар таъсирида каналчаларни ўткир некрози, ўткир интерстициал нефрит, томир ичи гемолизи, каналчаларни сийдик кислотаси ёки сульфаниламид кристаллари билан тикилиб қолиши, икки томонлама кортикал некроз, гепаторенал ва гемолитик-уремик синдром, гиперкальциемия ҳолатларида ривожланиши мумкин. Дори қабул қилиш тўхтатилганда, ЎБЕ ва НФС белгилари орқага қайтади. Д-пеницилламинли ва ргутли нефропатияларда жараён тўхтовсиз авж олиб боради. Героинли нефропатия (наркотик моддалар қабул қиладиган) ёш эркакларда оғир НФС, микрогематурия, гипокөмплементемия (C_3 - фракция депрессияси) ва кон зардобида яққол намоён бўлган (8-10 марта) поликлонал IgM нинг ошиши билан кечади. Нефропатиянинг илк белгилари пайдо бўлгандан кейинги 6-48 ой ичида СБЕ ривожланади. Узоқ вақт давомида наркотик бўлмаган анальгетиклар, ЯҚНВ, диуретиклар, витамин Д, кальций препаратларини қабул қилган беморларда сурункали тубулоинтерстициал нефропатия ривожланади.

Паранеопластик нефропатия

Паранеопластик нефропатия турли аъзоларда жойлашган ўсма (ўпка, ошқозон, йўғон ичак, қалқонсимон безни ёмон сифатли ўсмалари, лимфогранулематоз, миелом касаллиги) касалликларида буйрак шикастланиши натижасида юзага келади. Жараённинг бошланиш даврида, аксарият ҳолларда унга хос белгилар кузатилмайди. Иштаҳа пасайиши, тез чарчаш, тана ҳароратининг вақти-вақти билан кўтарилиб туриши, умуий ҳолсизлик каби

умумий шикоятлар баъзан юкумли касалликнинг оқибати сифатида қабул қилинади. Кейинчалик ушбу ўзгаришлар билан бир қаторда, одатда пешобда мустақил буйрак касаллигига хос белгилар аниқланади. Шунингдек, хавfli ўсмалар жойлашган аъзолар ёки унинг метагазига хос симптомлардан ташқари, айрим бошқа клиник белгилар билан ҳам намоён бўлади. Паранеопластик синдром деб ном олган ушбу реакциялар турли-туман белгилардан (терининг маҳаллий ўзгаришлари, артралгия, иситмалаш, мушакларда оғрик, қондаги ўзгаришлар - камқонлик ва эритроцитоз, тромбоцитоз ва тромбоцитопения, лейкомоид реакциялар)) ҳамда ревматоидли артрит, дерматомиозид ва бошқа тизимли касалликларга хос ўзгаришлардан иборат бўлиши мумкин. Аслида “паранеопластик нефропатия” деганда, ўсма жараёнининг бир қисми бўлган ва унга нисбатан бутун аъзоларни, жумладан, буйракларни носпецифик жавоби назарда тутилади.

Ўсма касалликларида буйраклар зарарланишининг қуйидаги шакллари фарқланади:

- амилоидоз;
- гломерулонефрит кўринишидаги мембраноз (паранеопластик) нефропатия;
- метаболик ацидоз;
- электролитлар алмашинуви бузилиши, нефрокальциноз ва гипокальциемия буйрак ривожланиши;
- сийдик кислотаси алмашинуви бузилиши оқибатида буйрак каналчаларининг уратлар билан бекилиб қолиши ёки интерстициал нефрит;
- Бенс-Жонс оксиленинг захарли таъсири ёки буйрак каналчаларида тўпланиши оқибатида уларнинг торайиши;
- изостенурия.

Паранеопластик нефропатияда НФСга хос бўлган барча белгилар ва СБЕ тез авж олиши билан кечади. Баъзан у ўсма касаллигининг илк белгиларидан бири сифатида намоён бўлишини шифокор доимо ёдда тутиши ва ёши ўтган кишиларда НФС пайдо бўлишига алоҳида эътибор бериши керак. Ўз вақтида бошланган ўсмага қарши даво чоралари НФС бартараф этишда муҳим аҳамиятга эга.

Миелом касаллиги

Миелом касаллиги (миелома, плазмоцитома) – плазмоцитларни ўсма касаллигига хос бўлган инвазияловчи пролиферацияси ва уни натижасида суяк тўқимасининг деструктив шикастланиши ҳамда иммуноглобулинлар алмашинуви бузилиши (бир хил турдаги аномал иммуноглобулинларнинг ишлаб чиқарилиши). Касаллик 45-65 ёшлардаги аҳоли орасида кўп учраб, барча лейкоцитларни 1/6 қисмини ташкил этади. Суяклардаги оғрик, сабабсиз озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, диспротеинемия, ЭҚТ ошиши билан кечганда миелом касаллиги тўғрисида ўйлаш лозим. Ушбу

касалликда буйракларни шикастланиши каналчалардаги, камдан-кам ҳолларда коптокчалардаги (асосан амилоид ўтириб қолиши ҳисобига) ўзгаришларга боғлиқ. Беморда гиперкальциемия ҳисобига нефрокальциноз, айрим ҳолларда пиелонефритни эслатувчи (инфекцион табиатга эга эканлигига асос старлича бўлмаган ҳолда) белгилар ва ниҳоят буйрак ишемияси кузатилиши мумкин. “Миелом буйрак” деганда, унинг каналчалари тирқишининг кенгайиши, уларни махсус эозинофиллар ёки полихроматофилли “колиплар”-цилиндрлар билан бекилиб қолиши натижасида кузатиладиган ўзгаришлар назарда тутилади. Бу цилиндрлар аксарият ҳолларда нефронларни ҳалқасида, дистал каналчаларда ҳамда йиғувчи трубкаларида жойлашади ва Бенс-Жонс оқсили преципитациялари билан боғланади. Миелом касаллигида буйрак коптокчалари амилоидоз ва камдан-кам ҳолларда учрайдиган мезангиопрوليфератив жараёни ҳисобга олмаганда ўзгаришсиз қолади.

Клиник жиҳатдан миелом касаллигида буйраклар шикастланишининг асосий белгиси яқкаланган ёки кўп миқдордаги цилиндрурия, айрим ҳолларда лейкоцитурия ва камдан-кам ҳолларда гематурия билан кечувчи сийдик синдроми ҳисобланади. Сийдик таркибидаги оқсилнинг асосий қисмини Бенс-Жонс оқсили ташкил қилиб, унинг кунлик миқдори 20 г. ва ундан юқори бўлиши мумкин. Буйрак шикастланиши асосий касалликка хос бўлган қуйидаги умумий белгилар билан бирга кечади:

✦ умумий ҳолсизлик, суякларда, бўғимларда ва умуртқа поғонасида оғрик, деструктив ўзгаришлар натижасида суякларни тўсатдан синиши, озиб кетиш, анорексия;

✦ тери қоплами рангларлиги, тана ҳароратининг кўтарилиши, қовурғаларга, умуртқа поғонасига, бош суякларига уриб кўрганда оғрик, бемор бўйини пасайиши (умуртқани компрессияланган синиши сабабли), суяклар деформацияси;

✦ гепато- ва спленомегалия, парастезия;

✦ Рейно синдроми;

✦ оғир миеломли нефропатияда СБЕ ривожланиши;

✦ УҚТ - анемия, ЭҚТ ошиши, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, мутлак моноцитоз, плазматик хужайралар бўлиши эҳтимоли; Қоннинг биокимёвий таҳлилида гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия, гиперкальциемия, гиперурикемия, нефрокальциноз, гиперкреатининемия, кучли М-градиентли диспротеинемия, юқори даражада патологик иммуноглобулинлар ва стернал пунктатда плазматик хужайралар аниқланиши;

✦ суяклар рентгенографиясида - деструкция ўчоқлари, тарқалган остеолитик ўзгаришлар, остеопороз, патологик синишлар.

Миелом касаллигини аниқлашда қўлланиладиган ташхисий мезонлар: миелограммада 15% юқори бўлган плазмоцитоз; трепанатда плазмахужайрали инфильтрация; қон зардобиди ва сийдик таркибида парпротеинлар мавжудлиги; остеолит ёки тарқалган остеопороз; периферик қон таркибида плазматик хужайраларнинг аниқланиши. Биринчи ва

иккинчи ёки уларнинг ҳар бирини бошқа (3,4,5) белгилар билан бирга келиши ташхисни ишончли эканлигини билдиради. Ушбу касалликка шубҳа бўлганда, беморни зудлик билан мутахассис шифокорга юбориш лозим.

Юқорида баён этилган касалликлардан айримларида (гломерулонефритлар, диабетик гломерулосклероз, тизимли кизил волчанка, ҳомиладорлар нефропатияси) НФС шиш билан бирга кузатилганлиги сабабли, уларни бир-биридан фарқлашда кийинчиликлар кузатилади. Шуни эътиборга олиб, уларнинг солиштирма ташхисини 1-жадвалда келтирдик.

1-жадвал

Шиш ва нефротик синдром бирга кузатиладиган касалликлар ва уларнинг солиштирма ташхиси

Касаллик	Ташхисий мезонлар	Самарали текшириш усуллари
Сурункали гломеруло-нефрит	Кўпинча шикоятлар гипертония (кўриш қобилиятининг бузилиши, юрак астмаси хуружлари) ва буйрак етишмовчилиги кўринишлари (ҳолсизлик, терининг қуруқлиги, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг йўқлиги; бел соҳасидаги оғриқлар, дизурия, (никтурия), протеинурия, гематурия, цилиндруря, гилопротейнемия, гиперхолесте-ринемия, сийдик нисбий зичлигининг пасайиши, қонда креатинин миқдорининг ортиши	Буйракни функционал тешириш усуллари, сийдикнинг умумий ва қоннинг биокимёвий таҳлили
Диабетик гломеру-лосклероз	Касалликни Киммельсон-Уилсон синдроми кўринишида ва альбуминурия, гипертония ҳамда ретинопатия билан намоён бўлиши. Қонда қанд миқдори ортган	Қонда қанд миқдорини аниқлаш, сийдик таҳ-лили (альбуминурия), ҚБни ўлчаш, кўз тубини текшириш
Тизимли кизил волчанка	Қатта ташхисий мезонлар - ёпоқларда «капалак»симон тошмалар, люпус-нефрит, люпус-пневмонит, LE-хужайраларни аниқланиши, юқори титрда ДНКларга антитела, Верльгоф симптомкомплекси, мусбат Кумбс синамаси; Кичик ташхисий мезонлар-иситмалаш, озиб кетиш, бармоқларда капиллярлар кўриниб туриши,	Хос бўлган клиник манзарада қонда LE-хужайраларини аниқлаш

	лимфоаденопатиялар, полисерозитлар, миокардит, полиартралгиялар, ЭЧТ ошиши, лейкопения, тромбоцитопения	
Ҳомиладорлар нефропатияси	Ҳомиладорларда гипертония, протейнурия ва олигурия билан биргаликда шишлар пайдо бўлиши	Хос клиник манзара ва сийдик таҳлиллари

Нефротик синдром асоратлари

НФС кўп ҳолларда турли асоратлар билан кечади ва шунинг учун уни ўзига хос хавф омилли деб ҳисоблаш лозим. Улар ўз-ўзидан юзага келадиган (спонтан) ва ятроген бўлиши мумкин. Спонтан асоратлар мавжуд нефропатиянинг оғирлиги, асосий касалликнинг хусусияти ва НФС даражасига боғлиқ. Асоратлар кўп ҳолларда оғир НФС билан кечувчи сурункали гломерулнефритда ва ТКВда кузатилади. НФС ятроген асоратлари беморни текшириш ёки даволаш билан боғлиқ бўлиб, кўпинча тавсия қилинган дори воситаларига аллергик реакциялардир. Унинг асосий спонтан асоратлари турли соҳада жойлашган бактериал, вирусли, замбуруғли инфекциялар, нефротик криз (гиповолемик шок), периферик флебит ва артериотромбозлар; мия ва кўз туби пардаси шиши ҳисобланади. Инфекцион асоратлар беморларда иммунитетнинг сусайиши (иммунодепрессантлар таъсирида) туфайли юзага келади. Улар ичида қайталанувчи респиратор касалликлар, терининг йирингли зарарланишлари, зотилжам, плевритлар (шу жумладан, эксудатли), сийдик йўллари яллиғланиши, сарамас (β -гемолитик стрептококк чақирган) кўп учрайди. НФС энг оғир ва кўрқингчи асоратларидан бири бўлиб (ҳозирда бактерияга қарши терапияни ўз вақтида қўллаш сабабли кам учраётган) иневмококкли перитонит ҳисобланади. Бактерияли перитонитни гиповолемик шокнинг бошланғич кўринишларидан бири бўлган нефротик криздан фарқлаш лозим.

Нефротик криз НФС ўта оғир асоратларидан бири ва беморда тўсатдан кўнгли айниши, турли жойлашишга эга бўлган қориндаги кучли оғрик (перитонитга ўхшаш, кўпинча қориннинг олдинги деворида ва сон соҳасида) кўчиб юривчи сарамасга ўхшаш эритематоз тошмалар (озод кининлар ҳосил бўлиши ҳисобига), тана ҳароратининг кўтарилиши, анасарка, гипопроteinемия (35 г/л.гача, гипоальбуминемия 8-4 г/л.гача) ва гиповолемия ҳисобига айланиб юрган қон ҳажмининг камайиши сабабли, ҚБ ни кескин тушиб кетиши билан намоён бўлади. Эритематоз тошма сарамасдаги тошмадан ўз жойини тез ўзгартириши (ўрмаловчи эритема) ва аниқ чегарага эга бўлмаслиги билан фарқ қилади. Абдоминал оғриклар қорин пардасини кўзғатиш белгилари билан бирга кечади. Ушбу ҳолатни бактериал перитонит, ошқозон ёки 12 бармоқли ичак ярасининг ёрилиши, мезентериал томирлар, буйрак веналари ёки пастки ковак вена шохлари тромбози, силли мезаденит, буйрак карбункули каби касалликлардан

фарклаш лозим. Ташхислаш максадида ўтказилган абдоминал пункцияда тиник, кўпикли (таркибида юқори даражадаги оксил ҳисобига) стерил, таркибида кўп микдорда гистамин, серотонин ва брадикинин мавжуд бўлган трансудат олинади. Юқоридаги белгиларнинг зўрайиши оқибатида беморларда коллапс, гиповолимик шок ёки ўлим юзага келиши мумкин. Нефрротик криз кўпинча ГН ва ТКВ га чалинган беморларда кузатилади. Нефротик кризнинг биринчи белгилари бўлиб анорексия, кўнгил айниши, сабабсиз қайт қилиш ҳисобланади. Кейин аста-секин ёки бир вақтда қолган белгилар пайдо бўлади. Унинг кўп учрайдиган симптомларидан бири гемостазиинг турли хил клиник бузилишлари (чегараланган буйрак ичи томири коагуляцияси, периферик флeботромбозлар, томир ичи диссиминерланган синдроми) ҳисобланади. Ривожланиши интеркурент инфекция, қаттиқ чарчаш, жароҳатланиш, нефротик синдромнинг тромботик асоратлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Қон таҳлилида лейкоцитоз, сийдикда эса лейкоцитурия, баъзан микрогематуриянинг кучайиши кузатилади. Баъзи беморларда нефротик криз негизда гиповодемик шок ривожланиши мумкин. Унинг ривожланиш белгилари адинамия, тахикардия, тана ҳароратининг тушиши, олигурия, ацидоз, гипоксия, коллапсгача зўрайдиган артериал гипотония ҳисобланади.

Периферик флeбит ва артериотромбозлар НФС ривожланган беморлар касаллигининг оқибатини белгилаб беради. Ушбу ҳолат тромбаксан кўп ишлаб чиқарилиши, қонда V, VII, VIII, XIII коагуляция омиллари, фибриноген микдорининг кўпайиши ҳисобига тромбоцитлар агрегатацияси ошиши нагжасида юзага келади. Беморда периферик тромбофлeбитлар, ўпка артерияси ва буйрак томирлари тромбози, инсульт, МИ ривожланиши мумкин. НФС билан оғриган беморларда кўпинча антиромбин III дефицити, гиперкоагуляция, фибринолиз тизими депрессияси, урокиназа фаоллигининг пасайиши ҳисобига томир ичи диссиминерланган синдроми ривожланиши мумкин. Ушбу ҳолат ўткир буйрак етишмовчилиги (олигоурия, қонда креатинин ва калий микдорининг кескин кўтарилиши) ва томир ичи диссиминерланган синдроми, кейинчалик гипокоагуляция ва геморрагик синдромга олиб келади. Оқибатда организмда тромбoгеморрагия, гипоксия, ацидоз, дистрофия ва аъзоларнинг дисфункцияси ривожланади ҳамда иккиламчи қон кетишлар кузатилади. Томир ичи диссиминерланган синдроминанинг кечиши ўткир, қайталанувчи, сурункали ва яширин бўлиши мумкин.

Унинг 4 босқичи фаркланади:

- I - гиперкоагуляция ҳолати ва тромбоцитларнинг томир ичи агрегацияси;
- II – коагулопатия ва тромбоцитопатиянинг кучайиши ҳамда когуляция синамаларининг турли йўналишдаги ўзгаришлари;
- III – чуқур гипокоагуляция ва фибринолиз жараёнининг фаоллашиш (геморрагик) босқичи. Қон ивиш механизмининг тубдан бузилиши ва назорат қилиб бўлмайдиган қон кетишнинг ривожланиши;

IV – тикланиш босқичи (жараён ёмон кечганда – оғир асоратлар ва ўлим билан тугаши). Аъзоларда чуқур дистрофик ўзгаришларнинг юзага келиши.

Нефротик синдромда ЮИК, ўпка артерияси тромбоземболияси, инсультлар, периферик флеботромбозлар каби камроқ учрайдиган катор бошқа асоратлар учраши мумкинлигини УАВ ёдда тутиши лозим. Аксарият ҳолларда НФС оқибати ёмон. Айниқса, кексаларда, АГ макрогематурия ривожланганда, амилоидоз ва у узок вақт давом этганда, ўлим хавфи янада ошади.

НФС билан оғриган беморларни ўлимга олиб келувчи асосий сабаблар:

- буйрак етишмовчилиги;
- инфекцион асоратлар (пневмония, плевра эмпиемаси, сепсис, апостематоз нефрит, гломерулонефритга ўткир пиелонефрит қўшилиши);
- гиповолемик шок;
- тромбоз, тромбоземболия, ЎАТЭ, инсульт, МИ;
- нефротик криз;
- ятроген сабаблар (цитостатиклар билан даволанганда агранулоцитоз, оғир кечувчи зардобли гепатит, стероидли остеопороз ҳисобига умуртка поғонасининг синиши ва бошқалар).

Нефротик синдромни даволаш

НФС чалинган беморларни даволаш – мураккаб вазифалардан бири ҳисобланади ва унга шубҳа бўлган ҳолларда УАВ уларни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлим ёки шифохонага юбориши лозим. Даво чоралари унга олиб келган асосий касалликни ва буйрак фаолиятини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Бир оз шиш мавжуд бўлган беморларга меъёрланган ҳаракат (ётоқ ҳолати тромбоз ривожланишига олиб келади) тавсия этилади. Даволашда жисмоний тарбия билан шуғулланиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш ва оғиз бўшлиғи ҳамда бирламчи ўчоқ санациясига катта эътибор бериш лозим. Яққол намоён бўлган шиш синдромида ётоқ ҳолати тавсия этилади.

Беморга ош тузи истеъмол қилишни кунига 3 г.гача чегаралашни (ёки тузсиз парҳез), суоқлик ва ҳайвон оксилларини (1 г/кг тана вазнига) қабул қилишни камайтириш, овқат таъмини яхшилаш учун ош тузи ўрнига санасол (СБЕ гиперкалиемияда мумкин эмас) қўллаш, янги узилган мевалар истеъмол қилиш тавсия этилади. Парҳезга фосфолипидларга бой арпадан тайёрланган кисел, бўтқа ва қайнатмалар қўшиш мақсадга мувофиқдир. Ўсимлик ёғи, денгиз маҳсулотлари (денгиз балиғи ва карами, криветкалар), саримсоқ пиёз истеъмол қилиш тромбоцитлар агрегациясини камайтиради ва қоннинг фибринолитик хусусиятини оширади. Асосий касалликни даволаш йўли билан (цитостатиклар ва преднизолан) НФС бартараф этиш ва СБЕ авжланишини тўхтатишнинг иложи бўлмаган ҳолларда паст оксилли парҳез, ААФИ лари тавсия этилади. Бу колпокчалар ичи босимини пасайтиради, иккиламчи фокал-сегментар

гломерулосклероз ривожланишини олдини олади ва натижада протсеинурия даражаси пасаяди ҳамда СБЕ авжланиш жараёни секинлашади. Гиперлипидемия ҳолатини камайтириш мақсадида ҳўл мева ва сабзавотли ёки кам ёғли (овқат калориясини 30% дан камини ташкил қилувчи, таркибида линол кислотаси мавжуд бўлган кам холестеринли) парҳез (№7) тавсия этилади. Охириги йилларда гиполипидемик парҳез билан бир қаторда, холестерин ва паст зичликка эга бўлган липопротеинлар синтезини камайтирувчи воситалар (мсвакор, ловастатин, симвостатин) тавсия этилмоқда. Беморнинг кун давомида қабул қиладиган суюқлиги кунлик диурез миқдоридан 200-300 мл. ошмаслиги керак.

НФС негизда иммун яллиғланиш жараёни ётганини ҳисобга олган ҳолда, патогенетик даво сифатида ГКС, цитостатиклар, антикоагулянт ва антиагрегантлар, плазмаферез, гемосорбция қўлланилади.

Глюкокортикоидли даво УГН, СГН, дорили нефропатиялар, СКВ асосида ривожланган НФС даволашда қўллаш самарали ҳисобланади. Унинг миқдори асосий касалликнинг фаоллик даражасидан келиб чиққан ҳолда танланади. Диабетик гломерулосклероз, буйрак ўсмаси, сили ва амилоидози, СГН артериал гипертензия билан кечганда ҳамда СБЕ ривожланган ҳолларда самарасиз ва қўллаш тавсия этилмайди. Оғир НФС, айниқса, ўткир ости кечган гломерулонефрит ва СКВда метилпреднизолон билан пульс терапия ўтказилади. (ГКС дозасини танлаш ва пульс терапия тўғрисидаги батафсил маълумот “БТТК” ларига бағишланган маърузада келтирилган).

ГКС буюришга қарши кўрсатма бўлганда (НФС, АГ ва макрогематурия билан бирга кечганда), ёки унинг самараси бўлмаганда *цитостатиклар* (азатиоприн, циклофосфан) тавсия этилади. Ушбу гуруҳ воситалари тугунчали периартрит, Вегнер ва Гудпасчер синдромлари, СГН аралаш синдром билан кечганда, СКВ, ўткир ости гломерулонефрит асосида ривожланган НФС ни даволашда қўлланилади. Оғир, тўхтовсиз авжланиб борувчи НФС, айниқса, СКВ билан оғриган беморларда, ўткир ости кечувчи (ёмон сифатли) гломерулонефритда циклофосфамид билан пульс-терапия ўтказилади. ГКС ва цитостатикларни бирга қўллаш уларни дозасини ва ноҳўя таъсирини камайтиришга имкон беради. Цитостатикларни СБЕ фаоллик белгиларисиз кечганда, хомиладорлар нефропатиясида, панцилопения синдромида, лейкопения, тромбоцитопения ва инфекцияцион касалликлар мавжуд бўлганда қўллаш мумкин эмас. Ушбу гуруҳ воситалари қўлланилганда, УҚТ ҳафтада икки марта ўтказиб туриш лозим.

Агар қарши кўрсатмалар (ошқозон, 12 бармоқли ичак яра касаллиги, геморрагик диатез, гемофилия) бўлмаса, НФС комплекс даволашда *антиагрегантлар ва антикоагулянтлар* қўлланилади. Турли хилдаги гломерулонефритлар, СКВ, тизимли васкулитлар асосида НФС яққол намоён бўлган шиш синдроми ва олигоурия билан кечганда, уларни буюришга тўғридан-тўғри кўрсатма ҳисобланади. Бу ҳолатда гепариннинг клиник самараси диурезнинг кўпайиши кўринишида намоён бўлади. Шу билан бир қаторда, улар аутоиммун яллиғланишни секинлаштириш, капилярлар ўтказувчанлиги ва

протеинурияни камайтириш, агрегация ва адгезия жараёнларини пасайтириш, қон ивишининг барча босқичларини камайтириш ҳамда натридиуретик таъсирга эга. Антиагрегантлар ва антикоагулянтлар қўлланилганда, қон ивиш вақти ҳамда ПТИ ни назорат қилиб туриш керак. Яширин қон кетишини эрта аниқлаш мақсадида эса УҚТ ва нажасни яширин қон кетишга текшириш лозим.

НФС айрим ҳолларда 4-компонентли (*преднизолон, цитостатиклар, гепарин, курантил*) усул ёрдамида даволаш тавсия этилади. *Плазмаферез ва гемосорбция* НФС турғун оғир кечганда ва бошқа даволаш чоралари ҳамда патогенетик дори воситалари самара бермаган ҳолларда қўлланилади. Оксил алмашинувини яхшилаш диуретик даво самардорлигини оширади, жигар ва бошқа аъзолар фаолиятини яхшилайдди. Шу мақсадда протеинурия даражасини камайтирувчи воситаларни (пархез, ААФИ, статинлар) қўллаш, томир ичига 20% 100-150 мл. альбумин (2-3 кунда бир марта, 5-6 та), қарши кўрсатма бўлмаганда, анаболик стероид препаратлар (ретаболил 1 мл. ҳафтада бир марта м/о, даволаш курси 4-5 инъекция) тавсия этилади.

НФС даволашда сийдик ҳайдовчи воситаларни эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим. Чунки диурезни кучайтириш гиповолемик коллапс чақириси ва ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун НФС гиповолемик турида диуретикларни қўллаш мумкин эмас. Ушбу гуруҳ воситаларини қўллашда қуйидагилар кўрсатма ҳисобланади:

- нафас олиш ва қон айланиш фаолиятининг бузилиши;
- беморнинг функционал фаоллигини бузилишига олиб келган яққол намоён бўлган шиш синдроми;
- кучли шиш ҳисобига теридаги яққол намоён бўлган трофик ўзгаришлар;
- кучли шиш ҳисобига доимий психоэмоционал стресс.

Даволашни тиазидли (гипотиазид 25-100 мг, циклометиазид 0,5-1,5 мг, бринальдикс 20-60 мг) диуретиклардан бошлаш мумкин. Улар яхши самара бермаганда (қовузлокқа таъсир этувчи диуретиклар) (фуросемид кунига 20-40 мг - максимал 400-600 м.гача, самара бўлмаганда в/и 200-1200 мг юборилади, урегит кунига 50-200 мг) тавсия этилади. Фуросемид ва урегитни тиазидли диуретиклар билан бирга қўллаш уларни сийдик ҳайдаш самарасини янада оширади. СБЕ белгилари ва гипертония бўлмаганда, уларни калий сакловчи воситалар (верашипирон ва триамтерен кунига 50-300 мг дан) билан бирга қўллаш мумкин. Сийдик ҳайдовчи воситалар зуфиллин билан бирга қўлланганда, таъсири янада ошади (сийдик ҳайдовчи воситалар тўғрисидаги батафсил маълумот «Шиш синдроми»га бағишланган маърузада кенг ёритилган).

Сийдик ҳайдовчи воситалар таъсирига рефрактер бўлган шиш синдромини даволаш.

Шиш синдромини диуретиклар таъсирига рефрактер бўлишига олиб келувчи сабаблар:

- кўп миқдорда сув ва туз қабул қилишни давом эттириш;

- узок вақт давомида ош тузини чегаралаш ва сийдик хайдовчи воситаларни узлуксиз қабул қилиш, суюкликни буйракдан ташқари (экстраренал) йўқотилиши ҳамда оғир гипоальбуминемия ҳисобига айланиб юрган қон ҳажмининг (АЮҚХ) камайиши;

- ёндош касаллик ёки асоратларнинг (СБЕ, АГ, қон айланиши етишмовчилиги, жигар циррози) мавжудлиги;

- сийдик хайдовчи воситалар миқдорини мос равишда танланмаслиги ёки уларни мақбул дозаларда биргаликда қўлламаслик.

Рефрактер шиш синдромини даволашга киришишдан аввал унинг сабабини аниқлаш ва бартараф этиш лозим. Рефрактерликнинг асосий сабабларидан бири гипоальбуминемия, қонни коллоид-осмотик босими пасайиши ва АЮҚХ камайиши ҳисобланади. АЮҚХ ошириш мақсадида полиглокин (реополиглокин) 400 мл, маннитол 20%-400 мл 1 г/кг миқдорда в/и га юборилади. Гипоальбуминемия - в/и 20% -100-150 мл альбумин юбориш билан бартараф этилади. Ушбу воситаларни қўллаш диурезнинг ошишига ва шишларнинг камайишига олиб келади. Зарурият бўлганда, муолажа тугагандан кейин 2 соатдан кечиктирмай сийдик хайдовчи воситалар берилади.

Нефротик синдром асоратларини даволаш

НФС асоратларини даволашда вазиятдан келиб чиққан ҳолда, ГКС ёки цитостатиклар билан пульс-терапия ўтказиш, АЮҚХ ошириш, оксил, антигистамин ва антикинин препаратлари, антибиотиклар, гепарин ҳамда томир тортнишига қарши дорилар қўлланилади. Нефротик криз ривожланганда, қоннинг осмотик босимини ошириш мақсадида кунига 400-800 мл реополиглокин, 150-200 мл 20% ли альбумин в/и га томчилаб қуйилади. Бир вақтнинг ўзида ҳар 3-4 соатда 90-120 мг. преднизолон в/и, гепарин 10.000 бирликдан кунига 4 марта т/о юборилади. Иккиламчи инфекцияни олдини олиш мақсадида кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклар қўлланилади. Кипин тизими ингибитори сифатида контрикал 40.000 бирликда ёки трасилол 5% ли глюкозада в/и, томчилаб юборилади.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўринадики, ушбу гуруҳ беморлари доимо УАВ ва мутахассис (нефролог, ревматолог ва бошқалар) шифокор назоратида бўлишлари, зарурият бўлганда, ихтисослаштирилган шифохонада ётиб даволанишлари керак. Шуни ёдда тутиш керакки, тавсия этилган парҳезни бузиш, иккиламчи инфекция кўшилиши, патогенетик препаратларни қабул қилишни тўхтатиш асосий касаллик кучайишига ва НФС ривожланишига (мавжуд бўлганда асоратланишига) олиб келади. УАВ беморларга касаллик, тавсия этилган асосий препаратларни қабул қилиш ва унинг дозаларини камайтириш тўғрисида тушунтириши лозим. Шу билан бир қаторда, қабул қилинаётган дори воситалари ноҳўя таъсирининг илк белгилари тўғрисида маълумот бериши зарур. Беморларни меҳнатга лаёқатлилик масалалари индивидуал ҳал қилинади.

Маърузани яқунлар эканмиз, беморда биринчи марта НФС белгилари аниқланганда, унга олиб келган касалликни ташхислаш ва даволаш масалаларини УАВ мутахассис шифокор билан ҳамкорликда ҳал қилиши кераклигини эслатиб ўтмоқчимиз.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Тизимли қизил волчанка, ўткир кечиши, фаоллик III, дерматит, люпус-артрит, люпус-кардит, люпус-нефрит нефротик синдром билан.

✓ Сурункали гломерулонефрит нефротик тури қўзғалган даври. Нефротик синдром Асорат: СБЕ интермиттирловчи босқичи.

✓ Бронхоэктатик касаллиги қўзғалган даври. Иккиламчи буйрак амилоидози клиник намоеъ бўлиш босқичи, секин авжланиб боровчи кечиши, нефротик фазаси.

✓ Носпецефик ярали колит сурункали кечиши қўзғалган даври. Иккиламчи буйрак амилоидози клиник намоеъ бўлиш босқичи, тез авжланиб боровчи кечиши, нефротик фазаси.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Вудли М. и Уэлан А. под ред., Терапевтический справочник Вашингтонского Университета. Пер. с английского, Москва, Практика, 1995.
2. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
3. Комаров Ф.И. и Хазанов А.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. М. Медицина, 1999, Т.2.
4. Кухтевич А.В., Русских А.В., Киреева В.И. Транзиторная протеинурия как проявление миеломной болезни /Тер.архив, 2000, №6.
5. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. Перевод с английского. Москва, Практика, 1998.
6. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. М., Медицина, 2006, т.5.
7. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. М., Медицина, 2006, т.2.
8. Рябов С.И. Болезни почек. Руководстве для врачей. Л. Медицина, 1982.
9. Рябов С.И. и др. Диагностика болезней почек. Л. Медицина, 1979.
10. Симченко Н.И. Вероятность совпадения результатов бактериологического исследования мочи в разные сроки при почечной патологии /Здравоохранение Белоруссии, 1990, №7.
11. Тареевой М.Е. под ред.. Нефрология. Руководство для врачей. М., Медицина, 1995.
12. Чиркин А.А., Окорочков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Минск “Беларусь” 1994.
13. Шулутоко Б.И. Внутренняя медицина /Руководство для врачей. Т.1, Санкт-Петербург, 1999.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Врач билан гаплашгандан сўнг, бемор ўзини енгил ҳис қилмаса, у врач эмас.

Академик В. М.Бехтерев

Буйрак етишмовчилиги деганда, унинг экскретор ва инкретор фаолиятининг бузилиши натижасида ривожланадиган клиник-лаборатор симптомлар йиғиндиси тушунилади. Ўрта ҳисобда ҳар бир миллион аҳолининг 150-200 тасида буйрак етишмовчилиги белгилари аниқланади. Келиб чиқиш сабаби, ривожланиш механизми ва клиник белгиларига кўра ўткир ҳамда сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) фарқланади. Уларнинг ҳар иккаласи тўғрисида УАВ батафсил ахборотга эга бўлиши лозим. Чунки биринчисини тўғри ташхис қўйиб ва малакали биринчи ёрдам кўрсатиб, ихтисослаштирилган бўлимга юбориш лозим бўлса, иккинчи гуруҳдаги беморлар доимий давога муҳтожлар ва уларни мутахассис шифокор билан бирга оила врачлари мунтазам кузатиб бориши керак.

Ўткир буйрак етишмовчилиги

Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) – унинг экскретор фаолиятининг тез бузилиши натижасида юзага келадиган симптомлар мажмуаси бўлиб, олигоурия (бир кунда ажраладиган сийдик миқдори 500 мл.дан кам) ёки анурия (100 мл.дан кам) ривожланиши билан намоён бўлади.



1-чизма. Ўткир буйрак етишмовчилигининг сабаблари.

Ушбу симптомлар ривожланиши асосида ўткир каналчалар некрози ётади ва унинг юзага келиш механизми этиологик омилга қараб (1-чизма) турлича бўлиши мумкин.

ЎБЕ куйидаги уч хил шаклда ривожланади:

I. Преренал – гломерулар қон айланишининг пасайиши билан характерланиб, ўз навбатида тўртта кичик гуруҳларга бўлинади:

- юрак мушаклари қисқариш фаолиятининг бузилиши натижасида (ўткир МИ, юрак етишмовчилиги ва бошқалар);
- организмда айланиб юрган қон миқдорининг камайиши натижасида (кўп қон йўқотиш, диарея, куйиш ва бошқаларда);
- тизимли вазодилатацияда (сепсисларда);
- буйрак томирлари стенози ва бошқа айрим ҳолатларда кузатиладиган вазоконстрикциясида. Ушбу патологик ҳолатлар 50-70% ҳолларда ЎБЕ келиб чиқишига сабаб бўлади.

II. Ренал – буйрак ичи томирларининг зарарланиши ва каналчалар ўткир некрози натижасида.

III. Постренал – сийдик йўллариининг обструкцияси натижасида келиб чиқади ва ЎБЕ даволаш уродинамикани тиклашга қаратилган бўлиши керак.

ЎБЕ клиник кечишида тўртта давр фарқланади: олиго ёки анурия; полиурия; барқарорлашиш; соғайиш.

Биринчи давр тез ёки секин-аста диурезни камайиб ануриягача бориши билан характерланади. ЎБЕ яққол намоён бўлмаган ҳолларда диурез секунлик билан камайиб 500 мл гача тушиб боради. Жараён ривожлангандан 3-4 кун ўтгач, касалликнинг клиник белгилари пайдо бўла бошлайди. Илк даврда улар асосий касалликка хос симптомлар устунлиги билан кечади. Аввал кўнгил айниши, қайт қилиш, биричи hafta охирига келиб тахикардия ва гипергидратация белгилари кузатилади. Гипергидратация ҳаво этишмаслик ҳисси ҳамда суюқ кўпikli йўтал каби клиник белгилар кўринишидаги ўпка шиши билан намоён бўлиши мумкин. Баъзан кучли ривожланган ацидоз сабабли шовқинли Куссмаул нафас пайдо бўлади. Ушбу даврда беморда баъзан зотилжам ва аксарият ҳолларда ҚБ кўтарилиши қайд этилади. Ундан сўнг диурез аста-секин кўпайиб, ҳар куни миқдори 50-100 мл га ошади ва юқорида келтирилган симптомлар эса аста-секин камайиб боради ҳамда бутунлай йўқолади. ЎБЕ ушбу даври 1-2 hafta давом этади. Ундан сўнг иккинчи полиурик давр бошланиб, кунлик ажраладиган сийдик миқдори 2-5 литр, баъзан эса ундан ҳам кўп бўлади. Бу даврда бемор организмда электролитлар мувозанати бузилиши эҳтимоли юқорилиги сабабли, ҳар куни қонда уларни аниқлаб туриш лозим. Полиурик давр ҳам 1-2 hafta давом этиб, ундан сўнг диурез нормаллашади ва учинчи давр бошланади. Ушбу даврда беморда ЎБЕ белгилари кузатилмаса ҳам, асосий касалликка хос белгилар сақланиб қолиши мумкин. Сўнгги тикланиш даври 6-12 ой давом этиб, каналчалар регенерацияси кузатилади. Шунинг учун ЎБЕга чалинган беморлар шифохонадан чиққандан сўнг бир йил

давомида УАВ кузатувида бўлишлари лозим. Айрим ҳолларда ЎБЕ билан СБЕ бир-биридан фарқлаш керак. Биринчиси ўткир бошланса, сўнггиси барча ҳолларда сурункали касалликлар негизида ривожланади, камконлик белгилари кузатилади ва аксарият ҳолларда ҚБ юқори бўлади. ЎБЕ кечиши доимо циклик бўлиб унинг оқибати асосий касалликка боғлиқдир. Беморларда анурия 7 кундан ошмаса, уларни соғайиб кетиш эҳтимоли шунча юқори. Ушбу даврда сийдикда кўп миқдорда оқсил (3,3-6,0 г/л) ва цилиндрлар аниқланади, қонда креатенин ҳамда мочевина миқдори юқори бўлади. Полиурик давр бошланиши билан протеинурия секин-аста камайиб боради. Сийдик ва қонда натрий, хлор, мочевина ва креатинин миқдорини аниқлаш ЎБЕ ривожланиш шакли тўғрисида хулоса чиқаришга ёрдам беради. Преренал ЎБЕ сийдикда натрий ва хлор миқдори камайиб, креатининни сийдикдаги миқдори қондагига нисбатан ошган бўлади. Ренал ЎБЕ эса бу кўрсаткичларни тесқари ҳолати қайд этилади.

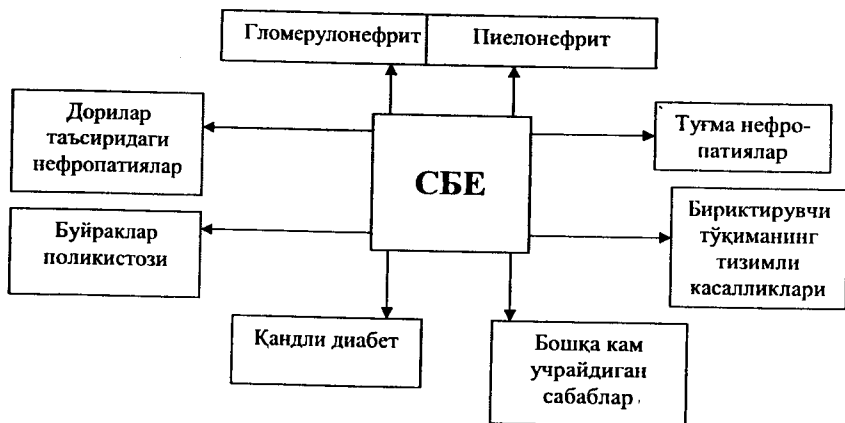
УАВ беморда ЎБЕ шубҳа қилганда, (сабаби жароҳат бўлиб, шок ривожланган ҳолларда гипотония қарши чоралар кўриб) зудлик билан уни реанимация (ёки ихтисослаштирилган сунъий буйрак) бўлимига ётқизиши керак. Бўлимда мутахассис врачлар гипотония ва дегидратация ривожланган ҳолларда физиологик эритма, преднизалон (100-200 мг) ва маннитолдан (125-200 мл 10% эритмаси) фойдаланишлари мумкин. Агарда диурез бир соатда 40 мл ва ундан кам бўлса уни 125 мл дан кунда 4 марта юбориш тавсия этилади. Кўрилган чоралар самара бермаса, бемор венасига 500-800 мг лазикс юборилади. Гиперкалимия ривожланган ҳолларда (қонда унинг миқдори 6,5 ммоль/л.дан кўп бўлса) вена ичига глюконат кальцийнинг 10% эритмасини 10 мл.дан ҳар 5 дақиқада юбориб турилади ва жами 100 мл гача юбориш мумкин.

ЎБЕ метаболик ацидоз хос бўлганлиги сабабли беморлар венасига 2,5% сода эритмаси 250 мл дан 500 мл томчилаб юборилади. Лекин ушбу оғир патологик ҳолатнинг асосий даволаш усули беморларда гемодиализ ўтказиш ва қуйидагилар унга кўрсатма ҳисобланади:

- анурия сакланган ҳолда яққол азотемия мавжудлиги;
- гиперкалиемия;
- ацидоз ва яққол ривожланган гипергидратация.

Сурункали буйрак етишмовчилиги

СБЕ деганда буйракларнинг экскретор ва инкретор фаолиятининг сусайиши сабабли юзага келадиган организмдаги гомеостаз бузилишлари ва унинг оқибатида ички аъзоларда кузатиладиган ўзгаришлар тушунилади. Бу ўзгаришлар қатор белгилар мажмуаси билан намоён бўлади. Илмий манбалардаги маълумотларга кўра, бир миллион аҳолига 100-120 СБЕ чалинган бемор тўғри келиб, улар доимий кузатув ҳамда давога муҳтож ва унда УАВ ҳал қилувчи роль ўйнайди. Ушбу асоратга олиб келувчи касалликлар турли хил бўлиб, улар 2-чизмада келтирилган.



2-чизма. Сурункали буйрак етишмовчилигининг сабаблари.

Россия Федерациясида гломерулонефрит - 30-32%, пиелонефрит - 20-22%, ҚД - 20% ва буйраklar поликистози - 9-10% ҳолларда СБЕ сабабчиси бўлса, АҚШ ва ғарбий Европа мамлакатларида мос равишда 70% ва 30% ҳолларда фақат ҚД ушбу оғир асоратга олиб келади. Ўзбекистонда СБЕ олиб келувчи сабаблар бўйича аниқ маълумотлар йўқ. Унинг бевосита ривожланишига коптокчалар склерози олиб келиб, биринчи яққол клиник белгилар уларнинг 90% ўз фаолиятини бажара олмай қолгандан сўнг пайдо бўлади. Жараёнга буйрак каналчалари ва оралик тўқима склерози кўшилгандан сўнг СБЕ белгилари янада яққол намоён бўла бошлайди. Чунки склеротик жараёнлар оқибатида буйрак ичи томирларида босим кўтарилиб, соғлом коптокчаларда гиперфилтрация ҳолати кузатилади. Бу эса ўз навбатида, уларни ҳам ишдан чиқишига олиб келади.

СБЕ классификацияси даволаш тамойилларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун УАВ у тўғрисида батафсил ахборотга эга бўлиши лозим. Амалий тиббиётда қатор классификациялардан фойдаланилади. Улар орасида С.И.Рябов ва Б.Б.Бондаренко (1-жадвал) томонидан таклиф этилгани бошқаларидан фаркли ўлароқ, содда ҳамда бирламчи бўғинда қўллаш қулай бўлганлиги сабабли, ундан фойдаланишни таклиф этамиз. Ушбу классификация қонда креатинин миқдори (соғлом кишида 0,08-0,12 ммоль/л) ва беморда коптокчалар филтрацияси кўрсаткичини (соғлом кишида 80-120 мл/мин) аниқлашга асосланган.

Сурункали буйрак етишмовчилигининг классификацияси

Даража	Босқич	Номи	Лаборатор кўрсаткичлар		Даври	Гурух
			Креатинин ммоль/л	Фильтрация		
I	А Б	Яширин	Меъёрида ёки 0,13	Меъёрида ёки бўлиши лозим бўлганидан 50%	Оркага кайтиши мумкин	0
II	А Б	Азотемик	0,14-0,44 0,45-0,71	20-50% 10-20% бўлиши мум- кин бўлгани	Стабил	1
II	А Б	Уремик	0,72-1,24 1,25 ва юкори	5-10% 5% дан паст бўлиши мум- кин бўлган	Кучайиб борувчи	2 2,3

Изох: 0-гурух: асосий касалликни даволаш

1-гурух: кам оксилли парҳез ва консерватив даво

2-гурух: гемодиализ ва трансплатация

3-гурух: симптоматик даво

Бундан ташқари бошқа классификацияларда мезон сифатида фойдаланилган қатор клиник-лаборатор кўрсаткичлар билан СБЕ оғирлик даражаси ўртасида тўлиқ паралеллик мавжуд эмас. Жумладан, АГ СБЕ деярли барча босқичларида кузатилади ва унга асосланиб оғирлик даражасини аниқлашнинг имкони йўқ. Камқонлик анча эрта даврда пайдо бўлса ҳам, кейинроқ кўпроқ стабил ҳолатда бўлади. Биокимёвий кўрсаткичлардан мочевина ва қолдик азот беморга кам оксилли парҳез буюрилгандан сўнг сезиларли камаяди ва шу сабабли, СБЕ оғирлик даражасини аниқлаш учун ундан фойдаланиш мақсадга мувофиқ эмас. Қондаги электролитлар кўрсаткичи (бундан калий мустасно) ҳам сезиларли ўзгармайди ва бундан ташқари уларни тиббиётнинг бирламчи бўғинларида аниқлаш анча мураккаб. Шу билан бир қаторда, дисэлектролитемия кўпроқ пиелонефритга хос белги ҳисобланади.

Шунингдек, юкорида тавсия этилган классификацияда СБЕ даврларга бўлиниши муҳим амалий аҳамиятга эга. Чунки ундан келиб чиқиб, шифокор беморни даволаш тамойилларини белгилаши мумкин. СБЕ сийдик йўллари обструкцияси сабабли келиб чиққан бўлса, у бартараф этилгандан сўнг, ушбу оғир асоратнинг барча белгилари камайиши мумкин. Агарда пиелонефрит ёки поликистоз негизда ривожланган бўлса, аксарият ҳолларда СБЕ стабил

кечади ва шу сабабли, қонда креатенин миқдори анча юқори бўлса ҳам, фаол даволаш усуллари (гемодиализ, трансплантация) тезлаштириш мақсадга мувофиқ эмас. Юқоридагилардан фарқли ўларок, гломерулонефритда СБЕ тез кучайиб боради, шунинг учун беморларни эрта гемодиализ ёки буйрак трансплантациясига тайёрлаш лозим.

СБЕ I, яъни яширин боскичида беморнинг шикоятлари асосий касалликка боғлиқ ва уни акс эттиради, II-III боскичида эса азотемияга хос бўлган интоксикация белгилари билан намоён бўлади. Беморни умумий ҳолсизлик ва иш қобилиятини сусайиши безовта қилади. Аммо улар касбий фаолиятларини сақлаб қоладилар. Лекин ундан сўнг декомпенсация даври бошланиб, бемор аҳволи ёмонлашиб боради. Деярли барча беморлар ҚБ кўтарилиши ва интоксикация билан боғлиқ бўлган бош оғриғига шикоят қиладилар. СБЕ III даражасида бир қисм беморларда кўришнинг сусайиши кузатилади (плазморагия оқибатида) ва унинг пайдо бўлиши касаллик кечишининг ёмон оқибатидан дарак беради. Аксарият беморлар кўкрак қафасидаги оғриқларга кейинроқ ҳарсиллаш, юрак уриб кетишига шикоят қиладилар. Ушбу шикоятларга коронар етишмовчилик ёки уремия натижасида юзага келган перикардит сабаб бўлиши мумкин. Перикардит тахминан 30-40% беморларда кузатилиб, у пайдо бўлиши билан кўкрак қафасидаги оғриқлар доимий тус олади ва томир кенгайтирувчи дорилар самара бермайди.

Кейинги гуруҳ шикоятлар ошқозон-ичак тизимининг зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, иштаҳанинг сусайиши, кўнгил айнаши ва қайт қилишлардан иборатдир. Улар нафақат органик ўзгаришлар балки интоксикация билан ҳам боғлиқдир. Юқоридаги шикоятлар таом истеъмол қилишга боғлиқ бўлмай, кўплаб сўлак ажралиши билан кечади. Қайт қилишдан сўнг бемор аҳволида энгиллик кузатилмайди. 50% га яқин беморлар чанқашга, айримлари эса бел соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар. Уларни кўздан кечирганда, юзлари шишинқираган, тери қопламлари эса рангпар ва ер рангида бўлади. Тери қуруқ, таранглиги сусайган ва унда кичишиш билан боғлиқ бўлган тирнок излари аниқланади. Терининг кичиши баъзан бемор учун жуда азобли тус олиб, аксарият ҳолларда гиперпаратиреоидизм билан боғлиқ ва гармонал бузилишлар мувофиқлаштирилгандан сўнг аҳволлари энгиллашади. Ёш беморларда лимфоаденопатия аниқланиши мумкин.

Юрак қон-томир тизими

Деярли 100% беморларда СБЕ ривожланиши билан параллел равишда ҚБ кўтарилиши кузатилади ва терминал ҳолат ривожлангандан сўнг унинг кўрсаткичлари пасаяди. Босим кўтарилиши билан аорта устида II тоннинг акценти пайдо бўлади. Уремия боскичидаги беморларда тахикардия, перикардит ва баъзан галоп ритми аниқланади. Айрим ҳолларда монитор кузатувида турли ритм бузилишлари қайд этилади. СБЕ I даражасида 1/2

беморларда I тоннинг бўғиқлашиши эшитилиб, асорат оғирлашган сари унинг қайд этилиши ошиб бориб 90% га етади (II Б). Шунингдек, беморларда ҚБ кўтарилиши ва чап қоринча гипертрофияси сабабли, митрал коптоқчалар нисбий етишмовчилиги ривожланади ва юрак чўққисида систолик шовкин эшитилади. Шовқин СБЕ I даража А босқичида 1/3, II Б да 4/5 беморларда кузатилади. Перикардит юқорида қайд этганимиздек, касаллик ривожланган сари ошиб боради ва III Б даражада 40% га яқин беморларда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади. СБЕ зўрайиб борган сари юрак ўлчамлари катталашиб, унинг III Б босқичида 100% беморларда кузатилади. Шунинг учун илмий адабиётларда уремик кардиопатия ибораси учраб турса ҳам, кўпчилик мутахассислар уни уремия натижасида юзага келадиган носпецифик ўзгаришлар билан боғлайдилар.

Нафас аъзолари тизими

Турли манбалардаги маълумотларга кўра, СБЕ нафас аъзоларидаги ўзгаришлар 20-75% беморларда кузатилади ва аксарият ҳолларда уремик пневмонит ва нефроген ўпка шиши кўринишида намоён бўлади. Кўп ҳолатларда уремик пневмонитда яққол клиник белгилар кузатилмайди. Дикқат билан беморни объектв кўриқдан ўтказганда, ўпка устида перкутор товуш негизда қутича товуши, аускультацияда сусайган везикулар нафас ва баъзан нам ёки курук хириллашлар эшитилиши мумкин.

Нефроген ўпка шиши бошланғич даврларида яширин кечиб, кейинроқ харсиллаш ва нафас сиқиш хуружлари кўшилади. Бемор ўтирган ҳолатда бўлиб, тахикардия ҳамда кўқариш белгилари аниқланганлиги сабабли, баъзан уни юрак астмасидан фарқлаш қийин бўлади. Айрим беморларда йўтал ва қон тупуриш кузатилиши мумкин. Нефроген ўпка шишига хос бўлган клиник белгилар мавжуд эмас. Баъзан везикулар нафас негизда ҳўл ёки курук хириллашлар эшитилади. Ташхисни ўз вақтида аниқлашда рентгенография текшириш усули муҳим аҳамиятга эга. 70% гача беморларда ушбу текшириш усули ёрдамида ўпка шишига хос белгилар аниқланади.

Ошқозон-ичак тизими

СБЕ уремик даврида юқорида таъкидланганидек, беморлар кўнгил айнаши, қайт қилиш ва иштаҳанинг йўқолишига шикоят қиладилар. Бу ошқозон шиллик қаватидаги ўзгаришлар билан боғлиқ. Юқоридаги симптомлар кечаси ошқозон ва ингичка ичакда уремик токсинлар йиғилиши сабабли одатда эрталаб пайдо бўлади.

Қон тизимидаги ўзгаришлар

СБЕга чалинган беморларда нормохром, нормоцитар камқонлик аниқланади. Унинг келиб чиқиш сабаби мураккаб бўлиб, оғир метаболик ўзгаришлар (аввал оксил ва нуклеин кислотаси) глобин синтезининг бузилишига олиб келади. Кейин ёш эритроид хужайралар томонидан темир моддасини чиқитга чиқарилиши бузилиши оқибатида унинг алмашинуви ўзгаради. Шунингдек, буйракларда эритропоэтин синтезининг сусайиши ҳам камқонликнинг келиб чиқишида маълум аҳамиятга эга.

Юқоридаги санаб ўтилган аъзолардаги ўзгаришлардан ташқари, СБЕ витамин Д ва фосфор-кальций алмашинувининг бузилиши оқибатида остеопорозлар (кўпроқ ясси суякларда) кузатилади. Айрим беморларда фиброз остеодистрофиялар натижасида тўсатдан суякларни синиш ҳолатлари учраши мумкин. Ташхисни тасдиқлашда қонда креатинин миқдори ва коптокчалар фильтрацияси билан бир қаторда, сийдик таҳлилини такроран ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. СБЕ унинг солиштирма зичлиги пасайганлиги ва унча юқори бўлмаган протеинурия аниқланади. Умумий қон таҳлилида камқонлик билан бир қаторда, ЭЧТ юқори бўлиши хосдир. УТТда буйраклар ўлчами кичиклашган (соғлом кишида гавда тузилишига қараб буйраклар бўйи 10-12 см, эни 5-6 см, қалинлиги 5 см) ҳамда пўстлоқ қисми яққол намоён (склероз белгиси) бўлади. Шунингдек, кўкрак қафаси рентгенографияси ўпка шишини эрта аниқлашга ёрдам берса, ушбу усул билан ясси суякларни текшириш ёрдамида остеопороз ва синишларга ўз вақтида ташхис қўйиш мумкин. Юқоридагилардан ташқари, беморлар қонда электролитлар миқдорини (калий ва фосфор кўпаяди, натрий кам ўзгаради, ионлашган кальций эса камаяди), кислота ишқор мувозанатини кузатиб бориш зарур.

Маърузамизнинг бошида таъкидлаганимиздек, СБЕ чалинган беморлар доимий давога муҳтож ва унинг асосий қисми амбулатория шароитида ўтказилади. Шунинг учун УАВ ушбу оғир асоратга чалинган беморларни даволашнинг умумий тамойилларини яхши билишлари лозим. Касалликнинг I-II А даврларида ААФИ ёки ангиотензин II рецепторлари блокаторлари буюрилади. Ушбу гуруҳ дорилар чиқиб кетувчи томирларни кенгайтириб, коптокчалар ичи босимини камайтиради ва оқибатда гиперфилтрация ҳолати сусаяди. Бу ўз навбатида, коптокчалар склерозини секинлаштириб, СБЕ зўрайиб кетишини бирмунча камайтиради. **(ААФИ ва ангиотензин II рецепторлари блокаторлари тўғрисида маълумот «Артериал гипертензия»га бағишланган маърузада батафсил баён қилинган).** Шу сабабли тизимли ҚБ кўрсаткичларидан қатъи назар, ушбу гуруҳ дориларини буюриш зарурлигини алоҳида таъкидламоқчимиз. Фақат ҚБ юқори бўлганда дорилар каттарок, паст бўлганда эса кичикроқ дозаларда тавсия этилади. СБЕ чалинган барча беморлар кам оксилли парҳезда бўлишлари лозим. Бошланғич даврларда унинг миқдори бир

кунда 40, II А даврида эса 30 граммгача бўлгани мақсадга мувофик. Бу интоксикация белгилари ва мочевина миқдорини камайтиради. Демак, беморлар кунда бир марта унча кўп бўлмаган миқдорда гўшт ва гўшли таомларни истеъмол қилишлари мумкин. III А даврдан асосий даволаш усули гемодиализ ҳисобланади. Унинг ёрдамида қондаги уремик токсинлар тозаланади ва сеанслар ҳафтада 2-3 марта ўтказилади. Гемодиализ бўлимлари Республикамиз пойтахтида ва вилоят марказларида фаолият кўрсатмоқда. Бемор диализ ёрдамида даволашга ўтказилгандан сўнг овқатдаги оксил миқдорини ошириш лозим. Чунки сеанслар вақтида бемор кўп миқдорда аминокислоталар ҳамда оксил йўқотади ва бу организмнинг қувватсизланишига олиб келади. Камқонликни даволаш учун эритропозтин 500-2000 халқаро бирликда тери остига тавсия этилади. Гемодиализ самарали ўтказилган ҳолларда бемор умрини 10-20 йилга узайтириш мумкин. Ушбу даволаш усули яхши йўлга қўйилган давлатларда беморлар илк бор диализ ўтказилганда, ундан сўнг эса фақат инфекцияли асоратлар ёки коронар етишмовчилик белгилари кузатилган тақдирдагина шифохонада ётқизиладилар. Қолган ҳолларда сеанслар ўтказилгандан сўнг беморларга уйга кетишга руҳсат берилади. Улардан тахминан 50%и енгиллаштирилган режимда меҳнат фаолияти билан шуғулланадилар. Гемодиализ ўтказишнинг имкони бўлмаган ҳолларда перитониал диализ ўтказиш тавсия этилади. Бир қисм беморларда аниқ кўрсатмалар асосида буйрак қўчириб ўтказилади (ушбу жарроҳлик амалиёти Ўзбекистонда биринчи бўлиб академик Ў.О.Орипов томонидан амалга оширилган).

Республикамизда диализ бўлимлари етарли эмаслиги ва аксарият ҳолларда беморлар СБЕ уремик даврининг оғир ҳолатларида уйда ёки ички касалликлар бўлимларида даволанишлари сабабли, УАВ улардаги у ёки бу белгилар устунлигидан келиб чиқиб, симптоматик (гипотензив, сув, кислота-ишқор ва электролит мувозанатини сақлаш, камқонликни даволаш, қалқонсимон без олди безлари фаоллигини сусайтириш ва бошқалар) даво чораларини ўтказиши керак.

Таъхис қўйиш намуналари

- ✓ Сурункали гломерулонефрит СБЕ III А симптоматик АГ, дизэлектролитимия, анемия;
- ✓ Сурункали гломерулонефрит нефротик синдром билан СБЕ I Б, анемия;
- ✓ Қандли диабет инсулинга боғлиқ бўлмаган II тип, диабетик гломерулосклероз. Нефротик синдром, симптоматик АГ. СБЕ III А дизэлектролитимия, анемия. ИБС: стабил стенокардия ФКIII ритм бузилиши билан, қоринчалар экстрасистолияси. Лаун бўйича I синф;
- ✓ Сурункали пиелонефрит латент яллиғланиш бошқичи СБЕ II Б симптоматик АГ.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону. В 2 томах. Перевод с английского. Под редакцией Э.Фаучи и др. Москва: «Практика», 2002.

2. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.

3. Окороков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. В 12 томах. Москва: Медицинская литература.

4. Рябов С.И. Нефрология. Руководство для врачей. Санкт-Петербург СпецЛит 2000.

5. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Учебник для медицинских вузов. Санкт-Петербург СпецЛит 2000.

БОШ ОҒРИҒИ

Бош оғриётганда бутун тана азоб тортади.

Сервантес

Бош оғриғи деганда кошларнинг юкориси, кўзларнинг ташки бурчагидан ташки эшитув йўлига ўтказилган чизикдан юкориди, орқа томондан эса биринчи бўйин умуртқасидан тепада юзага келадиган оғриқлар тушунилади.

У УАВга мурожаат қилаётган беморларнинг кўпчилигида қайд қилинадиган шикоятлардан бири ҳисобланади. Бу ҳис-туйғу нафақат оғир неврологик, балки жуда кўп умумтиббийёт ва соматик касалликларга хос. Баъзан бош оғриғи жуда жиддий ва оғир неврологик касалликларнинг клиник белгиси сифатида намоён бўлиши ва бошқа ҳолларда эмоционал зўриқиш ёки чарчаш оқибатида ҳам вужудга келиши мумкин. Умуман ҳаётида бош оғриғини ҳис қилмаган одамни топиш амри маҳол. Чунки ҳар бир инсон ёшидан, жинсидан қатъи назар, ўз ҳаётида кўп марта лаб бундай нохуш ҳолатни бошидан кечирган. Бош оғриғи ЖССТ маълумотлари бўйича ҳар 1000 аҳолининг 25-400 тасида қайд қилинади ва тахминан 45-60 касалликда етакчи ёки ёндош клиник белги сифатида намоён бўлади.

Ўткир кучайиб борувчи бош оғриғи ҳаёт учун жуда хавфли бўлган бош мия субарахноидал бўшлиғига қон куйилиши ҳақида ахборот бериб тез ва шовқинч ёрдам вазиятини юзага келтиради. Бемор зудлик билан реанимация бўлимига ётқизиблиб, махсус даво чоралари кўрилмаса ҳаёти хавф остида бўлади. Сурункали ва вақти-вақти билан қузатиладиган бош оғриқлари одатда мигрень ёки калла суяги мушаклари таранглашиши натижасида вужудга келиб, беморлар ҳаёти учун хавф туғдирмайди. Аммо бемор руҳий ҳолатига салбий таъсир қилиб, меҳнат фаолияти ва ҳаёт сифатини ёмонлаштиради. Бу оғриқлар фақат тўғри ташхис ва монанд даволаш натижасидагина йўқолиши мумкин. Аммо кўп ҳолларда касаллик белгилари ўзаро ўхшашлиги сабабли шифокор томонидан нотўғри ташхис қўйилишига сабаб бўлади. Шунинг учун беморнинг тўлиқ тузалиб кетиш кафолати фақатгина тўғри этиопатогенетик ташхис асосида, бош оғриғининг шаклланиш патофизиологик моҳиятини таҳлил қилиб, мавжуд клиник симптомларга солиштирилиб ва боғлаб тузилган даволаш тамойилларига асосланган бўлиши лозим.

Бош оғриғининг юзага келиш патофизиологияси

Бош оғриғи тери, тери ости тўқимаси, пай ва калла юмшоқ қавати қон томирлари, унинг суяк усти пардаси, мия пардалари, калла ичи (интракранал) артериялари, вена ҳамда веноз синуслардаги рецепторлар таъсирланиши ҳисобига юзага келади.

Унинг юзага келишида қуйидаги иккита тизим аҳамияти катта бўлиб, булар ноцицептив ва антиноцицептив тузилмалардир. *Ноцицептив тизим* узилмас занжир бўлиб, у специфик ноцицепторларни, афферент ўтказувчи, лемниск ва экстралемниск йўллари, ретикуляр формация

ядросини, кўрув дўмбоғи вентрал ва постеролатерал ядросини, пўстлок сенсор соҳасини ўз ичига олади. Антиноцицептив тизим МНТнинг турли соҳаларида жойлашган. Антиноцицепция асосий субстрати бўлиб, қуйидагилар ҳисобланади: орқа миянинг сегментар аппарати соҳасидаги оғриқ бошқариш тизими, мия устунидан бошланувчи ретикулоспинал йўллар, оғриқни тормозловчи гипоталомоспинал, таламик антиноцицептив, пўстлок соматосенсор соҳаси.

Бош ва ўқималардаги оғриқни сезиш ноцицептив тизим, асосан учламчи (V ж.) нерв ва унинг юзаки (оғриқ, ҳарорат) сезгини идора қилувчи ядроси - n. tractus spinalis дир. Умуман инсон калласи соҳасида оғриқни сезувчи рецепторлар қуйидаги соҳаларда жойлашган:

- бош ва ознинг терисида;
- тери ости ёғ қатлами ва мушакларда;
- калла сўяги артериялари девори ва суяк усти пардасида;
- кўз, қуруқ, бурун тўқималари ва калла синусларида;
- калла ичи веноз синуслари ва уларнинг тармоқларида;
- мия соҳасидаги бош миянинг қаттиқ пардасида (dura mater);
- миё пардалари (dura mater, arachnoidea, pia mater) артерияларида;
- уламчи (V ж.), тил ютқун (IX ж.) ва адашган (X ж.) нервларда;
- биринчи, иккинчи ва учинчи спинал нервлар илдизларида;

Бош соҳасидаги оғриқлар юқорида номлари келтирилган анатомик тўқималарнинг шикастланиши натижасидир. Агар патологик жараён таъсирида супратенториал тўқималар импульсация қилинса, оғриқ учламчи нервнинг биринчи тармоғи n. ophthalmicus орқали тарқалади. Субтенториал анатомик тузилмалар жароҳатида оғриқ калла сўяги орқа чуқурчасида қузатилганда қуйидаги клиник белгилар билан вужудга келади:

IX ж. краниал нервлар кўзғатилиши кулок ҳамда томоқ соҳасида оғриқ билан;

I-II бўйин спинал илдизлар кўзғатилиши калланинг энса соҳасидаги оғриқлар билан;

- тригемино-цервикал комплекс тузилмалари, яъни учламчи нерв ядроси substantia gelatinosa ёки n. tractus spinalis ва I-II бўйин сегментларининг орқа шоҳлари қатнашувида бош оғриғининг турли шакллари ҳосил қилиш билан намоён бўлади,

Оғриқ вужудга келиши қуйидаги асосий омилларга боғлиқ:

- яллиғланиш;
- мия пардаларининг қотиши;
- кон томирларнинг торайиши ва ички босим ошиши ёки камайиши;
- кон томирларга бош миядаги ўсмалар (эхинококк ёки цистоцерк таналари, артериовеноз мальформациялари) томонидан кўрсатиладиган турли даражадаги босим ёки эзилиш ҳолатлари;
- ликвородинамик ўзгаришлар, интракраниал гипер ва гипотензив синдромлар.

Маҳаллий бош оғриқлари асосан абсцесс, ўсмалар ва мия ичфарктида кузатилади.

Бош оғриғи ривожланиши турлари:

1. *Ўткир (дақиқа ва соатлар ичида ривожланади):*

- субарахноидал қон куйилиш;
- паренхиматоз қон куйилиш;
- менингитнинг ўткир кечиши;
- бош мия магистрал қон томирлари тромбоземболияси;
- бош мия жароҳати.

2. *Ўткир ости (кунлар давомида ривожланади):*

- бош мия ўсмаларида;
- менингитларда;
- веноз синуслар тромбозиди.

3. *Сурункали (3 ойдан кўп вақт мобайнида ривожланади):*

- вегетатив қон-томир дистониясида;
- мигрень;
- кластер бош оғриқлари;
- зўриқиш бош оғриқлари;
- лептоменингитлар;
- хориозпендиматитлар;
- сурункали интоксикациялар;
- метаболик бузилишлар;
- энса ва краниал нерв невралгияси;

Бош мия оғриқлари классификацияси:

1. Мигрень.
 2. Зўриқиш бош оғриқлари.
 3. Кластер бош оғриқлари.
 4. Бош мия тузилиши ўзгариши билан боғлиқ бўлмаган бош оғриқлари.
 5. Бош мия жароҳатларидан кейинги бош оғриқлари.
 6. Қон томир касалликлари билан боғлиқ бўлган бош оғриқлари.
 7. Қалла ичи қон томир ўзгаришлари билан боғлиқ бўлмаган бош оғриқлари.
 8. Айрим моддаларни қабул қилиш ёки уни тўхтатиш натижасида келиб чиқадиган бош оғриқлари.
 9. Бош миядан ташқаридаги юқумли касалликлар туфайли келиб чиқадиган бош оғриқлари.
 10. Метаболик бузилишлар билан боғлиқ бўлган бош оғриқлар.
 11. Қалла, бўйин, кўз, қулоқ, бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари, шунингдек, юз тузилмалари касалликлари билан боғлиқ бўлган бош оғриқлари.
 12. Энса ва краниал нерв невралгияси билан боғлиқ бош оғриқлари.
 13. Тавсифланмайдиган бош оғриқлар.
- 1988 йилда «Бош оғриғи» халқаро жамияти томонидан унинг бирламчи ва иккиламчи турлари ва классификацияси тавсия этилган.

Бирламчи – органик ўзгаришларсиз кечувчи бош оғриғи:

1. Зўриқиш бош оғриғи.

2. Мигрень.

3. Кластер бош оғриғи:

-кластер бош оғриғи;

-пароксизмал гемикрания;

-склера инъекцияси, кўздан ёш оқиши, кичик хуружлар билан кечувчи

бир томонлама неврологик оғриқлар.

4. *Бошқа турдаги бирламчи бош оғриқлари:*

-бирламчи санчувчи бош оғриқлари;

-бирламчи йўталли бош оғриқлари;

-жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлган бирламчи бош оғриқлари;

-жинсий фаолият билан боғлиқ бўлган бирламчи бош оғриқлари;

-гипнотик бирламчи бош оғриқлари;

-хар куни пайдо бўлувчи персистирловчи бирламчи бош оғриқлари.

Иккиламчи ёки симптоматик бош оғриғи:

-неврологик касалликлардан кейин келиб чикувчи;

-соматик касалликлардан кейин келиб чикувчи;

-жароҳат (травма) дан кейин келиб чикувчи;

-интоксикация натижасида келиб чикувчи;

-метаболик ўзгаришлар натижасида келиб чикувчи;

-дори воситаларини қабул қилиш натижасида келиб чикувчи.

Шундай қилиб, унинг бирламчи тури алоҳида касаллик бўлиб, клиникасида етакчи ва яққол кўзга ташланувчи белги бош оғриғи хисобланади. Иккиламчи ёки симптоматик бош оғриғи бош миянинг ёки бутун тананинг турли (бош мия жароҳати, бош мия қон-томир касалликлари, ўсмадар) касалликларида намоён бўлади.

Бош оғриқларини бирламчи ва иккиламчи турларини фарқлаш даволаш тамойилларини танлашда муҳим амалий аҳамиятга эга. Бирламчи бош оғриқларида симптоматик даво, яъни бош оғриқлари хуружининг олдини олишга ёки бошланган хуруж даражасини камайтиришга қаратилган бўлса, иккиламчи бош оғриқларида асосий касалликни даволаш етакчи ўринни эгаллайди.

Неврологик касалликлардаги бош оғриғи хусусиятлари:

- субарахноидал қон қуйилишда тўсатдан, интенсив, диффуз ёки энса соҳасидаги оғриқ юзага келади. Унинг пайдо бўлиши баъзан қайт қилиш ва ҳушдан кетиш билан кузатилади. Қисқа вақтдан сўнг менингеал симптомлар пайдо бўлади;

- артериал гипертензиядаги бош мия қон айланишининг сурункали этишмовчилиги – кўп ҳолларда эрталаб кузатилиб, энса соҳасидаги оғриқлар билан кечади. Қон босими ошиш даражаси ва бош оғриғи пайдо бўлишида аниқ боғлиқлик мавжуд. Қон босими 200/120 мм симоб устунигача кўтарилганида оғриқ кескин кучайиши мумкин. Унинг меъёрий

даражасига тушиши ва мўътадиллашуви оғриқ камайишига олиб келади;

- бош мия ичи босими ошгандаги оғриқ - гидроцефалия, абсцесс, гематома, мия ўсмалари, эхинококк, аневризмалар жараёнида ёки сурункали хориозпендиматитда бўлиши мумкин. Аввал оғриқ фақат эрталаб бўлиб, кейин доимийга айланади. Бош оғриғи, кўнгил айниши ва қайт қилиш билан кечиб, бошни олдинга эгиш, йўтал, акса уриш уни кучайтиради. Калла орқа чуқурчасида ўсма бўлса, оғриқ узоқ давом этиши ва кучли бўлиши кузатилади. У диплопия хотира ва интеллект пасайиши, юз асимметрияси билан биргаликда учрайди. Кўз тубини офтальмолокопик текширганда кўрув диски димланиши ёки атрофияси аниқланади;

- бўйин умуртқасининг дегенератив ўзгаришлари ёки яллиғланиши оқибатида цервикоген ёки цервикокраниал оғриқлар келиб чиқади. Оғриқ бўйин – энса соҳасида кузатилиб, елка ва қўлга тарқалади. У турли даражада бўлиб, бошни кимирлатганда кучаяди. Бўйин умуртқаси рентгенографияси, магнит резонанс томографияси (МРТ) хулосалари ташхисга асос бўлади;

- энса нерви невралгиясида оғриқ унинг катта ва кичик толалари жойлашган соҳада ўткир характерда бўлиб, асосан калланинг орқа қисмида жойлашган бўлиб, пешона ва кўзга тарқалади. Неврологик текширувда, энса нерви чиқадиган жой пайпаслаганда оғриқ борлиги ва айнан шу нерв иннервацияловчи соҳаларда дизестезия ва гипестезия мавжудлиги аниқланади.

- жароҳат натижасидаги оғриқ бир неча ой, ҳатто йиллар мобайнида мавжуд бўлади. Оғриқ аксарият ҳолларда посткоммоцион синдромлар билан кечади. Дикқат, хотира пасаяди, бош айланади, кучли чарчаш, уйку бузилиши кузатилади.

- Юқоридаги клиник белгилар шикастланган бош мия тўқимаси тузилиши ва жойлашишига боғлиқ бўлади. Агар жараён бош миянинг асос қисмида бўлса, шу соҳада жойлашган морфологик тузилмалар, яъни I ва II жуфт краниал нервлар ёки гипоталамик соҳа шикастланганлик белгилари намоён бўлади. Булар ҳид билишнинг бузилиши, кўрув ўткирлиги камайиши ва унинг майдони ўзгаришлари (гемианопсия, концентрик равишда кўрув майдони торайиши) ёки гипоталамик сиптомлардир. Агар шу соҳалар кўзгатирилса, қитиқланиш натижасида кўрув ёки эшитув галлюцинациялари вужудга келиши мумкин. Бошқача айтганда, юқорида қайд қилинган белгилар патологик жараёни бош мия асосида жойлашганлигидан далолат беради.

Мия ичи гипертензияси кўпроқ бош мия тўқималари, пардалари ва қон томирларидан ҳосил бўлган турли ўсмалар (арахноэндотелиома, астроцитома, олигодендроглиома, менингиома), паразитар касалликлар ва аневризмаларда кузатилади. Мия ичи ҳажми чегараланган бўлганлиги сабабли, юқоридаги ҳолатларда унинг паренхимаси жойлашишида ўзгаришлар ва ликвородинамик бузилишлар билан кечади. Ўз навбатида, улар йирик икки гуруҳ клиник белгиларни шаклланишига сабаб бўлади:

I. умумия клиник белгилари;

II. жараёнлик неврологик белгилар.

Умумия клиник белгилари:

- кучли ривожланган, диффуз бош оғриқлар;

- кўнгил айниш ва қайт қилиш;

- бош айланиши (кўпинча доимий);

- краниограммада гипертензияга хос белгилар (кон томирлар, айниқса, вена томирлари суратининг кучайиши («impression deqitata»), яъни бармоқ излари суратининг ҳосил бўлиши, турк эгари орқа деворида ўзгаришлар ва эгар кириш масофасининг кенгайиши ёки торайиши мавжудлиги;

- кўз туби ўзгаришлари (ангиопатия, кўрув диски димланиши ёки атрофияси);

- КТ ва МРТда қоринчалар ёки субарахноидал бўшлиғининг катталаниши;

- люмбал пункцияда орқа мия суюқлиги босимини меъёрдан (100-180 мм сув устунига тенг) ошиши.

Жараёнлик неврологик белгилар

Шифокор олдида гипер ва гипотензив синдром белгиларини аниқлаш, бир-бирига солиштириш, уларнинг мавжудлиги ҳамда ривожланиш даражасига қараб, даволаш чораларини белгилаш бош оғриқлари ташхиси ва даволашда долзарб муаммо ҳисобланади. Юқорида баён этилган гипертензияга боғлиқ бош оғриқ белгиларидан фарқли ўлароқ, гипотензив бош оғриқлар ётган, ўтирган ҳолатда камаяди ёки йўқолади, тик турганда ёки юрганда зўраяди. Шунингдек, бош оғриғи кўпроқ маҳаллий, чегараланган, доимий ёки хуружсимон бўлиб, кўпроқ кечкурунлари безовта қилади. Ташқи муҳит ва метеорологик ўзгаришлар бош оғриғини кучайтиради. Орқа мия суюқлиги текширилганда, унинг босими пасаяди. РЭГда церебрал кон томирлари тонуси кескин камайган бўлади. Айрим ҳолларда тизимли бош айланиш гўёки «сузиб кетгандек» ёки «учиб кетгандек» хис-туйғулар билан кузатилади.

Мигрень

Грекча “гемикрания” сўзидан олинган. Пароксизмал ҳолат бўлиб, такрорланувчи, лўқкилловчи, кўз, чакка, пешонадаги хуружли оғриқлар, фотофобия, фонофобия, кўнгил айниши, қусиш билан характерланади. Продромал белгилар икки кунгача давом этиши мумкин. Бу ҳолат кайфият пасайиши, эйфория, полиурия, уйқусираш каби белгилар билан кечади.

Мигрень классификацияси:

1. Аурасиз мигрень:

- продромал босқичда бемор асабий бўлади;

- бош оғриғи босқичи 3–72 (чакка, пешона, кўз соҳасида оғриқлар кузатилади) соатгача;

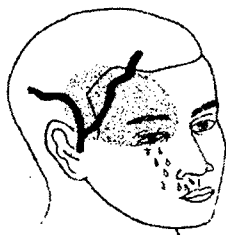
- моноалиноксид (МАО) ошади, серотонин пасаяди.

2. Аурали мигрень:

- продромал босқичи;
- аура босқичи (5 – 30 дақиқа) гемиялгия, гемипарез;
- бош оғриғи (3 – 72 соат).

Аура – 20% беморларда кузатилади ва унинг типик тури даврий кечиб, 5 – 20 дақиқа давом этади. **Кўриш аураси** – кўз олдида кимирловчи нукталар, чизиклар пайдо бўлади. У кўзни ички томонидан бошланиб, ташқарига йўналади. Баъзан бу нарсаларнинг катталиги, шакли ёки ранги ўзгариши кузатилади.

Сенсор аура – парестезия, яъни увишиш, чумоли юрганлиги ҳисси белгилари билан бирга кечиб, қўл ва тил ярмида, периорал соҳада сезги бузилиши аникланади.



1-расм. Доимий мигреноз невралгияда оғриқ йўналиши

Ҳаракат аураси - қўл, кафт, билаклар, танани ярмида парезлар билан характерланади.

Мигрень асоратлари:

- сурункали мигрень;
- мигреноз статус;
- бош мия инфарктисиз персистирловчи аура;
- мигренли хушдан кетиш.

Оғир мигреноз хуруж пайтида дегидратация қўлланилади (лазикс, диакарб), кучли қайт қилишда – галоперидол (0,5% *эритмаси* — 1 мл.дан м/о). Хуружлараро даврда циннаризин (стугерон) антисеротонин восита сифатида буюрилади.

Даволаш

Умумий чора-тадбирлар

а. Биринчи навбатда, куйидаги касаллик сабаблари бартараф қилиниши керак: чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, уйқусизлик, стресс, ўта чарчаш, шоколад, пишлоқ кўп истеъмол қилиш, нитроглицерин ва дипиридамол каби дориларни қабул қилмаслик.

б. Депрессия ва хуружли ҳолатларда дорилар ёрдамида даволаш билан бирга психотерапия тавсия этиш.

в. Мигренга чалинган ҳар 3 та аёлдан биттасида перорал контрацептив воситалар хуружлар сонини ошириб юборади. Шунинг учун уларни қабул қилишни тўхтатиш.

г. Мия томирлари спазми ва уни инфаркти келиб чиқиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли, мигрень хуружи пайтида церебрал ангиография муолажасини ўтказиш қарши кўрсатма ҳисобланади. Лекин турғун неврологик ўзгаришларда, эпилептик тутқаноқ мавжудлигида, субарахноидал қон қуйилишга шубҳа қилинганда ва мигрень хуружлари неврологик бузилиш билан кечганда КТ, МРТ ва ангиография текширувини ўтказиш мақсадга мувофиқ. Бош миясида қопсимон аневризм ва артериовеноз мальформацияси бор беморларда мигрень кам учрайди.

Мигрень хуружии даволашни эрта бошлаш керак. Классик мигренда - продромал белгилар, оддий мигренда – бош оғриғи пайдо бўлиши билан эрготамин ва изометептен самарадорлиги кузатувларда исботланган.

Эрготамин монотерапия сифатида ёки анальгетиклар, кайт қилишга қарши воситалар ва транквилизаторлар билан бирга буюрилади. Ушбу препаратларнинг кўпчилиги таркибида мавжуд бўлган кофеин, мия томирларини торайтиради ва эрготамин таъсирини кучайтиради. Агар бемор кўнгил айниши ва кўп кайт қилиш сабабли эрготаминни ича олмаса, у тил остига, ингаляцияда ёки ректал буюрилади. ЮИК, периферик томир, жигар, буйрак касалликлари, АГ, ҳомиладорлик препаратни қабул қилишга қарши кўрсатма ҳисобланади. Кўнгил айниши, кайт қилиш, мушаклар спазми ривожланиши ножўя таъсирдан далолат беради. Биринчи доза 1мг ни ташкил қилиб, зарурат бўлганда ҳар 30 дақиқада такрор ичилади. Аммо хуружии колдириш учун умумий дозаси 5 мг дан ошмаслиги ёки ҳафтада 10 мг бўлиши лозим.

Изометептен алоҳида ва бошқа дорилар билан комбинацияда чиқарилади. Самарадорлиги жиҳатидан эрготаминдан кучсиз, лекин ножўя таъсирлари ва қарши кўрсатмалари кам. Бирламчи дозаси 2 та капсуладан, зарурат бўлганда ҳар соатда 1 капсуладан кўшимча тавсия қилиш мумкин. Лекин бир хуружии бартараф қилиш учун ишлатилган капсулалар сони 5 тадан ошмаслиги керак.

Зўриқишда кузатиладиган бош оғриқлари учун қуйидагилар хос:

- бемор ёши 20 -40;
- давомийлиги бир неча соатдан бир неча кун ёки ҳафтагача;
- ойида 15 кундан кам, яъни вақти-вақти билан;
- сурункали – ойида 15 кундан ортик;
- икки томонлама - пешона ва энса соҳасида;
- кучсиз сиқувчи ёки босиб турувчи;
- анорексия, баъзан ёруғлик ва овоздан қўрқиш;
- жисмоний фаолият билан боғлиқ эмас;
- бўйин ва перикраниал мушаклар таранглашуви.

Кластер бош оғриқлари учун қуйидагилар хос:

- тутамли характерда;
- давомийлиги 10 дақиқадан 3 соатгача;
- куйдирувчи ток билан ургандек;
- кўпинча бир томонлама кўз, унинг ёни ва чаккадаги оғриқлар.

Умуман бош оғриқлари юз соҳасидаги оғриқлар билан биргаликда, баъзан алоҳида, яъни бошнинг ўзида ёки юзда бўлиши мумкин.

Юздаги оғриқлар асосан V жуфт, яъни учламчи нерв шикастланганда юзага келади. Лекин IX-X (n.glossopharengus ва n.vagus) ва V нерв (n.trigeminus) ганглиялари яллиғланиши ҳам нафақат кучли оғриқ, балки тошмалар билан кечади.

Бугунги кунда соматоген ва невроген прозопалгия турлари фарқланади.

1. Соматоген прозопалгия:

- офтальмоген;
- оториноген;
- одонтоген;
- тери шиллик қаватлари ва милк зарарланиши оқибатларида;
- артроген;
- миоген.

II. Невроген прозопалгия.

- атипик прозопалгия;
- симпаталгия;
- қон-томир шикастланишлари;
- краниал невропатиялар;
- интракраниал жараёнлар;
- марказий нерв тизими касалликлари.

Учлик нерви невралгияси

Касаллик кўпинча 50 ёшдан катта беморларда кузатилиб, юқори ва пастки жағ нервлари зарарланади. Оғрик чегараланган бўлиб, тиш ва милк соҳаларида жойлашади. Гапириш, мимик ҳаракатлар ҳам оғриқни кучайтиради ва юзга бигиз санчгандек кучли даражада ривожланган оғрик кузатилади. Беморлар лунжни артиб, чаккага қўлни қўйиб, оғрик хуружини енгиллатишга ҳаракат қилишади. Кўпинча хуруж вегетатив бузилишлар, яъни кўз ёшланиши, юз гиперемияси, бурундан сув оқиш каби белгилар билан кечади. Юқори альвеолар нервлар невралгиясида оғрик юқори жағ тишларида бўлади.

Текшириш усуллари:

- ✦ триггер зоналари пальпацияси;
- ✦ оғрик, ҳарорат, тактил сезгиларни, юз териси ва бошнинг сочли қисмини олдинги 3/1 да текшириш;
- ✦ таъм билишни (тилни олдинги 3/2 қисмида ширин, шўр, аччик, нордон таъмли моддаларни унинг ҳар бир бўлагиди алоҳида текширилади);
- ✦ учлик нервни ҳаракатлантирувчи қисмини (текширилувчи оғзини кетма-кет очиб-ёпиб туради. Меъёрида оғиз осонлик билан оғриксиз очилади ва бунда пастки жағ ўнг ёки чап томонга оғмай, ўртада туради) текшириш.

Тил ютқун нерви невралгияси

Сезувчи қисмининг биринчи нейрон ҳужайралари юқориги ва пастки тугунда жойлашган бўлиб, буйинтуруқ тешиги атрофидаги унинг дендритлари ҳалқум, ўрта кулок ва бурун шиллик қаватини иннервасиялайди. Таъм билувчи толалари эса тилни орқа 3/1 қисмидаги таъм билиш аъзоларида тугайди.

Касаллик кўпроқ эркаларда кузатилади. Буйинтуруқ тешиги ўсмаси, остеофити, чандикли ўзгариши, аневризмаси сабаб бўлиши мумкин. Оғрик бир неча сония давом этиб, тил илдизи, танглай ва муртақларда бўлади. Кўпинча у кулок ичи, томок, пастки жағ бурчагига узатилади. Баъзан

оғриқлар, хушдан кетиш, АБ тушиши, брадикардия билан кечади ва кўпинча ютиш пайтида кучаяди. Бемор суюк ва иссиқ таом ейишга мажбур бўлади. Касаллик жарроҳлик йўли билан даволанади.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Сурункали церебрал лептоменингит кохвецерал локализацияли мия ичи гипертоник синдроми билан, инфекцион - аллерик этиологияли;
- ✓ Сурункали хорионэпидимпанит мия ичи гипер (ёки гипотензив) синдроми билан, посттравматик этиологияли;
- ✓ Учламчи нерв невралгияси инфекцион этиологияли;
- ✓ Сурункали церебрал лептоменингит учламчи нерв (I ёки II шох) невралгияси билан;
- ✓ Мигрень сенсор аура билан;
- ✓ Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши субарахноидал типда артериал гипертенция жараёнида ривожланган;
- ✓ Энса нерви невралгияси бўйин умуртқалари остеохондрози жараёнида ривожланган;
- ✓ Тил-юткун нерви невралгияси инфекцион этиологи;

Неврологик касалликлардан ташқари бош оғриғи билан мурожаат қилган беморларнинг айримларига сабаб **кўз касалликлари** бўлиши мумкин. Уларга назла, иридоциклит ва рефракция аномалиялари киради.

Назла тикланмас кўрликка олиб келувчи оғир кўз касаллиги ҳисобланиб, бошдаги оғриқлар кўз оғриши ёки кўриш фаолиятининг пасайиши билан кечади.

Унинг олдини олиш чора-тадбирларини кўриш барча шифокорлар, айниқса, УАВ муҳим вазифаларидан биридир. Шунинг учун улар бу касаллик белгиларини эрта аниқлашлари ҳамда фаол профилактик кўриқлар ўтказиб даволашни йўлга қўйишлари лозим.

Клиник белгилари. Бирламчи назланинг очиқ ва ёпиқ бурчакли турлари фарқланиб, унинг биринчиси яққол офтальмологик белгиларсиз кечиши билан хавфлидир. Бунда беморларнинг асосий шикоятлари куйидагилар ҳисобланади:

- бошнинг хуружсимон оғриши;
- кўзда оғирлик ҳисси;
- баъзан кўз олдида камалак ҳалқалар пайдо бўлиши.

Объектив кўриқда беморларда периферик кўришнинг торайиши, кўз ички босимининг ошиши ва унинг тубида глаукоматоз экскавация борлигини аниқлаш мумкин.

Назланинг ўткир хуружида бемор шикоятлари:

- кучли бош оғриғи;
- кўзда бошнинг ярмига узатилувчи каттиқ оғриқ;

- эпигастрал ва юрак соҳасида оғрик;
- кўнгил айниши;
- қайт қилиш.

Шунингдек,, беморларни кўрганда – ковоқларида шиш, кўз олмаси томирларининг димланган инъекцияси, шох пардада шиш ва сезувчанликнинг йўқолиши, олд камера саёзлиги, қорачикни кенг ва яшил тусда бўлиши, ёруғликка реакция бўлмаслиги кузатилади. Пальпацияда кўз тошдек қаттиқ бўлади ва кўрув ўткирлиги “0” гача пасайиши мумкин.

Текшириш усуллари:

- кўзни ён томондан ёритиб кўриш;
- кўз босимини пальпация ёрдамида текшириш;
- тонометрия;
- периметрия;
- кўриш ўткирлигини аниқлаш;
- офтальмоскопия.

УАВ тактикаси. Бош оғриғига шикоят қилиб келган беморларни кўраётганда, офтальмопатологияга шубҳа бўлган ҳолларда, врач ён томондан ёритиб кўриш усули ёрдамида кўз олмасини ташқи текширувдан ўтказиши, уни пальпация қилиб офтальмотонус ошганлигини сезса, тонометрия ўтказиб, кўзни ички босимини аниқлаши керак. Шунингдек,, периметрия ёрдамида кўрув майдонида торайиш бор ёки йўқлигини текшириб кўриш ўткирлигини баҳолаши лозим. Агар ушбу текширувлар натижасида кўзни ички босими ошиши, кўрув майдони торайиши ёки кўриш ўткирлигининг пасайиши каби ўзгаришлар аниқланса, УАВ «назлага шубҳа» қилиши ва беморни офтальмологга юбориши керак. Мабодо, касаллик тасдиқланса, диспансер назоратига олиш ва мунтазам равишда кўз ички босимини ўлчаб туриш зарур.

Беморда назланинг ўткир хуружи аниқланса, унга қуйидаги тартибда биринчи ёрдам кўрсатилиб, сўнгра мутахассисга юбориш зарур:

- беморни ёруғлик манбаи – стол лампаси қаршисига ўтказиш (қорачикни торайтириш мақсадида);
- маҳаллий - кўзга 2 соат давомида, ҳар 15 дақиқада, кейинги 2 соат ҳар 30 дақиқада, ундан кейин эса, ҳар соатда 1 мартадан 1% ли пилокарпин гидрохлорид томизиш (пилокарпин гидрохлорид - миотик);
- умумий – сийдик ҳайдовчи (диакарб, осмотерапия – манитол, глицерол) доридарни ичишга буюриш;
- чалгитувчи терапия мақсадида – оёққа иссиқ ванна, касал кўз томонининг чаккасига зулук қўйиш.

Қуйидаги даво муолажалари ўтказилади.

Агар консерватив даво 24 соат ичида хуружни қолдирмаса, ихтисослаштирилган кўз бўлими шароитида жарроҳлик (чукур склерэктомия, иридэктомия билан, лазерли иридэктомия, фотоциклокоагуляция) йўли билан даволаш зарур.

Назланинг бирламчи профилактикаси – ОП ва КВПга мурожаат қилган барча 40 ёшдан ошган кишиларда белгисиз кечадиган глаукомани эрта аниқлаш мақсадида, 2 йилда бир марта кўз ичи босимини ўлчаш хисобланади. Иккиламчи профилактика эса барча аниқланган беморларни мунтазам диспансер назоратида кузатишдан иборат бўлиб, у куйидаги асосий тадбирларни ўз ичига олади:

- глаукома билан оғриган беморларни мунтазам кузатиш ва рационал даволаш;

- беморларга ўз-ўзини назорат қилиш усулларини ва даво тавсияларини тўғри бажаришни ўргатиш.

Иридоциклит рангдор парда ва киприксимон тананинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, унда бемор куйидаги шикоятларни билдиради:

- ▶ оғриётган кўз томонда бош оғриғи;
- ▶ кўзда санчувчи ва кечаси зўраювчи оғриклар;
- ▶ кўришнинг хиралашиши;
- ▶ кўз ёшланиши;
- ▶ ёруғликка қарай олмаслик;
- ▶ қовоклар қисилиши (блефароспазм).

Рангдор парда ва киприксимон тана умумий қон айланиш тизимига эга бўлганлиги сабабли, уларнинг яллиғланиши аксарият ҳолларда биргаликда кечади ва кўп ҳолларда эндоген касалликлар (ревматизм, захм, сил ва бурун олди бўшлиқлари вирусли инфекциялари, сўзак, подагра ва тизимли касалликлар) оқибатида келиб чиқади.

Объектив кўрилганда, шох парда эндотелийсида преципитатлар, қорачик торайиши, рангдор парда кўринишининг ўзгариши, кўз ички босимининг пасайиши ёки кўтарилиши кузатилади. Иридоциклитда ҳам кўз ён томондан ёритиб текширилади ва пальпация ёрдамида унинг ички босими аниқланади. Ён томондан ёритилиб текшириш усули ёрдамида кўзнинг олдинги қисмида томирли парда яллиғланишига хос бўлган ўзгаришларни (ёшланиш, ёруғликдан кўрқиш, блефароспазм, склерада аралаш инъекция ва рангдор парда рангини соғлом кўзга нисбатан ўзгарганлиги ва қорачик торайганлиги) аниқлаш мумкин. Бу ҳолда УАВ беморга тез ёрдам сифатида қорачикни кенгайтирувчи (атропин сульфатни 1% ли эритмаси) ва дезинфицирловчи томчилар томизиб, кейин офтальмологга юбориши керак. Кўп ҳолларда иридоциклит келиб чиқишининг асосида турли хил эндоген инфекция бўлгани сабабли, бундай беморлар мутахассисда даволаниб келгандан сўнг, УАВ томонидан диспансер назоратига олиниб, бирламчи ўчоқни тузатиш ёки касалликнинг зўрайиши олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар ўтказилиши керак.

Иридоциклитда бемор шикоятлари ва субъектив белгилар назланинг ўткир хуружини эслатишини ёдда тутиш ва уларни бир-биридан фарқлай олиш (1-жадвал) лозим. Чунки уларни даволаш тамойиллари бир-биридан тубдан фарқ қилади ва нотўғри кўйилган ташхис қайта тикланмайдиган кўрлик каби оғир оқибатларни келтириб чиқариши мумкин.

Назла ва иридоциклитни солиштирма таъхис

Белгилар	Назланинг ўткир хуружи	Иридоциклит
Оғриклар	Кўзда бошнинг ярмига узатилувчи, кўнгил айнаши ва қайт кишиш билан кечувчи кучли оғрик	Аксарият ҳолларда тунда зўраовчи цилиар оғриклар
Инъекция	Димланган инъекция	Аралаш инъекция
Шох парда	Шишган	Шишган ва эндотелийда преципитатлар
Рангдор парда	Рельефи текислашган	Ранги ўзгарган
Қорачик	Кенг	Тор, орка синехиялар
Кўз ичи босими	Ошган	Пасайган ёки меъёрда

Даволаш мутахассис врач томонидан ўтказилади ва маҳаллий ҳамда этиопатогенетик тамойилларга асосланади.

1. Маҳаллий – қорачиқни кенгайтириш учун мидриятлар томишиш, антибиотиклар, ГКС ва сульфаниламидларни қўллаш.

2. Умумий – этиопатогенетик даво.

Профилактика. Иридоциклит келиб чиқишига сабаб бўладиган касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволашдан иборат.

Рефракция аномалияларида ҳам бош оғриғи кузатилиши мумкин. Масалан, ўрта ва юқори даражали гиперметропияда кўзойнакдан фойдаланмаслик натижасида, айниқса, яқин масофада ишлаганда аккомодация зўриқиши (цилиар таънинг аккомодатив мушаклари чарчаши) оқибатида астиопия ҳолати кузатилади. Бунда беморда бош оғриғи, кўзда оғрик ва босим хисси пайдо бўлиши, кўз олдида ҳарфларнинг чаплашиб кетиши каби шикоятлар бўлади. Юқоридаги астиопик шикоятлар пайдо бўлиши ёки битта кўзда бўлса ҳам кўришнинг ёмонлашиши кўзойнак танлашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Ушбу ҳолатларда йиғувчи (+) линзалардан фойдаланилади ва доимий тўлиқ коррекция қилинади.

Кейинги рефракция аномалия тури миопия бўлиб, асосан мактаб ёшидаги болалар орасида кузатилади. Бу ёшда миопиянинг келиб чиқиши организмнинг ўсиши натижасида кўз олмасининг ҳажми кенгайиши, кўзнинг узоқ вақт яқин масофада зўриқиб ишлаши билан изоҳланади ва бунинг оқибатида мушак астиопияси аниқланади. Беморларда куйидагилар кузатилади:

- пешона соҳасида симиллаган оғрик;
- кўзда оғирлик хисси;
- ташқарига караган ғилайлик.

УАВ беморларда кўриш ўткирлигини текшириши ва кўзойнакни танлаши лозим. Шифокор беморда кўриш ўткирлигининг пасайганлигини аниқласа, текшириш асосида кўзойнак танлаши ва уни офтальмологга

юбориши керак. Мутахассис томонидан ташхис тасдиқлангандан сўнг, уларни УАВ диспансер назоратига олиши ва йилда икки марта кўриш ўтқирлигини аниқлаб, режали равишда офтальмологда консерватив ёки кўрсатмалар бўлса, жаррохлик йўли билан даволашга юбориши лозим.

Миопияни даволаш унинг асоратлари профилактикаси ҳисобланиб, офтальмолог томонидан ўтказилади ва қуйидагилардан иборат:

- ▶ миопияни объектив усуллар ёрдамида коррекция қилиш;
- ▶ склерани мустаҳкамлаш, томирлар ўтказувчанлигини пасайтириш ва қон қуйилишлари олдини олиш мақсадида (глюконат кальций 0,5 г, витамин Р ёки рутин 0,02 дан кунига 3 марта 7-10 кун давомида) профилактик даво курсларини ўтказиш;
- ▶ кўз олмаси тўқимасида модда алмашинувини яхшилаш мақсадида - аскорбин кислотаси 5% + глюкоза эритмаси 40% томир ичига томчилаб юбориш;
- ▶ бошқа витаминлар ва биостимуляторлар буюриш;
- ▶ зўрайиб борувчи миопияда аниқ кўрсатма бўлганда, жаррохлик усули билан даволаш тавсия этилади;

Мактаб ва боғчаларда режали равишда профилактик кўриклар ўтказиш, рефракция аномалияларини эрта аниқлаш касаллик профилактикаси ҳисобланади.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Назлага шубҳа;
- ✓ Очиқ бурчакли назла;
- ✓ Ёпиқ бурчакли назла;
- ✓ Назланинг ўтқир хуружи;
- ✓ Ўтқир иридоциклит;
- ✓ Аккомодация спазми;
- ✓ Миопия (енгил, ўрта ва юкори даража);
- ✓ Гиперметропия (енгил, ўрта ва юкори даража).

Бош оғриғи юкорида кайд этилган турли касалликлар билан бир қаторда, **қулоқ, томоқ ва бурун патологияларида** ҳам учрайди ва қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

УАВ фаолиятида кўп учрайдиган қулоқ касалликларидан бири **ўтқир ўрта отитда** бош оғриғи ўчоқли, бир томонлама, айрим ҳолларда эса икки томонлама характерга эга бўлади. Оғриқ ўтқир, кучли, аста-секин зўрайиб борувчи, баъзи ҳолларда қулоқ ичида, баъзан пешона соҳасида оғриқ сезгиси пайдо бўлади. Айрим ҳолларда у лўкилловчи, қовловчи, санчувчи, уюшувчи кўринишда бўлиб, беморга тинчлик бермайди. Оғриқ тишга, пешонага, чаккага ва энсага узатилиши ва аксарият беморларда бутун бош соҳасини эгаллаши мумкин. Оғриқ йўталганда, аксирганда, бурун қоққанда,

ютинганда кучаяди. Одатда бош оғриғи кулоқ битиши ва ундаги шовкин билан бирга кечади. Отоскопияда кулоқ ноғора пардаси кескин кизарган, шишган ва бўртиб чиққан.

Даволаш - ётоқ тартиби, антибактериал терапия, гипосенсибилизация, витаминлар, кулоқ ичига борат кислотасининг 3% эритмаси, сафродекс, антибиотик томчилари.

Сарамас - кулоқ супраси сарамасида бош оғриғи касалликнинг бошланғич ва авж олиш даврларида кузатилади. Ташхис объектив кўриш ва бактериологик эзмага асосланилади. Отоскопия: кулоқ супрасининг кескин гиперемияси, шиши, катталашиши ва оғрикли бўлиши. *Даволаш* - антибактериал терапия (макролидлар, цефалоспоринлар).

Ташқи эшитув йўли чипқонида бемор каттиқ оғриқдан шикоят қилади. Айниқса,, кулоқ супрасининг олдинги томонидаги дўмбок босилганда ёки пастки жағ ҳаракатида (чайнаганда) оғрик зўраяди. Тана ҳарорати кўтарилиб кулоқ олди лимфа тугунлари катталашади. Ташқи кулоқ йўли кўздан кечирилганда унинг торайганлиги ва терисининг бўртганини кўриш мумкин. Кўп ҳолларда ноғора пардани кўриш имконияти бўлмайди. Бош оғриғи касал томонда кўпроқ кузатилади. *Ташхис* объектив кўриш касаллик клиникаси ва отоскопияга асосланиб қўйилади. *Даволаш* – ташқи эшитув йўлига 3% борат спирти шимдирилган тампон қўйиш, компресс, УВЧ. Чипқонни очиш, антибактериал терапия (макролидлар, цефалоспоринлар). Ташқи кулоқ йўли чипқони мастоидитдан фарқлаш лозим. Бунда эшитув йўлининг тоғай қисми, мастоидитда эса суяк қисми торайган бўлади ва охиригида эшитиш қобилияти пасаяди.

Ташқи диффуз отит. Бу хасталик кўпроқ ҚД, сил ва аллергияга чалинган беморларда кузатилади ҳамда ташқи эшитув йўли шиллиқ қаватининг шикастланиши билан намоён бўлади. Касалликнинг бошланғич даврида бемор бош оғриғидан шикоят қилади ва кулоққа кўл теккизганда кучли оғрик сезади. Эшитиш қобилияти пасаяди. Отоскопияда ташқи кулоқ йўли барча қисмларининг териси кизарган ва шишган, яллиғланиш ноғора пардага ҳам тарқалган. *Даволаш* – умумий антибактериал терапия (макролидлар, цефалоспоринлар), ташқи эшитув йўлига 10% бура суяқлиги шимдирилган тампон, левомикол мази, гармонли малҳамлар қўйилади. Шунингдек,, УВЧ, лазер нурларидан фойдаланиш мумкин.

Ташқи эшитув йўлига жониворлар ёки ёт жисмлар тушганда оғрик жараён жойлашган томонда бўлади. Ёт жисмлар кўпинча ташқи эшитув йўлининг тоғай қисмида тикилиб қолади. Бунда кулоқда оғрик, шовкин ва эшитиш қобилиятининг пасайиши кузатилади. Одатда кулоққа кириб қолган ҳашоратлар ўз ҳаракати билан оғрикни кучайтиради ва кулоқда шанғиллаш пайдо қилади. Баъзан турли мева, ўсимлик уруғлари кулоқ йўлида узок туриб қолиши натижасида катталашиб унинг деворини эзди ва каттиқ оғрик чакиради. *Ташхислашда* анамнез, объектив кўриш, клиник белгилар ва отоскопиядан фойдаланилади. *Даволаш* - ёт жисмларни олиб

ташлаш, агар бемор кулоғи аввал оғримagan бўлса уни махсус шприц билан ювиш мақсадга мувофиқ. Кулоққа ҳашоратлар кириб қолганда ёғ ёки спирт томизиш тавсия этилади.

Скарлатина, кизамиқ, кўк-йўтал, ичбуруғ, грипп ва бошқа айрим юқумли касалликларда ҳам ўрта отит кузатилиши мумкин. Бемор умумий интоксикация ва учлик нервни таъсирланиши оқибатида юзага келувчи лўкилловчи бош оғриғидан шикоят қилади. *Ташхис* объектив кўриш, клиник белгилар, отоскопиядаги ўзгаришлар, инфекционист маслаҳатига асосланилади. *Даволаш* - кенг таъсир доирали антибиотиклар (макролидлар, цефалоспоринлар), бурун томчиларидан фойдаланиш, кулоққа компресс қилиш, оғрик қолдирувчи дори воситаларини қўллаш, парацетез.

Ўткир йирингли ўрта отит. Бу касалликда кулоқда оғрик пайдо бўлиб, бошнинг тепа ва касал кулоқ томонининг чакка соҳасига тарқалади. Оғрик бўйин, жағ ва тил ости соҳаларида ҳам кузатилиши мумкин. Касаллик ривожланишида учта давр фаркланади: ноғора парда тешилгунгача бўлган давр, ноғора парда тешилиб йиринг оқиш даври, ноғора парда тешигининг тикланиш даври. Юқорида қайд этилган даврларга мос равишда касаллик турли клиник белгилар билан намоён бўлади. Кулоқ ва тишдаги оғрик аксирганда, йўталганда кучаяди, тана ҳарорати кўтарилади. Уч шохли нервнинг таъсирланиши оқибатида оғрик лўкилловчи характерга эга бўлади. Ўткир йирингли ўрта отит ташхисида отоскопия муҳим аҳамиятга эга. Дастлаб ноғора парда кизаради, қалинлашади ва ташқарига бўртиб туради. Кейинроқ ноғора парда бўшлиғида суюқлик кўпайиб у тешилади. Шу даврда тана ҳарорати пасаяди, оғриқлар камаяди, кулоқдан кўп микдорда кон аралаш йиринг оқади. Баъзи ҳолларда кулоқ пардасининг тешилиши кузатилмайди, унда парацетез «пардани сунъий тешиш» лозим. Кўпчилик беморларда кулоқдан йиринг оқиши тўхташи билан пардадаги тешик бекилиб бемор соғайиб кетади. *Даволаш* – кулоқдаги оғриқни камайтириш учун ташқи эшитув йўлига 70% спиртга шимдирилган пахта пилик кўйиш ёки карбол кислота – глицерин аралашмаси томизиш зарур. Антибиотиклар, витаминлар, иситувчи компресс, соллюкс, УВЧ тавсия этилади. Эшитув найи фаолиятини яхшилаш мақсадида бурунга томир торайтирувчи дорилар (нафтизин, глазолин) томизилади.

Сурункали ўрта отитда бош оғриғи касал кулоқ томонда оғирлик ҳисси, касалликни авж олиш даврида унинг кучайиши билан кечади. *Ташхислаш* объектив кўриш, касаллик клиникаси, отоскопия ва сўрғичсимон ўсиқ рентгенографияси, кўрсатмалар бўлганда, чакка суяклари КТси. *Даволаш* - жарроҳлик амалиёти (кулоқни санацияловчи операция), кенг камровли антибактериал терапия (макролидлар, цефалоспоринлар), бурун томчилари, ташқи эшитув йўли санацияси, дезинтоксикацион терапия.

Антрит. Янги туғилган болаларда сўрғичсимон ўсимта ривожланмаган бўлиб, у уч ёшлардан сўнг ривожлана бошлайди. Шу сабабли ўткир

йирингли яллиғланиш гўдак болаларда антрит дейилади. Касаллик тана ҳароратини кўтарилиши, кўп йиғлаш, уйқусизлик, дармонсизлик билан кечади. Баъзан болаларда ич кетиш аломатлари ҳам кузатилиши мумкин. Одатда боланинг қулоғи орқасида шиш, тери қизарганлиги ва пайпаслаб кўрганда суяқлик борлиги аниқланади. Оғриқ туфайли бола қулогини ушлашга интилади. Антрит жарроҳлик усули ёрдамида даволанади.

Мастоидит. Ўткир йирингли ўрта отитда сўрғичсимон ўсимтанинг яллиғланиши мастоидитга олиб келиши мумкин. Ушбу касалликда бемор бош ва қулоқ атрофидаги оғриқлардан шикоят қилади. Тана ҳарорати 39-40° С гача кўтарилиши мумкин. Қулоқ супрасининг орқа томонида (сўрғичсимон ўсимта устида) терининг қизариши ва шишиши кузатилади. Пайпаслаб кўрилганда оғриқ кучаяди. Отоскопияда ташқи эшитув йўли суяқ қисми юқори орқа қисмининг осилиб туриши ҳисобига тораяди. Ташхислашда рентгенография ва КТ текширувлари муҳим аҳамиятга эга. *Даволаш* - жарроҳлик йўли билан амалга оширилади ва кенг кўламли таъсир этувчи антибиотиклар, бурун томчилари, анальгетиклар, дезинтоксикацияловчи терапия тавсия этилади.

Сурункали йирингли ўрта отитларда калла суяги ичи асоратлари.

Экстрадурал абсцесс калла суяги ичи асоратлари орасида энг кўп учрайди. Бунда чакка суягининг ички юзаси билан мияни қоплаб турган қаттиқ парда ўртасида йиринг тўпланади. Беморларда бош оғриғи (айниқса, касал қулоқ томонда), кўнгил айниши, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Агар йиринг қаттиқ мия пардасини тешиб ичкарига кирса у субдурал абсцесс дейилади. Бунда бемор қаттиқ бош оғриғига, кўнгил айниши ва қайт қилишдан шикоят қилади. Ушбу ҳолатларда УАВ беморларни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлимга юборишлари лозим. *Даволаш* - жарроҳлик усули ёрдамида ва юқори дозадаги антибиотикларни буюриш билан амалга оширилади.

Отоген менингитда бемор қаттиқ бош оғриғи, кўнгил айниши, қайт қилиш ва тутқаноқ тутишидан шикоят қилади. Менингитда бўйин котиб қолиши (бемор бошини эгиб иягини кўкрагига теккиза олмайди) ва Кернинг белгилари аниқланади. Йирингли менингит ўта оғир кечиб юқорида қайд этилган шикоятлар яққол намоён бўлади ва тана ҳароратининг кўтарилиш кузатилади. Бунда мия ичи босими ошиши натижасида Бабинский, Оппенгейм, Гордон патологик рефлекслари пайдо бўлади. *Даволаш* - шошилинч жарроҳлик усули билан амалга оширилади. Катта дозадаги антибиотиклар буюрилади ва дезинтоксикация терапияси ўтказилади.

Шунингдек, бош оғриғига қатор бурун касалликлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Улардан бурун сарамасининг бошланғич ва авж олиш даврида одатда беморларда бош оғриши кузатилади. Ташхис объектив кўрик натижалари, касаллик клиникаси ва бактериал экмага асосланиб қўйилади. *Даволаш*да кенг қамровли антибактериал терапия (макролидлар, цефалоспоринлар) дан фойдаланилади.

Бурун чипқони ва карбункули. Бурун чипқонини пайдо бўлишига айрим умумий хасталиклар ҚД, гиповитаминоз ва бошқа модда алмашинуви касалликлари сабаб бўлади. Агар 2-3 чипқон бир-бирига кўшилса карбункул ҳосил бўлади. Бу касалликда бурун қанотлари ва учи қизаради (конуссимон бўртиш ҳосил бўлади), таранглашади ва кўл тегизса оғрийди. Кейинроқ бўртма учида ок-сарик йирингли қопча пайдо бўлиб унда йиринг тўпланади. Беморни қаттиқ бош оғриғи ва тана ҳароратини юқори даражагача кўтарилиши безовта қилади. *Даволаш* – унда антибиотиклардан, сульфаниламидлардан фойдаланилади, дезинтоксикация терапияси ўтказилади ва антикоагулянтлар буюрилади. Чипқон атрофи борат кислотаси билан артилади ва турли малҳам дорилар суртилади (левомикол мази). **Чипқонни сиқиш қатъиян ман этилади.** Агар йиринг йиғилган бўлса ярани ёриб у чиқариб ташланади, ўрнига гипертоник эритма шимдирилган пилик қўйилади.

Ўткир ва сурункали ринитларда бош оғриғи интоксикация ва бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши натижасида юзага келади ҳамда бошда оғирлик ҳисси кўринишида кечади. *Таъхис*лашда объектив кўриш, касаллик клиникаси, риноскопияга асосланилади. Риноскопияда бурун шиллик қавати шишганлиги, қизарганлиги, унинг бўшлиғида кўп миқдорда тиник суюқлик йиғилганлиги аниқланади. Кейинчалик бурундан йирингли ажралма чиқади. Агар жараён бурун ёнбош бўшлиқларига тарқалса бошда ва кўз косаси атрофида оғриқлар пайдо бўлади. *Даволаш* – ўткир тумов энди бошланиб келаётган даврда терлатувчи воситалар (иссиқ чой), иситма туширувчи ва бош оғриғини қолдирувчи дорилар бериш лозим. Бурунга нафас олишни яхшиловчи (нафтизин, галазолин) эритмалар, ундан сўнг 2% проторгол ёки колларгол томизилади.

Бурун тўсиғи қийшайиши ҳам унинг бурун чиғаноғига таъсир қилиб веноз қон димланишига сабаб бўлиши оқибатида бурун орқали нафас олишни қийинлаштириши ҳамда бош оғриғини келтириб чиқариши мумкин. Хасталикни аниқлашда олдинги ва орқа риноскопия маълумотларига асосланилади. *Даволаш* - жаррохлик усули ёрдамида амалга оширилади.

Ўткир ва сурункали синуситларда бош оғриғи уч шохлик нерв таъсирланиши ва интоксикация натижасида келиб чиқади.

Гайморит, фронтит ва ғалвирсимон бўшлиқ олдинги ва ўрта катаклари яллиғланишида оғриқ юз ҳамда пешона - чакка соҳасида кузатилади. Ғалвирсимон бўшлиқ орқа катаклари ва понасимон бўшлиқ яллиғланишида оғриқ асосан бошнинг энса ва тепа қисмларида кузатилади. Бурун ён бўшлиқлари яллиғланганда тана ҳарорати кўтарилиб, бемор дармонсизлик, ишгаҳасизлик, уйку бузилишидан шикоят қилади. Кейинчалик бурундан нафас олиш қийинлашади ва ундан йиринг оқади. Олдинги риноскопияда бурун шиллик қавати қизарганлиги, шишганлиги ва унинг йўлларида йиринг ажралаётганлиги аниқланади. Бурундан нафас олиш қийинлашади. Рентген ва КТда бўшлиқлар тиниклиги пасайганлиги ёки суюқлик

сатҳи борлиги қайд этилади. *Даволаш* – томир торайтирувчи томчилар томизиш, бурун ён бўшлиқлари яллиғланишида Proetz усулида алмашлаб ювиш, зондлаш, антибактериал дори воситалари, дезинтоксикацияловчи терапия, анальгетиклар қўллаш, ЯМИК катетиридан фойдаланилган ҳолда яллиғланган бўшлиқ ажралмасини олиб ташлаш. Бундан ташқари синусларни игна билан тешиб уни турли хил эритмалар билан ювиш ва антибиотиклар юбориш мақсадга мувофиқ.

Бурун ва бурун ён бўшлиқлари яллиғланиш касалликларида кўз косаси ва калла суяги ичида асоратлар кузатилиши мумкин. Кўз косасида қуйидаги асоратлар кузатилиш эҳтимоли мавжуд:

- суяк ва суяк усти пардасининг яллиғланиши;
- субпериостал абсцесс;
- кўз косаси флегмонаси;
- кўз косаси тўқимасидаги вена томирлари тромбози.

Шунингдек, бурун ён бўшлиқлари йирингли жараёнлари олд мия чуқурчасидаги говаксимон (каверноз) синусга ўтиб унда тромб ҳосил қилиши ва риноген мия абсцессини келтириб чиқариши мумкин. Ушбу ҳолда бош мия ичи босимини ошиши, мия пардаларининг таъсирланиши ҳамда интоксикация оқибатида беморда кучли бош оғриғи юзага келади. Оғриқ турғун бўлиб жисмоний ҳаракатда ва бошнинг ҳолати ўзгарганда кучаяди.

Таъхис объектив кўрик, риноскопия, бурун бўшлиғи ва бош мия рентгенографияси, КТга асосланилади ва бемор зудлик билан мутахассис шифокорга юборилади.

Бош оғригининг сабаблари ҳалқум касалликлари ҳам бўлиши мумкин ва биз қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз:

Ўткир ангиналар (кагарал, фоликуляр, лакунар, флегмоноз ва бошқалар) да бош оғриши умумий интоксикация натижасида юзага келади. Беморда тана ҳарорати кўтарилиб иштаха пасайиши ва томоқда оғриқ кузатилади. *Таъхис* қўйишда касаллик клиникаси, объектив кўрик ва фарингоскопия, бактериологик эзмага асосланилади. Беморни юқумли касалликлар бўйича мутахассис кўригидан ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. *Даволаш* - антибактериал дорилар (макролидлар, цефалоспоринлар), дезинтоксикацияловчи терапия ёрдамида амалга оширилади.

Ангинанинг асоратлари (паратонзиллит, паратонзилляр абсцесс)да оғриқ уч шохлик нерв таъсирланиши ва интоксикация натижасида юзага келади. У жароҳатланган томонда ёки тарқалган бўлиши мумкин. Беморда оғиз очишни қийинлашиши ва чайнов мушаклари тризми кузатилади. *Таъхис* қўйишда касаллик клиникаси, объектив кўрик, фарингоскопия ва бактериологик эзмага асосланилади. *Даволаш* - антибактериал дорилар (макролидлар, цефалоспоринлар), дезинтоксикацияловчи терапия, кўрсатмалар бўлганда абсцессни очиш.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Ўнг томонлама ўткир ўрта отит;
- ✓ Чап томонлари ўткир ўрта отит;
- ✓ Икки томонлари ўткир ўрта отит;
- ✓ Ўткир йирингли ўрта отит (ўнг, чап, икки томонлама);
- ✓ Ўткир мастоидит (ўнг, чап);
- ✓ Кулоқ супраси сарамаси (ўнг, чап);
- ✓ Ўткир мастоидит, субпериостал;
- ✓ Ташқи диффуз отит (ўнг, чап, икки томонлама);
- ✓ Сурункали йирингли ўрта отитнинг хуружи (ўнг, чап);
- ✓ Отоген мия ичи асорати – менингит;
- ✓ Сурункали йирингли ўрта отит хуружи, мия абсцесси, миёча абсцесси;
- ✓ Сурункали йирингли ўрта отит хуружи, синус тромбози (ўнг, чап томонлама);
- ✓ Ўткир юкори жағ бўшлиғининг яллиғланиши – гайморит;
- ✓ Ўткир отит, этмоидит;
- ✓ Ўткир гемисинусит (чап, ўнг);
- ✓ Ўткир пансинусит;
- ✓ Риноген мия абсцесси;
- ✓ Паратонзиллар абсцесс.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Астахов Ю. С. «Глазные болезни», справочное пособие, 2000.
2. Бабияк В. И. и соавт. Клиническая оториноларингология, Гипократ Санкт – Петербург, 2005.
3. Бабияк В. И. и соавт. Нейрооториноларингология, Гипократ Санкт – Петербург, 2002.
4. Бадалян Л.О «Детская неврология», 1975, 2000.
5. Бердичевский М.Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга. М. Медицина, 1989.
6. Верещагин Н.В. и др. «Мозговое кровообращение» (Современные методы, исследования в клинической неврологии). 1993.
7. Голубев В.Л. Вейн А.М. Неврологические синдромы. Руководство для врачей. М., изд-во «Эйдос Медиа», 2002.
8. Гречко Е.И. Нейростоматологические болезни и синдромы». 1991.
9. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия М., Медицина, 2000.
10. Дискаленко В.В., Лавренова Г.В., Глухова Е.Ю. (под редакцией М.С. Плужникова), «Оториноларингология для врачей общей практики», СПб, Манускрипт, 1997.
11. Капаева Л. А. «Глазные болезни», М. 2002.
12. Коровенко Р. И. Глазные симптомы, синдромы, болезни – СПб., 2001.

13. Маджидов Н.М., Трошин В.Д. Доинсультные цереброваскулярные заболевания головного мозга, 1986.
14. Мишенькин Н. В., Драчук А. И., Иванова Л. И., Дашкевич Ю. М., Носков А. Л., Лисовская М. П. «Клиническая оториноларингология». Учебное пособие. Омск, 1990.
15. Мчелидзе Т. П. Оториноларингологический словарь. Санкт–Петербург, 2007.
16. Никофоров А.С. Коновалов А.Н. Гусев Е.И. Клиническая неврология. 1, 2 том. М, Медицина, 2002.
17. Овчинников, «Оториноларингология для медицинских вузов». М.: Медицина, 1997.
18. Пальчун В. Т., Крюков А. И., «Оториноларингология». Москва: «Литера», 1997.
19. Пальчун В. Т., Преображенский Н. А. «Болезни уха, горла и носа». М.: Медицина, 1980.
20. Рахимджанов А.Р., «Неврологиядан клиник лекциялар». 1987.
21. Самуэльс М., «Неврология». пер. с англ., 1997.
22. Сидоренко Е. И. . «Офтальмология». М. 2003.
23. Солдатов И. Б., «Руководство по оториноларинголога». М.: Медицина, 1997.
24. Тарасов Д. И., Миньковский А. Х., Назарова Г. В. «Скорая и неотложная помощь в оториноларингологии». М.: Медицина, 1977.
25. Федоров С. Н. и др. «Глазные болезни». М. 2003.
26. Хакимов А.М. и соавт. Умумий амалиёт шифокори тайёрлашда оториноларингология. Бухоро. 2008.
27. Шеврыгин Б. В., «Справочник оториноларинголога». М.: Медицина, 1996.
28. Шеврыгин Б. В., «Детская оториноларингология», М.: Медицина, 1996.
29. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И., «Неотложная помощь в оториноларингологии», М.: Медицина, 1989.

БЕЛ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР ВА А НЕВРАЛГИЯЛАР

Умуртқа погонаси, нерв тузилмалари, мушаклар, томирлар, буйрак ва сийдик чиқариш йўлларининг касалликлари оқибатида белида узок муддат давом этувчи оғриқни ҳис қилмаган кишини топиш қийин

Р.С.Паккард

Бел соҳасидаги оғриқ кенг тарқалган ҳолат бўлиб, 80% инсонлар ҳаётлари давомида уни бир марта бўлса ҳам ҳис қиладилар. Ушбу оғриқ УАВ га мурожаат этувчи ишга яроқли 5-7% эркалар ва 4-6% аёлларнинг асосий шикоятларидан бири ҳисобланади.

Анамнез ва объектив текширувларга асосланган ҳолда тананинг бел соҳасида оғриқ билан кечувчи касалликларни 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1). потенциал оғриқ келтириб чиқарувчи (ўсмалар, жумладан, метастазлар, юкумли касалликлар, синишлар, «от думи» синдроми, анкилозловчи спондилоартрит) касалликлар;
- 2). сурункали қайталанишга мойил оғриқ билан кечувчи, шу жумладан, орқа мия илдизчалари ва куймич нерви (n.ishiadicus) касалликлари;
- 3). бел соҳасидаги ноаниқ сабабли оғриқлар: бел соҳасида оғриқ бўлса ҳам, беморларда орқа мия илдизчалари шикастланиши ёки бошқа оғир касалликларда учрайдиган белгилар кузатилмайди.

Бел соҳасидаги оғриқ давомийлиги қараб 3 гуруҳга бўлинади:

- 1). ўткир (6 ҳафтадан кам);
- 2). ним ўткир (6 ҳафтадан 12 ҳафтагача);
- 3). сурункали (12 ҳафтадан ортик).

Шунингдек, улар келиб чиқиши бўйича бирламчи, яъни шу соҳадаги нерв тўқималари ва тузилмалари ялиғланиши туфайли ва иккиламчи ёки бошқа бир касалликнинг клиник белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Иккиламчи белдаги оғриқлар умуртқа погонасининг турли касалликларида кузатилади. Уларга умуртқаларо дисклар чурраси, остеохондроз, деформацияланган спондилез, спинал эпидурал абсцесс, остеопороз, остеомаляция, анкилозловчи спондилоартрит ва бошқалар қиради. Қуйида белдаги оғриқларга сабаб бўлувчи ва УАВ фаолиятида кўп учровчи касалликларга тўхталиб ўтамиз.

Умуртқаларо диск чурраси

Умуртқаларо дискнинг 2 та функцияси мавжуд: эгиловчанлик ҳамда амортизация. Дискдаги ўзгаришлар умуртқа каналига унинг фиброз ҳалка қисми ва пульпоз ядро бўртиб чиқиши билан боғлиқ. Умуртқа олдинги бўйлама бойлами орқа бойламга қараган анча йирик ва мустаҳкамдир. Шунинг учун бўртиб чиқиш кўпроқ орқа ёки орқа ён йўналишда юз беради. Баъзан чурра қисмлари орқа бўйлама мускулни ёриб ўтиб умуртқа каналига бўртиб чиқади.

Диск чурраси ҳосил бўлишида турли омиллар сабаб бўлади. Жумладан, кўп ҳолларда умуртқа букилиши ва ёзилиши туфайли дискнинг доимий микротравмасы сабаб бўлса, камроқ ҳолларда белнинг оғир жароҳати ҳам келтириб чиқариши мумкин. Юқоридагилардан ташқари, дискнинг ёшга боғлиқ дегенератив ўзгаришлари, фиброз ҳалқанинг калинлашиши ва пульпоз ядрони буришишлари ҳам чурра ҳосил бўлишига олиб келади. Кўпроқ чурра бел нисбатан камроқ бўйин ва қўкрак соҳада ҳамда асосан 30-50 ёшли эркакларда ва умуртқани доимий букилиши ва ёзилиши билан боғлиқ касбда ишловчилар орасида учрайди.

Жойлашиши. L_5-S_4 ва L_4-L_5 соҳаларда кўпроқ, аммо юқори бел дисклари оғир жароҳатида $L3-L_4$ да ҳам кузатилиши мумкин. Анатомик тузилишидан келиб чиққан ҳолда диск чурраси одатда ўзидан пастда жойлашган илдизчаларни эзади.

Клиникаси. Касаллик одатда бел соҳасидаги симилловчи оғрик билан бошланади ва кучайиб борувчи характерга эга бўлади. Камроқ ҳолларда ўткир ва интенсив бошланиши мумкин. Оғрикнинг сабаби орқа бўйлама боғламнинг чўзилиши ҳисобланади. Оғрик ҳаракатда, мушак зўриқишида, оғир юк кўтарганда, йўтал ва аксирганда кучаяди. Бир оз вақт ўтиб, оғрик думбага ва сонни ташқи ён юзаси ёки орқа қисми бўйлаб (иппалгия) тарқалади. Оёқ панжасида увишиш ва санчиш аниқланади ва лассег симптоми мусбат бўлади. Мушак ҳолсизлиги ва терида сезувчанлик пасайиши мумкин. Баъзан умуртқа канали торайиб, ўрта чурра ривожланади ва оқибатда от думининг эзилиши туфайли чаноқ аъзолари фаолияти бузилиб, пастки парапарез ривожланади. Баъзан вақти-вақти билан оксоқлик синдроми – от думини ўтувчи босилиши натижасида оёқларда мушаклар қувватсизлиги келиб чиқади. Бу синдром патогенезида нерв толалари ишемияси ётади.

Диск чурраси жойлашиши ва паталогик жараёнга жалб бўлган бел илдизи турига қараб беморда клиник белгилар ривожланади ва у I-жадвалда келтирилган.

I-жадвал

Паталогик жараён жойлашиши ва клиник белгилар

Диск	Илдиз	Оғрик ва парестезия соҳаси	Гипестезия соҳаси	Парез	Рефлекс йўқолиши
L_3-L_4	L_4	Соннинг олдинги ва болдир орқа юзаси	Соннинг олдинги ички ва болдир ҳамда панжанинг ички юзаси	Соннинг тўрт бошли му-скули	Тизза рефлекси

L ₄ -L ₅	L ₅	Оғрикни соннинг ташки юзаси бўйлаб ва болдир орқа юзасидан панжани бош бармоғигача узатилиши	Одатда панжанинг бош бармоғи ва болдир ташки юзаси	Бош бармоқни ёзувчи мушгаги, кам ҳолларда панжани орқага букувчи мушаклар	Рефлекслар сақланган
L ₅ -S ₁	S ₁	Оғрикни соннинг орқа ва болдир орқа ташки юзаси бўйлаб панжа ҳамда охириги бармоққа узатилиши	Болдирнинг ташки юзаси, ташки кирра ва панжанинг охириги бармоғи, камроқ сон орқа юзаси	Болдир (m. soleus) мушаклари баъзан – панжа, пронаторлари	Ахиллов рефлекси

Таххислаш

- миелография - дискни бўртиб чиқиш даражаси ва жойлашишини аниқлаш мақсадида жарроҳлик амалиётидан олдин;
- қонда кальций, фосфор, глюкоза, фаол ишқор кўрсаткичларини аниқлаш (мақсад метаболик спондилопатияни инкор этиш);
- умуртка тўқимаси ўзгаришлари ва нерв тузилмалари мутаносиблигини аниқлаш мақсадида КТ ва МРТ;
- кўрсатмалар бўлганда, мутахассис врач билан ҳамкорликда орқа мия пункцияси ва унинг суяқлигини текшириш.

Даволаш

Консерватив - енгил ҳолатларда:

- оғрик чакирувчи ҳолатлар ва тўсатдан эгилишлардан сақланиш;
- оғрик тўхтагунча ётоқ режими;
- бел соҳасига физиотерапевтик ва бальнеологик муолажалар;
- аналгетиклар, жумладан, НЯҚА;
- корсет;
- қорин пресси ва тананинг орқа қисми мушакларини мустаҳкамловчи машқлар;

Оғир ҳолатларда:

- қатъи ётоқ режими;
- қаттик ва текис ўринда ётиш;
- аналгетиклар, миорелаксантлар (мидокалм сердалут) ва НЯҚВ (вольтарен, нимесил, диклоберл ва бошқалар);

- оғрик камайгандан сўнг, босқичма-босқич ҳаракатни кучайтириш;
- тортиш, яъни умуртқа иммобилизацияси.

Жарроҳлик амалиёти

Кўрсатмалар:

- консерватив давонинг самарасизлиги;
- илдизчалар эзилганда, айникса, касаллик ҳаракат бузилишлари, яъни парез билан асоратланган (кўпроқ сонни тўрт бошли ва панжани ёзувчи мушаклари) да;
- ўрта диск чурраси от думини эзса ва пастки парапарез, тос аъзолари фаолияти бузилиши ва оёқда сезувчанлик пасайганда, тезкор жарроҳлик амалиёти ўтказилади;
- хемонуклеозис усули - зарарланган дискка химопапаин киритиш.

Лекин диск майдаланганда, унинг қисмлари тушиб кетганда ёки остеофитлар билан илдизча эзилганда бу усул кам самара беради. Шунингдек,, анафилактик шок, пастки параплегия, орқа мияга қон куйилиш, кўндаланг миелопатия каби асоратлар келиб чиқиши мумкин.

Суякларнинг метаболик зарарланиши (остеопороз, гиперпаратиреоз, остеомалация)

Бел соҳасида оғрик орқа мия ёки унинг илдизчалари эзилиши натижасида юзага келиши мумкин.

Ташхислаш - қонда кальций, фосфор ва ишқорий фосфотаза фаоллигини аниқлаш.

Солиштирма ташхис - белда оғрик билан кечувчи бошқа метаболик касалликлар.

Даволаш - метаболик бузилишларни даволаш. Витамин D ва Ca препаратларини тавсия этиш.

Этиологик ва патогенетик даволаш имкони йўқ ҳолатларда (масалан: постклимактерик остеопороз) – симптоматик даволаш (аналгетиклар, бел корсетлари).

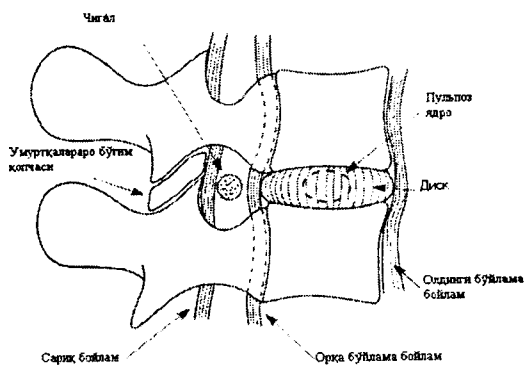
Анкилозловчи спондилоартрит

Умуртқанинг шикастланган соҳасидаги оғрик касалликнинг эрта белгиси ҳисобланади. Кўп ҳолларда оғрик кўймич нерви бўйлаб тарқалади. От думи эзилиши симптомлари кам кузатилса ҳам, кечки босқичларида, яъни (касалликнинг нофаол даврида) учраши мумкин. Касаллик мушаклар гипотрофияси, оёқларда оғрик ва сезувчанлик пасайиши, тос органлари фаолияти бузилиши билан кечиши мумкин.

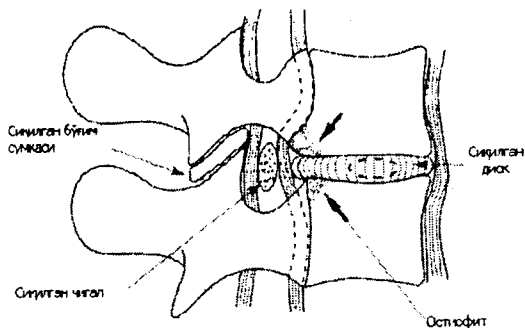
Остеохондроз

Йиллар ўтиши билан умуртқа поғонаси дискларида пульпоз ядрони сувсизланиши ва бужмайиши ҳамда фиброз ҳалқа кальцификацияси кузатилади. Умуртқа дисклари юзасида остеофитлар пайдо бўлади. Умуртқаларо тиркиш торайиб бориши оқибатида уларнинг бўғимларида дисklarнинг ярим чиқишлари ва умуртқаларо ёрик торайиши кузатилади.

Умуртқа ва умуртқаларо дискнинг тасвири



Умуртқаларда дегенератив ўзгаришлар



Остеохондрозда клиник белгилар умуртқаларо диск чуррасидаги каби бўлиб ҳам бирмунча секинроқ намоён бўлади. От думи (*cauda equine*) ни бо силиб қолиши оёқларда кучсиз парализ, сезгирлик йўқолиши ва кичик чанок аъзолари фаолияти бузилишига олиб келади. Орқа мияни кучли бо силиши (компрессияси) парезлар, кучли оғрик синдромларини келтириб чиқаради ва бу ҳолат жарроҳлик амалиёти ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Илдииз эзилиб қолган ҳолларда умуртқаларо ёрикни жарроҳлик усули билан кенгайтириш лозим бўлади.

Спондилолиз

Спондилолиз умуртқа равоқлари соҳасида ёрик ёки тиркиш ҳосил бўлишидир. Ёрик умуртқа бўйинчаси, умурткалараро равоқ соҳасида бўлади. Касаллик сабаби туғма, орттирилган ва аралаш бўлиши мумкин. Юрганда, ҳаракатда оғрик, бел лордозини кучайиши кузатилади. V-бел умурткасини ўткир ўсиғи перкуссиясида оғрик аниқланади.

Даволаш: Корсет тақиш, гимнастика. Юкоридаги белгилар бартароф этилгач, умурткани суяк-пластик фиксацияси билан боғлиқ жарроҳлик амалиёти ўтказиш керак бўлади.

Спондилолистез

Умуртқа танасини унинг юкори қисмига нисбатан силжиб кетишига спондилолистез деб аталади. Кўпинча V-бел I-думғазага умуртқасига нисбатан силжийди. Туғма спондилолистез умуртқа равоқларини суяккланиш ядролари бўлмаслиги оқибатида, орттирилгани эса умуртқа равоқларини бўғимлар оралиғи соҳасида шаклланган микротравмасы таъсирида пайдо бўлади. Беморларда қуйидагилар кузатилади:

- оғрик бел, думғаза соҳасида бўлиб, асосан ўтирганда, юрганда, босганда кучаяди;
- мушак таранглашуви ҳисобига бел лордозининг кучайиши кузатилади;
- думғазани горизонтал жойлашуви аниқланади;
- аввал кўкрак қафаси, кейин қоринни олдинга чиқиши кузатилади;
- бел соҳасида ҳаракат чекланади, олдинга эгилганда оғрик пайдо бўлади;
- оёқлар сон-чаноқ ва тизза бўғими бир оз букилган, бемор битта чизик бўйлаб («дорбоз» юриш белгиси) ҳаракат қилади.

Умуртқа поғонаси рентгенографияси ва МРТ ёрдамида унинг силжиш даражаси ҳамда этиологик омил аниқланади.

Даволаш: корсет, массаж, новокаинли блокада, шишасимон тана ва анальгин мушак фалига В-гуруҳ витаминлар тери орасига, парафин аппликацияси, новокаинли электрофорез.

Бел соҳасидаги оғриқлар қуйидаги тузилмалар жароҳатланиши оқибатида ҳам юзага келиши мумкин.

1. Бел чигалининг зарарланиши. Бу чигални ҳосил қилишда қатнашувчи соннинг ташки тери нерви n.cutaneus femoris lateralis жароҳатланганда, ушбу соҳада тери сезгиси йўқолади. Сон нерви n.femoralis зараланганда, болдирни ёзувчи мушаклари m.m.quadriceps femoris et sartoriusнинг парези ёки фалажи кузатилади. Бемор букилган болдирни ёза олмайди ва тизза рефлексини йўқолади. Бу нервнинг сезги толалари n.cutaneus femoris anterior ва n.saphenusлар зарарланиши натижасида сон терисининг олдинги қисмида ҳамда болдирнинг медиал томони тери соҳасида сезги аниқланмайди. Ёпкич нерви n.obturatorius

зарарланганда, сонни ички томонга тортувчи мушаклар *m.m.adductores magnus et longus, m.m.gracilis* қисман фалажланади, сон ички томонини пастки қисмида тери сезгиси йўқолади.

2. Думгаза чигалини зараланиши. Думгаза чигалидан чикувчи қуймиш нерви (*n.ischiadicus*) энг кўп зарарланади. Бунда сонни ташқи томонга айлантурувчи ва (*m.quadratus femoris*) болдирни букувчи (*m.m.semitendinosus, semimembranosus, biceps femoris*) ҳамда катта ва кичик болдир нервлари билан иннервацияланувчи мушаклар қувватсизланади. Натижада сонни ташқи томонга айлантуриш, болдирни букиш, оёқ панжасини ҳаракатга келтириш қийинлашади, шуниингдек, ахилл рефлекси йўқолади. Оёқнинг орқа томонида қаттиқ оғриқ пайдо бўлади, Лассег симптоми мусбатлиги юзага келади, болдир ва оёқ панжаси терисида сезги йўқолади.

Кичик болдир нерви, яъни (*n.peroneus*) зарарланганда, оёқ панжаси ва бармоқларни юқорига букувчи мушаклар *m.m. peronei longus et brevis, m.m.extensores digitorum longus et brevis, m.m.extensores hallucis longus et brevis* ва *m.tibialis* қувватсизланади. Натижада бемор оёқ панжасини юқорига бука олмайди ва панжа ички томонга озгина букилган ҳолатда осилиб қолади. Болдир ва оёқ панжаси ташқи юзасида кўпроқ оғриқ ва ҳарорат сезгиси камаяди.

Катта болдир нерви (*n.tibialis*) зарарланганда, оёқ панжасини букувчи мускуллар *m.m.triceps surae, popliteus, plantaris, flexor digitorum comminis et longus, m.m.tibialis posticus et flexor hallucis longus* фалажланади. Бемор оёқ бармоқларини пастга бука олмайди, улар ташқи томонга ва юқорига бир оз тортилган ҳолатда бўлади, ахиллов рефлекси йўқолади, болдир орқасида оёқ панжаси ва бармоқлари остида ҳамда уларнинг медиал юзасида оғриқ сезгиси йўқолади. Нервлар ва унинг чигаллари зарарланганда беморларни невропатологлар ва УАВ ҚВП ҳамда ОП шароитида олиб борадилар.

Радикулит - орқа мия илдизларини яллиғланиши билан кечувчи касаллик бўлиб, клиник жиҳатдан сезги бузилиши (оғриқ, парестезия, анестезия, гиперестезия), пай рефлексларини ўзгариши (аввал ошиши, кейин камайиши), алоҳида мушак гуруҳлари парези, вегетатив бузилишлар (цианоз, гипергидроз, гиперкератоз, тери гипотермияси) билан кечади. Бирламчи радикулит - орқа мия илдизларини яллиғланиши (асосан нейровирус таъсирида унинг турли даражада шикастланиши) билан кечувчи касаллик ҳисобланади. Иккиламчи радикулит - асосан умуртқа поғонасини дегенератив ва дистрофик ўзгаришлари оқибатида (деформацияловчи спондилёз, умуртқалараро диск чурраси, умуртқа остеохондрози, спондилоартроз ва бошқалар) кузатилади. Булардан ташқари, экзоген (алкоголь) ва эндоген (подагра, ҚД, гломерулонефрит, турли интоксикациялар), орқа мия ҳамда унинг пардалари касалликларида (спинал пахименингит ва арахноидит, орқа мия сўхтаси) юзага келади. Радикулит кўпроқ бел-думгаза соҳасида (L4-L5, S1) учрайди. Асосий клиник белгиси зарарланган соҳадаги оғриқ бўлиб, ўтиргич нерви йўналиши бўйича бел-думгаза, думба, сон, болдир, товонга тарқалади. Танани озгина

харакалантирганда, йўталганда, аксирганда оғриқ кучаяди. Чуқур пальпацияда стандарт нукталарда оғриқ кузатилади.

Куйидаги оғриқ нукталари фаркланади: пастки бел умуртқаси дискларини олдинги юзасида - Гарнинг олдинги нуктаси (киндик пастида қорин ўрта чизиғига яқин); L4-L5 умуртқалари ва думғаза ўсиқлари боғламлари, умуртқалараро бўғимдаги нукталар, умуртқа орқа ўсиқ бойламларидан 2-3 см. латералроқда жойлашган оралик нукталари.

Куйида келтирилган нерв - тортилиш ва мушак-тоник симптомлар мусбат бўлади:

- *Бехтерев синптоми* - соғ оёқни сон-чанок бўғимида букканда, касал оёқда оғриқ бўлиши;

- *Дежерин синптоми* - аксириш, йўтал, эмоционал ва жисмоний зўриқишда бел яллиғланган соҳасида оғриқ кузатилиши.

Шунингдек,, бу касалликларда беморларни тери сезгирлиги илдизча типиде бузилиб, сон, болдир, товон, бармоқларни ташки юзасида оғриқ ва ҳарорат сезги гиперестезияси, безовта қилади.

Касаллик бошланишида тизза рефлекслари нормал ёки кучайган, ахилл рефлекси пасайган бўлади ва кейинчалик йўқолади. Думба, сон, болдир мушаклари тонуси пасайиши кузатилади. Утиргич нерви (N.ishiadicus) вегетатив толалари шикасти ҳисобига шу соҳани пальпациясида ҳароратни тушиши - Эрбек синптоми дейилади. Бел-думғаза радикулити кўзиш ва ремиссия даврлари билан алмашилиб, кўзиш экзоген омиллар-совуқ котиш, оғир юк кўтариш таъсирида бўлиши мумкин.

Даволаш: 10-20 мл 0,5%ли новокаин эртмасига аналгин, гидрокортизон, витамин В₁₂ кўшиб, бел соҳасига периневрал блокада (даво курсига 4-6 марта) ўткир оғриқни колдиради. Режали даволашга НДҚВ (нимесил, мелбек, этодин, бутадиион, диклоберл, индометацин), В-гурух витаминлари, зифорт, кальций глюконат, биоген стимуляторлар (алоэнинг суяк экстракти, фибс, шишасимон тана), шунингдек,, антихолинэстераза самарасига эга воситалар (прозерин) буюрилади.

Радикулог ангионит

Бирламчи радикулогангионитни филтрланувчи нейротроп вирус кўзғатади. Иккиламчи радикулогангионит - юкумли касалликлар (цереброспинал менингит, зотилжам, энцефалит, малярия), аутоинтоксикация (хомиладорлик токсикози, подагра, ҚД), интоксикация (маргимуш, кўрғошин, морфин, эрготин) ва бошқалар таъсирида келиб чиқади.

Касаллик ўткир, тўсатдан интенсив илдизли оғриқлар билан бошланади. Белбоғли оғриқ билан бирга холсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, 2-3 кун ўтгач терида кизариш ва тошмалар пайдо бўлади. Улар пуфакчаларга айланади, ичидаги суяклик йирингли тусга киради ва қуриб, ўрнида гиперпигментация соҳалари вужудга келади. Тошма тошган соҳада

олдин гиперэстезия, сўнг гипестезия ривожланади. Даволашда гамма-глобулин, ремантадин, оғрик қолдирувчи ва антигистамин воситалар, антивирус дорилар (зовиракс, интерферон) буюрилади. Тошмалар соҳасига ультрабинафша нур ёки 1% бриллиант кўки билан ишлов берилади. Шунингдек, ГКС сакловчи суртмалар, яралар пайдо бўлганда, антибиотиклар қўллаш мумкин.

Плекситлар

Плекситлар - орқа мия нервлари чигалларини яллиғланиш касаллигидир. Улар кўпинча бир томонлама бўлиб, сезги, ҳаракат, трофик бузилишлар билан кечади ва инфекция, интоксикация, травма, компрессион - ишемик процесс натижасида юзага келади. Невралгияда айнан чигалларнинг сезги толалари жараёнга жалб қилинганлиги сабабли оғриқлар юзага келади. Кейинчалик ҳаракат бузилиш босқичи бошланиб, бунда нерв устунлари фаолияти пасайиши (рефлекслар пасайиши, парезлар, мушаклар атрофияси, сезги бузилиши), трофик бузилишлар (шиш, тер ажралишининг бузилиши, гипертрихоз, тирнокларнинг ногўғри ўсиши, вазомотор ўзгаришлар) юзага келади.

Белдаги чигаллар (p.psoasнинг олдинги юзаси) чуқурроқ жойлашган бўлиб, уларнинг зарарланиши чаноқ веналари тромбофлебити, қоринорти ва кичик чаноқ ўсмаларида бўлиши мумкин. Уларнинг зарарланиши думба, сон, болдирнинг ички юзасидаги оғрик билан характерланади. Тизза рефлексининг йўқолиши, думба ва сон олди гуруҳи мушаклари атрофияси кузатилади.

Ташхис оғрик жойлашиш соҳаси, ҳаракат бузилиши, электронейрофизиологик (электромиографик, электронейрографик) ва рентгенологик текширувларга асосланилади. Радикулоангиоитга шубҳа бўлганда, УАВ беморларни зудлик билан мутахассисга юбориши лозим.

Полиневрит

Ушбу касаллик кўп сонли нервларнинг биргаликда яллиғланиши бўлиб, улар иннервация қилувчи соҳаларда сезги, ҳаракат, вегетатив бузилишлар билан кечади. Бирламчи инфекцион полиневрит - асаб тизимининг вирусли касаллиги ҳисобланиб, яллиғланиш периферик нерв устунларида жойлашади. Жараён чегараланган бўлганда, орқа мия, бош мия нервлари, уларнинг илдизлари, мия устунда кузатилади. Унга мия пардалари ҳам кўшилса, менингоэнцефаломие лополирадикулоневрит дейилади.

Касаллик умумий ҳолсизлик, тана ҳароратини кўтарилиши, парестезия билан бошланади. Паталогик жараён билан марказий нерв тизими (бош ва орқа мия) ва унинг пардалари қамраб олинганлиги сабабли пара-ёки тетрапарезлар, пара-ёки тетранестезиялар, краниал нервларнинг

шикастланиш симптомлари, чанок аъзолари фаолиятини бузилиши, менингиал белгилар кузатилади. Орқа мия суюқлигида баъзан енгил даражада оксил ошиши аниқланади.

Эндоген полинейропатия

Эндоген нейропатиялар ҚД, сурункали буйрак ва жигар етишмовчилиги натижасида кузатилиши мумкин. Улар аста-секин, ривожланади ва вегетатив (оёқ-қўлларда оқариш, совқотиш белгилари) ҳамда сезги бузилишлари кузатилади. Аввал юзаки (оғриқ, ҳарорат ва қисман тактил) ўзгаришлар; оғир ҳолларда эса чуқур сезги (мушак, пай, бўғим сезгиси) бузилишлари аниқланади.

Экзоген полинейропатия

Асосан алкоголизм натижасида кузатилади. Беморларда эндотоксемик полинейропатияга ўхшаш белгилар кузатилади. Илк белгиси вабодаги каби ич кетиш ва тери қуриши бўлиши мумкин.

Гийен-Барре ўткир полирадикулоневрити

Касаллик қуйидаги клиник кўринишга эга:

- оёқ-қўлларда парезлар;
- пай рефлексларининг пасайиши;
- парестезиялар;
- енгил даражада ривожланган сезги бузилиши;
- беморларда орқа мия суюқлиги босими ошган бўлиб, лаборатория текширувида оксил-хужайра диссоциацияси аниқланади.

Илмий манбаларда касаллик турли хил инфекциялар билан боғлиқ бўлиши мумкин, деган тахминлар бўлса ҳам, мавжуд 1955 йилги экспериментал аллергияк текширувлар натижасида уни асосан аутоиммун характерга эга эканлиги аниқланди.

Клиникаси: ўткир, ним ўткир, сурункали кўринишлари фарқланади. Касалликнинг ўткир кўриниши бир неча кун, ним ўткири эса бир неча ҳафта давом этади.

Кўпчилик беморларда гийен-барре ўткир полирадикулоневрити грипп, юкори нафас йўллари катарини, ангина, меъда-ичак тизими зарарланиши каби клиник белгилар билан бошланади. Вужудга келган астения жараёнида полиневрит юзага келади. Баъзи беморларда диафрагма нерви патологик жараёнга қўшилиши сабабли хикичок ва нафас етишмовчилиги кузатилади. Оёқ ва қўл мушаклари қувватсизлигининг диффуз ва симметрик шакллари шунингдек, парестезия, гиперестезия, гипоальгезия «пайпок ва қўлқоп»

кўринишида вужудга келади. Лассег симптоми узоқ вақт мусбат бўлиб қолади. Клиник белгиларни ривожига қараб касалликни энгил, ўрта оғир ва оғир даражалари фаркланади. Оғир ҳолларда оёқ-қўлларда кўпол парез ва фалажликлар юзага келиб, улар нафас бузилишига олиб келади.

Касаллик таъхиси:

• парез пайдо бўлишидан 1-3 ҳафта олдин юқумли касаллик (кўпрок респиратор) билан оғригани;

- кўпрок ёшларда;
- фалажлик вақтида тана ҳароратининг меъёрида бўлиши;
- фалажликка парестезия кўшилиши;
- мушак кучининг пасайиши, оғриқ ҳиссиётлари;
- орқа мия суюқлигида ҳужайра - оксил номутаносиблиги.

Даволаш: ГКС, антибиотиклар, десенсибилизация самарасига эга препаратлар, антихолинэстераз воситалар, биостимуляторлар.

Спинал эпидурал абсцесс

Эпидурал соҳанинг йирингли яллиғланиши кўп ҳолларда умуртқа остеомиелити билан асоратланади. Инфекция узоқдаги аъзоларга қон билан, яқиндагиларига эса тўғридан-тўғри ўтади. Касаллик кам учрайди ва орқада кучли оғриқ билан кечади. Беморда орқа мианинг эзилиши белгилари кузатилади. Касалликни аниқлаш учун миелография, КТ ва МРТ усуллардан фойдаланилади.

Даволаш: жаррохлик амалиёти йўли билан абсцессни олиб ташлаш ва антибиотикотерапия (4-6 ҳафта одатда венага, мушак орасига ва люмбал пункция орқали орқа мия субарахноидал бўшлиғига) ўтказилади.

Миозит

Миозит-мушак яллиғланиши билан кечувчи касаллик. У ҳеч қачон ўткир бошланмайди ва шу сабабли кўпинча беморлар шифокорга мурожаат қилишмайдилар. Миалгия кучсиз ҳолсизлик, ўювчи оғриқлар билан намоён бўлади ва бемор оддий ҳаракатларни қийинчилик билан амалга оширади. Миалгия босқичида, бемор мушакларида нотекис консистенция, маълум соҳаларда, пальпацияда сезиларли зичлашув ва оғриқ бўлади. Неврологик статусда анизорефлексия, яъни шикастланган соҳада рефлекслар кучайиши кузатилади. Бу даврда электромиографик текширувлар характерли ўзгаришларни юзага келтирмайди.

Қуйидаги ҳолатларга алоҳида эътибор берилади:

- алоҳида мушак ва мушак гуруҳларида оғриқ бўлиши;
- шикастланган мушакда кучли таранглашув оқибатида оғриқ;
- мушак консистенцияси ўзгариши;
- мушак кучининг пасайиши.

Касалликни илк белгиларини аниқлаш учун оғриқ бор соҳа синчковлик билан пайпаслаб кўрилади. Бунда оғриқни диффуз ёки маҳаллий характерда эканлиги ҳамда жараёнга бир ёки бир нечта мушак тортилганлигини аниқлаш имкони бўлади. Унинг фаол даврида беморга тинчлик, яллиғланиш белгилари камайиб бориши билан жисмоний машқлар тавсия этилади.

«Белдаги оғриқлар» мавжуд беморларга лозим бўлган клиник текширувлар

1. Анамнез

Тўлиқ ва чуқур йиғилган касаллик анамнези ташхис қўйиш учун асос ҳисобланади. Оғриқни бошланиш сабаблари, жойлашиши, ҳаракат жараёнида кучайиши ёки ўзгармаслиги, куннинг қайси вақтида безовта қилишига алоҳида эътибор бериш керак. Қандай дорилар оғриқни камайтиради ёки йўқотади? Тананинг тинч даврида, дам олганда оғриқлар камайдими ёки йўқоладими? Нималар оғриқни кучайтиради? Тонг отган даврда, куннинг бошқа соатларига қараганда оғриқ кучлими ёки кучсиз? Ётган вақтда, маълум бир тана ҳолатида оғриқ камайдими? Ҳаракатда оғриқ бирдан кучаядими ёки ўткир қайталанувчи оғриқларга оляб келмайдими? Шунингдек,:

- оғриқни пайдо булиши, характери, кучи, оёқларга тарқалиши, иш фаолияти бузилиш даражаси аниқланади;

- суяк-мушак касалликлари, ҚД, оёқ кон-томир атеросклерози, сийдик-таносил касалликлари, жарроҳлик муолажалар ўтказганлиги сўралади;

- касбий фаолияти ва дам олиши тўғрисидаги маълумотлар йиғилади.

2. Физикал текширув

а) умуртқа поғонасини кўздан (оғриқ туфайли бел лордоз ва сколиози силлиқлашади) кечириш;

б) умуртқа поғонаси ва қуймиш нерви бўйлаб пайпаслаш (бир томонлама думба ва сон бўйлаб) оғриқни асосан қуймиш нервини ҳосил килувчи орқа мия илдизчаларининг бармоқлар билан эзилишида мавжудлиги аниқланади;

в) бел умуртқалари ҳаракатчанлигини аниқлаш. Унинг учун қуйидаги синамалардан фойдаланилади:

- Шобер синамаси ва уни ўтказиш тартиби - бемор тик турган ҳолатда оёқ товонлари оралиғини 15 см.га очади, умуртқа поғонасига 3 та белги қўйилади. 1-чи белги ўрта чизик бўйлаб юқори орқа ёнбош оралиғидаги чизик ўртасида, 2-чи белги 1-чи белгидан 10 см юқорида, 3-белги 1-чи белгидан 5см пастда (2-3 чи белгилар оралиғи 15 см), бемор тиззаларини букмаган ҳолатда олдинга энгашади, бу ҳолатда меъёрда 2-3 чи белгилар оралиғи 6-7 см га чўзилиши керак;

- иккала томонга энгашанишни баҳолаш, бемор тик турганда кўлининг бармоқ учлари етган жойга-сонга белги қўйилади, сўнг беморга ён томонга максимал эгилиш сўралади (орқа ва олдга оғмасдан) ва 2 - белги қўйилади

ва иккала томондаги энгашиш баҳоланади. Меъёрда 1 ва 2-белги ораси 20 см га тенг. Чап ва ўнг томондаги ҳар хил масофа бел соҳасидаги оғрик учун характерли;

- бел илдизлари эзилиши мавжуд бўлган беморларда, шунингдек, бел қисмидаги умуртқа канали стенозида умуртқани орқага қийшайганлиги кузатилади;

- узоқ давом этувчи оғриқларда қорин, орқа ва оёқ мушаклари кучини баҳолаш лозим бўлади;

г) радикулитлар учун тортилиш симптоми характерли ҳисобланади ва уларга қуйидагилар киради:

- Лассег симптоми - (тиззани букмасдан оёқни кўтариш) радикулит ва қуймиш нерви радикулоневрит мавжудлигини тасдиқловчи сезгир синама ҳисобланади. Бунда беморни чалқанча ётқизиб, тиззани букмасдан оёғи юқорига кўтарилади, n.ishiadicus шикастланганда оёқ 20°-30° кўтарилмасданок соннинг орқа юзасида кучли оғрик пайдо бўлади;

- Бехтерев симптоми - соғлом оёқни юқорига кўтарганда, қуймиш нерви зарарланган томондаги оёқда оғрик кузатилади;

- Нери симптоми – чалқанча ётган беморнинг боши олдинги томонга букилганда, орқа мия илдизлари яллиғланган соҳада қаттиқ оғрик юзага келади;

- Вассерман симптоми – қорни билан ётган бемор оёғини тиззасида букиб юқорига кўтарилганда, сон нерви (n.femoralis) соҳасида, яъни соннинг олдинги қисмида оғрик кузатилади;

- ўтириш симптоми – ётган бемор оёқларини тиззада букмасдан кроватда узатган ҳолда ўтириш буюрилади, соғлом кишида бу жараёнда оғрик кузатилмайди. Бел радикулитида ва ишиорадикулитда бел ва оёқ соҳасида оғрик вужудга келади, натижада бемор ўтираётганида оёқларини тиззада букиб олади.

д) оёқ мушаклар кучи - оёқ катта бармоғини ёзувчи мушак кучини аниқлаш (L5), товонда(L5) ёки оёқ бармоқларида юриш (S1);

е) пай рефлекслари - тизза ёки пателлар ва ахиллов рефлекслари ҳолати белдаги радикуляр оғриқларни баҳолашда катта аҳамиятга эга. Агар рефлекслар бир ёки икки томонлама камайса ёки йўқолса, айнан улар ёйида муаммо мавжудлигини билдиради, яъни сон ва қуймиш нервлари марказий ўқларида невритик жараён шаклланганлигидан далолат беради.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Бел – думғаза радикулити инфекция этиология;
- ✓ Бел – думғаза остеохондрози иккиламчи радикуляр синдром билан;
- ✓ V2 – 1-2 диск чурраси кучли ривожланган илдизчаллик оғрик синдроми билан;
- ✓ Люмбалгия;

- ✓ Ишио – радикулит бел-думғаза соҳаси;
- ✓ Ўткир бел - думғаза радикулити миелопатия синдроми билан;
- ✓ Менингоррадикулоневрит ўткир босқичи инфекцион - аллергия этиологияли;
- ✓ Кичик болдир нерви неврити ўткир босқичида, травматик этиологияли;
- ✓ Радикулоганглионар herpes zoster клиник кўриниши билан, инфекцион (вирусли) этиологияли;
- ✓ Бирламчи инфекцион полиневрит дистал тетропарез синдроми билан;
- ✓ Эпидурал абсцесс бел - думғаза локализацияси сил этиологияли;
- ✓ Миозит пастки кўкрак ва бел локализацияли инфекцион этиологияли.

“Белдаги оғрик” симптоми нафақат неврологик касалликлар, балки қатор урологик ва гинекологик касалликларда ҳам кузатилади. Гинекологик касалликлар тўғрисидаги маълумот ушбу қўлланманинг «Қориндаги оғриклар» ва «Ҳомиладор аёлларни туғруққача ва ундан кейин кузатиш» мавзусига бағишланган маърузаларда баён этилган. Қуйида биз УАВ фаолиятида учровчи ва белдаги оғриклар билан кечувчи урологик касалликларга қисқача тўхталиб ўтамиз. Уларга сийдик тош касаллиги, буйрак ўсмалари, юқори сийдик йўллари инфекцияси, нефроптоз, гидронефроз, юқори сийдик йўллари туғма нуқсонлари, буйрак инфаркти ва бошқалар кирди.

Буйрак касалликлари билан боғлиқ бўлган оғрик одатда бел соҳасида сийдик пайлари зарарланганда – мос равишда унинг йўналиши бўйича, қовуқ зарарланганда эса – қов усти соҳасида кузатилади. Юқори сийдик йўллариининг баъзи касалликларида оғрикнинг пастга қараб узатилиши (қов усти, оралик соҳасида) ҳосдир. Буйрак тўқимасида оғрик рецепторлари бўлмаганлиги сабабли унинг фиброз капсуласи ва жоми деворларининг чўзилиши ва рецепторларнинг таъсирланиши оқибатида юзага келади. Буйракда кечаётган патологик жараён учун латерал қовурға-умуртқа бурчагида жойлашган доимий тўмтоқ симмилловчи оғрик ҳосдир. Кўп ҳолларда бу оғрик қовурға ёйи остига, киндик ва гипогастрал соҳага узатилади.

«Белдаги оғрик» симптоми сурункали пиелонефрит, кораллсимон тошлар, гидронефроз, буйрак ўсмалари, поликистози каби касалликларда сезилар-сезилмас бўлиши, баъзида эса умуман кузатилмаслиги мумкин. Кучли, ўткир ва тўсатдан юзага келган бел соҳасидаги оғриклар буйрак инфарктининг белгиси бўлиши мумкин. Бундай оғриклар бир неча соат ёки кунлар давомида кузатилади ва аста-секин интенсивлиги камайиб боради. Юқори сийдик йўлларида сийдик ўтишининг бузилиши ва бунинг натижасида қосақ-жомча тизимининг кенгайиши ҳамда буйрак паренхимасидаги шиш ҳисобига фиброз капсуланинг чўзилиши оқибатида кучли оғриклар ўткир асоратланган пиелонефритда ҳам кузатилиши мумкин. Оғриклар кучли бўлиш билан бир қаторда, баъзан доимий тус олади.

Буйрак ёғ тўқимасининг яллиғланиши – паранефрит нафақат тана ҳароратининг кўтарилиши ва қалтираш, балки бел соҳасидаги кучли

оғриқлар билан ҳам кечади. Ўта кучли ва кескин ривожланувчи ҳамда хурожсимон оғриқлар (буйрак санчиғи) сийдик тош касаллигига хосдир. Улар майда тошлар ёки конгломератларни юкори сийдик йўлларида ўткир обструкция чақирishi билан боғлиқ. Белдаги оғриқлар сабаби урологик касалликлар эканлигини аниқлашда тўғри йиғилган анамнез ва беморни мукамал объектив кўриқдан ўтказиш муҳим аҳамиятга эга.

УАВ беморни синчиклаб сўраб-суриштириб, касалликнинг бошланиш даврига, кечишига, клиник белгиларнинг пайдо бўлишига ва уни қайси касалликка хос эканлигига этибор бериши керак. Касаллик тарихини йиғишда шифокор бемор ота-оналарида АГ, онкологик, сурункали урологик касалликлар бўлганлигини, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва чекиш даражасини аниқлаши керак. Буйрак поликистози, сийдик тош касаллиги ва бошқа қатор урологик касалликлар наслдан-наслга ўтишини ёдда тутиш лозим.

Бемор оғриган томонга ёнбошлаб, оёғини тизза ва тос-сон бўғимларида букиб, танасига яқин келтириб мажбурий ҳолатда ётса, яллиғланиш жараёнининг буйрак атрофи соҳасида эканлигидан далолат беради. Беморнинг нотинчлиги, унинг оғриқни енгиллаштириш учун ўзига қулай ҳолат топа олмаслиги буйрак санчиғига хос аломатдир. Уни ўтиришдан вертикал ҳолатга ўтиши қийинчилик билан бўлиши остеохондроз борлигини тасдиқлайди. Терини ва шиллиқ қаватларнинг оқариб ёки бир оз сарғайиб кўриниши оғир буйрак касалликларининг белгиси ҳисобланади.

Қуйида УАВ фаолиятида кўп учрайдиган ва «белдаги оғриқ» симптоми кечадиган касалликларга тўхталиб ўтамыз.

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит

Ўткир пиелонефрит – буйрак паренхимаси ва косача-жомга тизими деворининг ўткир носпецифик инфекцион яллиғланишидир. Касаллик бир ёки иккала буйракни ҳам шикастлаши мумкин.

Ташхислаш. Ташхис беморнинг характерли шикоятлари: тана ҳароратининг 38,5–40°С даражагача кўтарилиши, баъзи ҳолларда қалтираш, бел соҳасидаги (бир ёки икки томонлама) доимий оғриқ, баъзан тез-тез сийиш асосида кўйилади. Пайпаслаганда, қовурга-умуртқа бурчаги соҳасида оғриқ аниқланади.

Лаборатория маълумотлари. Кон таҳлилида юкори даражадаги лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида унинг чўкмаси микроскопия қилинганда, кўриш майдонида 400дан ортик лейкоцитуря, 1 мл сийдикда 100.000дан ортик бактериурия аниқланади. Касаллик бошланишидан 2-3 кун ўтгач сийдикда донали цилиндрларни аниқлаш мумкин. Лейкоцитуря ва бактериурия аниқланган ҳолларда сийдикни стерил идишга олиб музлатгичга жойлаш (+4 – +6°С ҳароратда сийдикни 8 соатгача сақлаш мумкин) ва махсус термоконтейнерда бактериологик лабораторияга экиш учун жўнатиш зарур.

Асбобий текширувлар. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш учун беморни буйраклари, сийдик найлари ва қовуғини УТТ дан ўтказиш лозим. Юқоридаги ўзгаришлар аниқланган ҳолларда, беморни мутахассис-урологга жўнатиш керак. Шу ўринда, ўткир пиелонефритни баъзан аппендицит, ўпканинг пастки бўлаги зотилжами, ўткир панкреатит, аёллардаги айрим чаноқ аъзолари касалликлари буйрак ва унинг атроф тўқималар абсцессларидан фарқлаш керак. Ушбу касалликларнинг клиник белгилари тегишли маърузаларда батафсил ёритилган.

Даволаш ҚВП ва ОП шароитида ўтказилади ва триметоприм/сульфометоксазол (бисептол) ёки фторхинолонлар буюрилади. Захира дори сифатда амоксициллин/клавуланат ёки цефалоспоринлардан фойдаланилади.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш. Касаллик клиник белгиларининг (тана ҳароратининг пасайиши, оғриқнинг қолиши, умумий аҳволининг яхшиланиши) камайишига асосланган. Антибактериал дориларни қабул қилгандан сўнг 48 соат ўтгач, 1 мл сийдик таркибидаги (ёки кўриш майдонидаги) лейкоцитлар сони ҳисобланади. Агар шу муддатда улар сони бир неча мартаба камайса ва бактериурия йўқолса, даволаш самарали ҳисобланади.

Юқори ёки пастки сийдик йўлларида обструкция аниқланган ёки 48 соатдан сўнг консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда, маслаҳат олиш мақсадида беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур. Касаллик клиник белгиларининг батамом йўқолиши сийдик ва кон таҳлилининг турғун меъёрлашуви беморнинг соғайиш мезонлари ҳисобланади. Бактериурия ва лейкоцитурия борлигини аниқлаш мақсадида 3 ой муддатгача сийдикни қайта текшириб туриш зарур.

Ўткир пиелонефритни индивидуал профилактикасига болаларда сийдик йўллари нуқсонлари эҳтимоли борлиги ҳамда қовуқ-сийдик найи рефлюксининг кўп учраши сабабли уларни ўз вақтида ташхислаш (нуқсонлар ва рефлюкслар борлигига гумон бўлган ҳолларда тўлиқ урологик текширишлар ўтказиш) киради. Агар катталарда яширин бактериурия аниқланса, қуйидаги ҳолларда сийдик йўлларидаги инфекция бартараф этилиши шарт:

- ҳомиладор аёлларда ва ҚД бўлган беморларда;
- сийдик йўлларида жарроҳлик амалиёти ўтказиш мўлжалланганда;
- қовуқни узок муддат катетерлаш зарур бўлганда.

Антибиотик ва антисептиклар билан профилактик даволаш узок муддатли бўлиб, тўлиқ санацияга эришилганга қадар давом эттирилиши лозим.

Оила даражасида профилактика. Оилада аёллар, айниқса, қиз болалар, шахсий гигиенаси (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ҳақида тушунтириш ишлари олиб бориш (симптомларсиз

кечувчи бактериурия кўп ҳолларда гигиеник муолажаларни нотўғри ёки нотўлиқ бажарётган шахсларда кузатилади) ва жинсий ҳаёт гигиенасига риоя қилиш зарур.

Жамият даражасида профилактика. Соғлом ҳаёт тарзини, шахсий ва жинсий ҳаёт гигиенаси талабларига риоя қилишни, жинсий йўл орқали ўтувчи касалликлар профилактикасини ташвиқот қилиш. Хавфли гуруҳларни (буйраклар ва сийдик йўллари туғма нуқсонлари, яшириш бактериурияси бўлган шахслар ва бошқалар) эрта аниқлаш.

Ўткир асоратланган пиелонефрит

Ўткир асоратланган пиелонефрит – буйрак паренхимаси ва косача-жом тизими деворининг ўткир носпецифик инфекциян яллиғланиш касаллиги бўлиб, у инфекциянинг ривожланиши ва ёки даволашнинг муваффақиятсиз бўлиши хавфини оширувчи ҳолатлар (сийдик йўлларидаги структур ёки функционал нуқсонлар ёки мавжуд бошқа ёндош касалликлар) билан асосияланади. Касаллик бир ёки иккала буйракни ҳам шикастлаши мумкин.

Ташхислаш. Ташхис беморнинг характерли шикастлари: тана ҳароратининг 38,5–40°C даражагача кўтарилиши, баъзи ҳолларда қалтираш, бел соҳасидаги (бир ёки икки томонлама) доимий оғрик, баъзан тез-тез сийиш каби белгиларга асосланиб қўйилади. Пайпаслаганда, қовурғамуртка бурчаги соҳасида оғрик аниқланади.

Лаборатория маълумотлари. Қон таҳлилида юқори даражадаги лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида чўкма, кўриш майдонида 400дан ортик лейкоцитурия, 1 мл сийдикда 100.000дан ортик бактериурия аниқланади. Касаллик бошланишидан 2–3 кун ўтгач сийдикда донали цилиндрларни аниқлаш мумкин.

Асбобий текширувлар. Сийдик йўлларида обструкция, тошлар, ўсмалар ва қолдиқ сийдик мавжудлигини аниқлаш мақсадида буйраклар, сийдик пайлари ва қовукни УТТ ўтказиш.

Тактика. Юқори ёки пастки сийдик йўлларида обструкция аниқланган ҳолларда беморни уролог маслаҳатига юбориш лозим.

Бемор мурожаат қилган вақтда, интоксикация ҳисобига аҳволи оғир бўлса, зудлик билан симптоматик даво чоралари (юракни қувватловчи дорилар, суюқликларни томчилаб қуйиш ва бошқалар) ўтказилиши зарур.

Ўткир асоратланган пиелонефритга чалинган беморлар реабилитацияси ва уларни ҚВП ҳамда ОП шароитида кузатиш. Ўткир асоратланган пиелонефритга чалинган беморларни клиник тузалганидан сўнг мутахассис-уролог тавсиясига биноан, антибактериал дориларни бактериологик экманинг натижаларига асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигига мувофиқ равишда давом эттириш зарур.

Антибиотиклар ва антисептиклар билан профилактик даволаш мунтазам равишда сийдик таҳлили назорати остида узоқ муддат тўлиқ санацияга қадар

олиб борилади. Даволаш самарадорлигини сийдик таҳлилидаги динамик ўзгаришларга асосланган ҳолда баҳолаш зарур. Бунинг учун 1 мл сийдик таркибидаги лейкоцитлар сони ва унинг чўкмасидаги бактерияларни аниқлашни дастлабки 1 ойда ҳафтада 1, сўнгги 6 ойда 1 ойда 1, ундан кейин 2 йил давомида – ҳар 3 ойда 1 мартаба амалга ошириш зарур. Касалликнинг клиник белгилари ҳамда бактериурия ва лейкоцитуриялар бағамом йўқолгандан сўнг бемор 2 йил давомида диспансер назорати бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган (тугалланмаган бактериурия, уларни персистенцияси ёки реинфекция) ҳолларда, маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш керак. Ўткир асоратланган пиелонефрит касаллигига чалинган беморлар организмидаги мавжуд инфекция ўчоқлари баргараф этилиши шунингдек, улар, шахсий (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий гигиена қондаларига риоя қилишлари шарт. Дренаж трубкалари (нефростомик, пиелостомик, цистостомик, уретрал катетер) мавжуд бўлган ҳолларда, уларни парвариш қилиш (боғламни алмаштириш, кўрсатмага қараб ювиб туриш) керак.

Ўткир асоратланган пиелонефрит билан оғриган беморларни санатория ва курортларда даволаш антибактериал даво тугатилиб, сийдик йўлларидаги инфекция тўлиқ баргараф этилгандан сўнг 3-6 ой ўтгач тавсия этилади.

Сурункали пиелонефрит

Сурункали пиелонефрит бактериал инфекция таъсирида буйрак паренхимаси ва жомини зарарланиши билан кечувчи сурункали носпецифик тубулоинтерстициал касалликдир.

Ташхислаш. Сурункали бактериал пиелонефритда болалар, баъзан эса катталарда касалликни кўзиш даврида ўткир инфекцияга хос белгилар кузатилади. Тана ҳарорати кўтарилади. Бошқа ҳолларда касалликнинг аниқ белгилари бўлмайди. Сурункали пиелонефрит оқибатида иккала буйрак ҳам зарарланганда, гипертензия, анемия ва азотемия билан боғлиқ бўлган белгилар кўшилиши мумкин.

Лаборатория маълумотлари. Сурункали пиелонефритнинг кўзиш даври ёки азотемия белгилари бўлмаса, қон таҳлили одатдагидек бўлиши мумкин. Сийдик таҳлилидаги ўзгаришлар буйрақлар фаолиятининг бузилиш даражаси ва ўткир инфекциянинг мавжудлигига боғлиқ ҳолда ўзгаради. Бактериурия (1 мл сийдикда 100.000дан кўпроқ) кузатилган ҳолларда экиш муҳитида микроблар ўсиши мумкин. Касалликнинг босқичига қараб қондаги мочевина ва креатининнинг миқдори меъёрида ёки юқори бўлади.

Асбобий текширувлар. Сийдик йўлларида обструкция ва кичрайган буйрак мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморларни буйрак, сийдик найлари ва қовуқ УТТ юбориш керак.

Тактика. Сийдик йўлларида обструкция ва кичрайган буйрак аниқланган ҳолларда, беморни мутахассис-урологга юбориш лозим.

Сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларни реабилитацияси ва диспансер кузатуви. Клиник тузалгандан сўнг беморлар мутахассис-уролог тавсиясига биноан антибактериал дориларни бактериологик экманинг натижаларига асосланган ҳолда қабул қилишни тўлиқ санацаяга қадар сийдик таҳлили назорати остида давом эттиришлари лозим. Даволаш самарадорлигини сийдик таҳлили натижаларини динамик ўзгаришига асосланган ҳолда баҳолаш зарур.

Сийдикни текшириш - 1 мл сийдик таркибидаги лейкоцитлар сони ва унинг чўкмасида бактериялар мавжудлигини аниқлашни дастлабки 1 ой давомида 15 кунда 1 мартаба, сўнг 6 ой давомида – ҳар ойда 1 мартаба, ундан кейин 2 йил давомида – ҳар 3 ойда 1 мартаба амалга ошириш керак. Касаллик клиник белгилари, бактериурия ва лейкоцитурия батамом йўқолгандан сўнг, бемор 5 йил давомида диспансер назоратида бўлиши лозим.

Даволаш самарасиз бўлган (тугалланмаган бактериурия, бактериал персистенция ёки реинфекция) ҳолларда, маслаҳат олиш учун беморни урологга юбориш ёки мутахассисни таклиф қилиш зарур.

Сурункали пиелонефрит касаллиги бўлган беморларда инфекция ўчоқлари баргараф этилиши ва улар шахсий (мунтазам равишда чўмилиш, ички кийимларни алмаштириш) ва жинсий ҳаёт гигиенаси қоидаларига риоя қилишлари шарт. Дренаж трубкалари (нефростомик, пиелостомик, цистостомик ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш (боғламни алмаштириш, кўрсатмага қараб ювиб туриш) керак.

Сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларни санатория ва курортларда даволаш касалликни ремиссия даврида тавсия этилади.

Буйрак абсцесси

Буйрак абсцесси – уни паренхимасининг чегараланган йирингли емирилишидир. Дастлаб микроабсцесслар, кейинроқ улар катталашиб ва бир-бири билан бирикканда, парда билан чегараланган йирингли ўчоқлар пайдо бўлади. Кортикал ва кортикомедулляр абсцесслар (карбункуллар) фарқланади.

Кортикал абсцесслар, аксарият ҳолларда, буйракга қон орқали *Staphylococcus aureus* тушиши оқибатида келиб чиқади. Кортикомедулляр абсцесслар эса сийдик йўллари обструкцияси туфайли ривожланади ва (сийдик димланиши сабабли) юқорига кўтарилувчи инфекция унинг асосий сабабидир. Унинг кўп кузатиладиган этиологик омиллари бўлиб *E. coli*, *Klebsiella* ёки *Proteus* ҳисобланади.

Буйрак абсцессининг клиник белгилари: тана ҳароратининг юқори даражада кўтарилиши, қалтираш, бел соҳасида оғрик ва коворға-умуртка бурчагидаги (бел соҳасидаги) мушакларнинг таранглашиши, сколиозлардан иборатдир. Сийишнинг бузилиши ва сийдик йўлларидаги касалликларига

хос бошқа турли белгилар билан намоён бўлади. Пайпаслаганда коворға-умуртқа бурчагида, коворға ости соҳасида ўзига хос оғрик аниқланади. Буйракни ҳамма вақт ҳам пайпаслаб бўлмайди.

Лаборатория маълумотлари. Қон таҳлилида одатда лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, ЭЧТ ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида лейкоцитурия (кўрув майдонида 400дан ортик) 1 мл сийдик таркибида 100.000дан ортик бактериялар аниқланади. Кортикал абсцессларда сийдикнинг лаборатор текширувларида патологик ўзгаришлар аниқланмаслиги ҳам мумкин.

Асбобий текширувлар. Беморнинг буйраклари, сийдик найлари ва қовугини УТТдан ўтказиш ва сийдик йўлларида обструкция ёки абсцесс аниқланган ҳолларда урологга жўнатиш керак.

Тактика. Буйракда абсцесс аниқланса, беморни зудлик билан урологга жўнатиш зарур. Агар бемор мурожаат қилган вақтда интоксикация ҳисобида аҳволи оғир бўлса, зудлик билан симптоматик даво (юракни қувватловчи дорилар, суюкликларни томчилаб куйиш ва бошқалар) чораларини кўриш лозим.

Паранефрал абсцесс (паранефрит)

Паранефрал абсцесс – паранефрал ёғ тўқимасида (буйрак капсуласи ва fascia Gerota ўртасида) йирингли ўчоғнинг пайдо бўлишидир. У кўп ҳолларда интраренал абсцесснинг паранефрал соҳага ёрилишидан ривожланади. Паранефрал абсцесснинг кўзгатувчилари ҳам худди интрареналники каби стафилококклар ва грам-манфий бактериялар, асосан *E. coli* оиласига ёки *Klebsella*, *Protes* гуруҳига мансуб бактериялар ҳисобланади.

Паранефрал абсцесснинг клиник белгилари қуйидагилардир: тана хароратининг юқори кўтарилиши, қалтираш, бел соҳасида ёки коворға-умуртқа туташган соҳада оғрик, бел соҳасида деформация ва шиш борлиги, терининг кизариши ва сколиоз. Баъзи ҳолларда касалликнинг клиник белгилари ёққол намоён бўлмаслиги сабабли барвақт ташхис қўйиш қийинлашиши мумкин. Пайпаслаганда, бел ёки коворға–умуртқа туташган соҳада оғрик, айрим ҳолларда эса буйрак соҳасида ҳосила борлиги аниқланади.

Лаборатория маълумотлари. Қон таҳлилида одатда лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши, ҳар хил даражадаги камқонлик ва ЭЧТ ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида кўпгина беморларда пиурия, бактериурия ва протеинурия аниқланади.

Асбобий текширувлар. Беморни буйраклари, сийдик найлари ва ковуғини УТТ дан ўтказиш лозим. Агар беморда паранефрал абсцесс ёки юқори сийдик йўллари обструкцияси аниқланса, уни мутахассис-урологга жўнатиш зарур.

Тактика. Агар паранефрал абсцесс аниқланса, беморни зудлик билан мутахассис-урологга жўнатиш керак. У мурожаат қилган вақтда аҳволи оғир бўлса (бу интоксикация ҳисобига бўлиши мумкин), симптоматик даво юракни қувватловчи дорилар, инфузияда суюкликлар венага томчилаб куйилади.

Сийдик тош касаллиги

Сийдик тош касаллиги (Urolithiasis, нефролитиаз) – кўп этиологияли хасталик бўлиб, буйрак каналчалари ва косача – жомга тизимида сийдикнинг таркибий қисмидан шаклланувчи тошларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

Ташхислаш. Сийдик тош касаллигига чалинган беморларнинг бел соҳасида (ўнг ёки чап томонида) оғрик, баъзан буйрак санчиғи, қон сийиш (гематурия) ва оғрик хуружидан кейин сийдик билан тошларнинг мустақил чиқиши (калькурия) кузатилади.

Бемор буйрак санчиғи хуружи даврида безовталанади, оғриқдан ўзига жой тоша олмайди. Пайпаслаганда, бел соҳаси мушакларининг таранглашиши, буйрак соҳасида кучли оғрик баъзан катталашган буйрак аниқланади. «Буйрак соҳасини уриб кўриш» симптоми мусбат бўлади.

Сийдик тош касаллигининг асоратлари. Сийдик тош касаллигининг кўп учрайдиган асоратлари сийдик йўллари инфекцияси, ўткир ва сурункали пиелонефритлардир. Ундаги сийдик йўллари инфекцияси бирламчи тугалланмаган бактериурия, қайталанувчи инфекция ва реинфекция шаклида кечиши мумкин.

Ўткир калькулез пиелонефрит сийдик тош касаллиги бўлган беморларнинг деярли ярмида учрайди ва клиник кўриниши ўткир пиелонефритникига ўхшайди.

Калькулез пиелонефроз – рецидив инфекция ёки реинфекция натижасида ривожланувчи буйрак паренхимасининг йирингли емирилишидир.

Калькулез гидронефроз – жом ёки сийдик найидаги тошлар туфайли ривожланган обструкция оқибатида буйрак-ичи босимининг ошиши ҳисобида косача-жом тизими кенгайиши ва буйрак паренхимасининг турли даражадаги атрофияси.

ЎБЕ иккала сийдик найига ёки ягона буйракнинг сийдик найига тўсатдан тош тикилиб қолиши натижасида ривожланади. Бу асоратнинг биринчи белгилари сифатида иккала буйрак ёки ягона буйрак соҳасида оғрик, анурия ва уремияга хос белгилари ҳамда бошқа ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

СБЕ кўпинча буйрақларда маржонсимон ёки кўплаб тошлар бўлганда кузатилади. Гомеостазнинг ўзгариши (электролит ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилиши, гиперазотемия) сурункали буйрак етишмовчилигининг характерли белгисидир.

Лаборатория маълумотлари. Сийдик таҳлилида, чўкма микроскопиясида ўзгармаган эритроцитлар, турли туз кристаллари аниқланиши мумкин. Агар сийдик тош касаллиги сийдик йўллари инфекцияси билан асоратланган бўлса, бу ҳолларда сийдикда лейкоцитурия ва бактериурия аниқланади. Ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланган ҳолларда қон таҳлилида азот қолдиқлари (мочевина, креатинин) миқдорининг ошиши кузатилади.

Асбобий текширишлар. Сийдик йўлларида тошлар ёки обструкция мавжудлигини аниқлаш мақсадида беморни буйраклари, сийдик найлари ва ковуғини УТТдан ўтказиш лозим. Сийдик йўлларида тошлар, обструкция ёки сийдик тош касаллигининг бошқа асоратлари аниқланган ҳолларда уни мутахассис-урологга жўнатиш керак.

Тактика. Агар бемор мурожаат қилган вақтда буйрак санчиғи хуружи кузатилаётган бўлса, уни баргараф этиш зарур. Хуруж баргараф этилгандан сўнг, сийдик йўлларида обструкция сақланиб қолган ёки сийдик тош касаллигининг бошқа асоратлари мавжуд бўлган ҳолларда, беморни урологга жўнатиш ёки мутахассисни маслаҳатга чақириш лозим.

Сийдик тош касаллиги бўлган беморларни реабилитацияси ва диспансер кузатиш. Сийдик тош касаллигига чалинган беморга мутахассис тавсиясига биноан, консерватив (дорилар билан) даво буюрилган бўлса, у давом эттирилади. Агар беморга сийдик тош касаллиги сабабли маълум бир операция (пиелолитотомия, уретеролитотомия, цистолитотомия, перкутан операциялар ва бошқалар) ўтказилган бўлса, мутахассиснинг тавсиясига кўра, сийдик йўлларида инфекция мавжуд бўлган ҳолларда, бактериологик текширувга асосланган ҳолда микробларнинг сезувчанлигини инобатга олиб, антибактериал дориларни қабул қилиш тавсия этилади. Антибиотик ва антисептиклар билан профилактик даवони тўлиқ санацияга қадар ўтказиш керак.

Даволаш самарасиз бўлган, лейкоцитурия ва бактериурия йўқолмаган ёки аксинча кўпайиб бораётган ҳолларда, маслаҳат олиш учун беморни қайта мутахассис-урологга юбориш зарур. Беморда дренаж трубкалари (нефростомик, цистостомик ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолларда дренажларни парвариш қилиш керак.

УАВ шуни ёдда тутиши лозимки, беморларда тошнинг мустақил чиқиб кетиши, уни консерватив ёки жарроҳлик йўли билан баргараф этилиши беморни касалликдан халос этмайди. Кейинги вазифа тошларни қайта ҳосил бўлишининг олдини олишга қаратилган даволаш тадбирларини ўтказишдан иборатдир.

Беморларни кузатиш ва профилактик даволаш ҚВП ва ОП шароитида олиб борилиши лозим. Такрорий текширувларнинг даврийлиги ва ҳажми касаллик характери ва оғирлигига, тош ҳосил бўлиш турига боғлиқ. Беморлар қайта тош ҳосил бўлиш хавфи профилактик чора-тадбирларнинг бажарилиши билан боғлиқ эканлигидан хабардор бўлишлари зарур. Уларга профилактик тадбирларга тўлиқ амал қилиш лозимлигини қатъи тавсия қилмоқ керак. Тош олиб ташлангандан сўнг дастлабки 24 ой ичида беморларга алоҳида эътибор бериш зарур, чунки айнан шу даврда тошнинг қайта ҳосил бўлиш хавфи ўта юқори. Диспансер кузатуви жараёнида сийдик тош касаллиги қайталанишининг ишончли белгилари аниқланган ҳолларда, мақсадга йўналтирилган даволаш тадбирларини амалга ошириш лозим ва улар қуйидагилар:

- ▶ тош ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган хавфли ташқи омилларни бартараф этиш;
- ▶ кун давомида сийдик миқдорини 2 л ва ундан ошиқ бўлишини таъминлаш мақсадида истеъмол қилинаётган суюқликлар ҳажмини ошириш;
- ▶ фаол ҳаёт тарзи (эргалабки бадан тарбия, сайр қилиш ва бошқалар) тарғиб қилиш;
- ▶ организмни суюқлик йўқотишдан сақлашни (узок муддат куёш нурлари остида, саунада, жуда иссиқ хоналарда бўлиш, сийдик ҳайдовчи дори воситаларини истеъмол қилиш) беморларга тушунтириш.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Сийдик тош касаллиги. Ўнг сийдик найи юқори қисмидаги тош. Ўнг тарафлама уретерогидронефроз. Ўнг тарафлама буйрак санчиги;
- ✓ Сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир асоратланмаган пиелонефрит;
- ✓ Сийдик тош касаллиги. Чап буйрак жомидаги тош. Сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир асоратланган пиелонефрит;
- ✓ Сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир асоратланган ҳомиладорлик пиелонефрити;
- ✓ Сийдик тош касаллиги. Чап сийдик найи пастки қисмидаги тош. Чап тарафлама уретерогидронефроз. Сийдик йўллари инфекцияси. Чап тарафлама сурункали пиелонефрит;
- ✓ Сийдик йўллари инфекцияси. Ўткир асоратланган ҳомиладорлик пиелонефрити. Ўнг буйрак абсцесси;
- ✓ Чап тарафлама жом – сийдик найи сегменти стриктураси. Чап тарафлама гидронефроз. Сийдик йўллари инфекцияси. Чап тарафлама ўткир асоратланган пиелонефрит. Чап тарафлама паранефрит.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Акимова Г.А., Одинака К.А.. Дифференциальная диагностика нервных болезней. 2003.
2. Акимова Г.А.. Дифференциальная диагностика нервных болезней. М., 2001.
3. Богородинский Д. Руководство по практическим занятиям по неврологии. 1980.
4. Лопаткин Н.А. Урология. Учебник для студентов медицинских институтов. М.: «Медгиз», 2004.
5. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии в 3-х томах. 1998.
6. Маджидов Н.М. Кўкрак остеохондрози ва унинг неврологик синдромлари. Т.: 1982.
7. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М.: М., 1989.
8. Пуцилло М.В., Винокуров А.Г. «Нейрохирургический атлас». М.: 2002.

9. Скромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. М., 1999.
10. Танаго Э. и Маканинча Дж. Урология по Дональду Смиту. Перевод с англ. М.: «Практика», 2005.
11. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Москва: ООО «Мед.-пресс», 1998.
12. Хабиров Ф.А. «Руководство по клинической неврологии позвоночника». М., 2006.
13. Anthon J. Schaeffer. M. D. Infections and inflammations of the Genitourareu Tract. Compbelsl Urolody, Eighth Edition, vol. 1, section 4, chapter 14.
14. Campbellsurology. Eighth Editon, vol. 1, 2, 3, 4. 2002. –p. 4192.
15. Edwin M. Mearers, Jr. M. D. Facs, Fidsa.Nospercific infections of the Gsneitourinary Tract. Urology. Ch. Smithis. 13. 1996.
16. Martin I. Resnick M. D. Urinary lithiasis and Endourolgy Compbells Urolody Eighth, vol. 4, section 12, chapter 96.

ГИПОТАЛАМО – ГИПОФИЗАР СОҶА КАСАЛЛИКЛАРИ

Организм ривожланишининг энг эрта даврларида ахборот икки - кимёвий ва электроимпульсив йўл билан ўтказилган. Филогенез жараёнида ушбу йўллар автоном ва мустақил бошқариш, яъни – гуморал (эндокрин) ва асаб тизимига айланиб боради. Маълум бир ривожланиш босқичида уларнинг бир бутун нейроэндокрин тизимга айланиши кузатиладиган. Бутун нейроэндокрин тизимини бирлаштирувчи ва йўналтирувчи, иккала томон белгиларини ўзида сақловчи марказ бўлиб ўрта мияси соҳаси- гипоталамус ҳисобланади. Гипоталамус нерв тузилмаси бўлиши билан бирга эндокрин тизимига хос бўлган секретор хусусиятга ҳам эга.

Унинг ядросида гипофизотроп, яъни – гипофиз гармонларини синтезловчи ёки тормозловчи троп гармонлар секретция қилинади. Гипофиз бош суяги асосида, «турк эгари» деб номланувчи ғоваксимон суяк эгатида жойлашган. У икки бўлакдан иборат бўлиб, олдинги қатта аденогипофиз ва орқа қичиғи нейрогипофиз деб аталади. Аденогипофиз безнинг 70%ини ташкил қилади.

Эндокрин тизим касалликлари патогенези асосида қуйидаги механизм ётади:

- гармоннинг етарли ажралмаслиги (эндокрин безлари гиподисфункцияси);
- гармоннинг кўп миқдорда ажралиши (эндокрин безлари гиперфункцияси);
- аномал гармон секретцияси;
- гармон транспорти ва метаболизми аномалияси;
- кўплаб аномалиялар (юқоридаги бир нечта механизмларнинг бирга келиши).

Гипофиз периферик эндокрин безлар фаоллиги ва организмда модда алмашинуви жараёнини бошқарувчи асосий дирижёр вазифасини ўтайди. Гипоталамо-гипофизар тизим морфофункционал фаолиятининг бузилиши аксарият ҳолларда маълум бир эндокрин касаллик юзага келишига олиб келади ва шу сабабли ундаги ўзгаришлар алоҳида аҳамиятга эга. Ушбу тизим касалликлари орасида нисбатан кўп учрайдигани акромегалия ҳамда соматотроп етишмовчилик ҳисобланади ва уларни УАВ томонидан эрта тахмин қилиниши ҳамда мутахассис шифокорга юборилиши бемор учун муҳим аҳамиятга эга.

Акромегалия – нейроэндокрин генезли сурункали бўй ўсиш гармонининг (ЎГ) кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши ва тананинг аъзо ҳамда тўқималарига таъсир қилиши билан кечувчи касалликдир. У таянч тизими суякларининг ва юмшок тўқималарнинг патологик диспропорционал ўсиши, шунингдек, моддалар алмашинувининг турли кўринишдаги бузилишлари билан (ЎГ ёшлик даврда кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши гигантизмга олиб келиб, оқибатда таянч аппарат тизими суякларини тез пропорционал ўсиши кузатилади) клиник намоён бўлади. Гигантизм- клиник синдром бўлиб, ўта баланд бўй (эркакларда 200, аёлларда 190 см гача) ёки хаддан ташқари тананинг алоҳида

қисмлари катталашини билан характерланади. Ушбу касалликнинг келиб чиқишининг асосий сабаби бўлиб кўп миқдорда ЎТ ишлаб чиқарувчи гипофиз олдинги бўлаги аденомаси (95%) ҳисобланади. Одатда бу G3 оксилнинг соматотрофларда мутацияга учраши оқибатидаги чин аденома бўлиб, соғлом кишиларда ушбу оксил уларнинг ўсиши ва пролиферациясини бошқаради. Кузатувларга кўра, бир миллион аҳолидан 50-70 таси акромегалия билан касалланади, ва уларда ўлим кўрсаткичи умумий популяцияга нисбатан 10 марта кўпроқ учрайди. Ўз вақтида кўрилган монанд даво ушбу кўрсаткични 2-5 баробар камайтиради.

Кўп миқдорда ишлаб чиқариловчи ЎТ ўстирувчи омиллар ва улардан кўпроқ жигарда ишлаб чиқариловчи соматомедин С секрециясини, шунингдек,, уларни турли тўқима,суяк ва тоғайда маҳаллий ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Ўстирувчи омиллар таъсирида коллагеннинг юқори миқдорда ишлаб чиқарилиши, тоғайлар пролиферацияси, бу эса ўз навбатида, юмшоқ тўқималар, тоғай ва суякларнинг ўсишига ва қалинлашишига олиб келади ҳамда касалликларнинг асосий белгилари келиб чиқишига сабаб бўлади. Касаллик аста-секинлик билан ривожланиб, одатда 5-10 йилдан сўнг аниқланади ва 40 ҳамда ундан катта ёшдагиларда кўпроқ учрайди.

Кўл панжалари, товон ва бармоқларнинг энига катталашини, бош суяги юқори орбитал қисмининг олдинга чиқиши, пастки жағ суягининг пастга ва олдинга томон ўсиши ва қалинлашиши, тишлар жойлашувидаги номутаносиблик ва улар оралиғини кенгайтириши, кулоқ ва буруннинг катталашини акромегалиянинг асосий клиник белгилари ҳисобланади. Тери қоплами қалинлашиб бориб, унинг юза ёғ безлари фаоллашуви кузатилади, бу эса танада нохуш ҳидланиш пайдо бўлишига олиб келади. Кўлқоп, бош ва оёқ кийимлари ўлчами 2-3 маротаба катталашади. Беморларнинг 20-25% да артериал гипертензия, кардиомегалия, ҚД ва ЮИК юзага келади. Уларнинг бир қисмида галакторея ва гипогонадизм ривожланади.

Акромегалия ва гигантизм ташхиси клиник ва лаборатор ўзгариш натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

Гипофиз аденомаси касалликнинг асосий сабабларидан бири бўлганлиги туфайли, зарур текширув усулларидан бири бўлган бош суягини ён томондан рентгенографияси ўтказилади. Унинг ёрдамида турк эгари ўлчамларининг (меъёрида сагитал ўлчам 12-15 мм, вертикал ўлчамлари 8-9 мм) катталашини, унинг икки ўлчамлиги ва қуйидаги бошқа ёндош белгилари аниқланади:

- товон юмшоқ тўқимаси қалинлиги ўлчамини аниқлаш (меъёрида эркакларда 21 мм, аёлларда 20 мм);
- гипофиз аденомаси ўлчамларини, хусусан микроаденомаларни (<1 см) аниқлаш мақсадида КТ ёки МРТ;
- соматотроп гармон (СТГ) миқдорини қонда ва сийдикда аниқлаш;
- орал глюкозага толерантлик (ОГТС) синамасини 75 гр. глюкоза билан ўтказиш;

- қонда инсулинга ўхшаш омил - I (ИҶО) ни бир маротаба аниқлаш;
- Ташхис қуйидаги ҳолатда тасдиқланади:
- СТГ нинг базал миқдори $> 0,4$ нг/мл;
- ОГТС ўтказилганда, СТГ минимал даражаси > 1 нг/мл;
- гликемик профилни аниқлаш;
- қонда ФСГ, ЛГ, ТТГ, АКТГ, ТЗ, Т4, тестостерон, эстроидол, сийдикда кортизол миқдорини аниқлаш;
- қалқонсимон без ва кичик тос аъзолари УТТ;
- ЭКГ, ЭхоКГ;
- қон биокимёвий таҳлили;

Даволаш усуллари: жарроҳлик амалиёти (трансфеноидал, транскраниал аденоектомия); дорилар билан (соматостатин аналоглари - октреотид, лактреотид; ўсиш гармонии рецепторлари антагонистлари – пегвисомант, дофамин рецепторлари агонистлари - бромкриптин, каберголин, хипоголид).

Касаллик оқибати ўз вақтида ташхис қўйиш ва даво чоралари самарадорлиги билан боғлиқ. Октреотидни қўллашда 70-80% ҳолларда, узок муддат таъсир этувчи октреотид 80% ҳолларда, пегвисомантни қўллашда 97% беморларда ремиссияга эришилади.

Соматотроп этишмовчилик

Соматотроп этишмовчилиги – бўй ўсиши ва жисмоний ривожланишнинг бузилиши бўлиб, унинг келиб чиқиш сабаби фақатгина ҲГ нинг гипофиз патологияси билан боғлиқ бўлган мутлак ёки нисбий этишмовчилиги эмас, балки без фаолиятининг гипоталамус (церебрал) бошқаруви бузилиши, ҲГ биосинтези дефекти ва гармонга тўқима сезгирлигининг бузилиши ҳам ётади. Соматотроп этишмовчилик бир қатор касалликлар ва синдромларда кузатилади. Этиологик нуқтаи назардан ўсиш гармонии этишмовчилиги туғма ва орттирилган, шунингдек, органик ва идиопатик турларга бўлинади. Манифест шаклида соматотроп этишмовчилиги нанизм синдроми билан (“nanos” - кичик) намоён бўлади. Нанизмда эркаклар бўйи 130 см гача, аёлларнинг бўйи 120 см гача бўлиши характерли ҳисобланади. Гипофизар нанизм аҳоли ўртасида 1:15.000 нисбатда учраб, кўпроқ ўсиш гармонии этишмовчилигининг идиопатик тури (65-75%) аниқланади. Соматотроп этишмовчилигининг кўп шакллари наслий келиб чиқишга эга бўлиб, бирламчи жараён гипоталамус, гипофиз олдинги бўлаги этишмовчилиги эса иккиламчи характерга эга.

Периферик тўқиманинг ўсиш гармонига бўлган сезгирлиги бузилиши туфайли юзага келувчи нанизм соматомедин (ИҶО I) этишмовчилиги ёки рецепторларининг ҲГ га нисбатан нуқсон билан боғлиқдир. Гипофизар нанизм сабаби бўлиб унинг аплазияси, дистопияси, кистоз дегенерацияси, ўсма билан босилиши ёки атрофияси, марказий асаб тизими, хомила ичи, туғруқ ва постнатал даври жароҳатлари ҳисобланади. Шунингдек, инфекция ва токсик шикастланишлар, сурункали оғир соматик касалликларнинг таъсири ҳам унинг келиб чиқишида аҳамиятга эга.

Беморлар меъёрдаги тана вазни ва бўй узунлиги билан туғилиб, 2-4 ёшга боргач бўй ўсишидан орқада қола бошлайдилар. Нанизмга бўйнинг мутлақ кичиклиги хос бўлибгина қолмай, балки йил давомида бўй ўсиш ва жисмоний ривожланиш динамикаси ҳам муҳимдир. Тана тузилиши пропорционал бўлса ҳам, кўпроқ болалар ёшига хос бўлади. Юз тузилиши кичик (“қўғирчоқ” юз), тери қоплами рангпар, сарғимтир тусли, қурук, айрим ҳолларда кўқарган ва тери мармар кўринишида намоён бўлади. Даволанмаган беморларда терининг «қариганлик» белгиси, тери нозиклашиши ва ажин тушиши (геродерма) кузатилиб, бу ўсиш гармонининг анаболик таъсири етишмовчилиги туфайли кузатилади. Тери ости ёғ қавати озғинликдан “қушингоид” турдаги семиришгача бўлган кўринишда бўлиши мумкин. Сочлари қурук, синувчан ёки нормал тусга эга бўлади. Одатда иккиламчи тукланиш белгилари кузатилмайди. Мушаклар суст ривожланган бўлиб, жинсий ривожланиш орқада қолади ва суяк ёши пубертат даврига борган муддатда балоғатга етади.

Нанизм синчиклаб йиғилган анамнез, клиник - рентгенологик, лаборатор ва гармонал текширувлар асосида аниқланади. Ўсишдан орқада қолишни клиник таъхислашнинг асосий усулларида бири антропометрия ва унинг натижаларини перцентил жадвалга ўтказиш ҳисобланади. Қўл панжаси ва тирсак-билак бўғимининг рентгенограммасини баҳолашда суякнинг ёшга доир (рентгенологик) ўзгаришлари аниқланади ва нанизмга яққол суякланишнинг орқада қолиши характерли ҳисобланади. Қалла суяги рентгенограммасида (ёки МРТ) турк эгари ўлчамлари ўзгармаган, лекин болалик даври турк эгарига хос кўриниш «тик овал» шаклидаги кенг (ювенил) деворли кўринишни сақлаб қолади. Гипофизар нанизмни аниқлаш учун соматотроф ҳужайраларнинг фаолиятни ўрганиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга. ЎТ ишлаб чиқарилиши эпизодик характерга эга бўлганлиги сабабли, унинг қондаги бир марталик миқдорини аниқлаш етарлича ахборот бермайди. Шу сабабли унинг сийдикдаги кунлик миқдорини аниқлаш мақсадга мувофиқ. Клиник амалиётда нисбатан кенг тарқалган рағбатлантирувчи синама бўлиб, инсулин, клонидин ва бошқалар ҳисобланади. Инсулин гипогликемияси билан синама ЎТ етишмовчилигида «олтин» мезон сифатида тавсия этилади. Уни инсулин индүцирланган гипогликемияга жавобан 7 нг/мл дан кам ишлаб чиқарилиши унинг мутлақ етишмовчилигидан далолат беради.

ЎТ етишмовчилиги белгилари катта ёшда специфик бўлмаган характерга эга бўлиб, одатда сурункали толиқиш синдроми сифатида талқин этилади ва клиник жиҳатдан семириш, мушак кучи ва суяк минерал зичлигининг пасайиши, тери қуруклашиши, уйқу бузилиши ва атеросклеротик ўзгаришлар, рухий бузилишлар (депрессия апатия, ўзига нисбатан паст баҳолаш ҳисси) белгилари билан намоён бўлади.

Даволаш. Нанизмнинг патогенетик давоси асосида ЎТ ўринбосар терапияси муҳим аҳамиятга эга. Танлов препарати бўлиб ген-инженерия йўли билан олинган одам ЎТ ҳисобланади. У 1 кг тана вазнига 0,07-0,1 бирликда тери остига ҳар куни уйқудан олдин 20.00 ёки 22.00 да юбориш тавсия этилади. Катта ёшлиларда 0,125-0,25 дозаси қўлланилади.

Қандсиз диабет

Қандсиз диабет - сурункали полиэтиологик касаллик бўлиб, антидиуретик гармон (АДГ) вазопрессиннинг мутлак ёки нисбий етишмовчилиги натижасида кўп миқдорда постосмоляр сийдикнинг ажралиб чиқиши кузатилади. Келиб чиқишига кўра нейроген қандсиз диабет, яъни АДГ нинг мутлак етишмовчилиги ва нефроген қандсиз диабет, АДГ нинг нисбий етишмовчилиги фарқланади.

Нейроген қандсиз диабетни келиб чиқиш сабабалари:

▶ гипоталамуснинг паравентрикуляр ва супраоптик ядроларининг шикастлари;

- ▶ гипофиз оёқчасининг шикастланиши;
- ▶ гипофиз олди бўлагининг катта ўсмаси;
- ▶ гистиоцитоз Х;
- ▶ гранулёматоз касалликлар;
- ▶ пангипопитуитаризм;
- ▶ аутоиммун жараён;
- ▶ идиопатик қандсиз диабет;

Нефроген қандсиз диабет келиб чиқиш сабабалари:

- буйракнинг йиғувчи найчалари жойлашган мағиз қавати соҳасининг шикастланиши билан кечадиган касалликлар;

- электролит бузилишлар (гипокалиемия, гипергликемия, гиперкальциемия);

- оксил етишмовчилиги;

- туғма нуқсонлар.

АДГ етишмовчилиги организмда сув мувозанати бузилишига олиб келади. Буйраklarнинг йиғувчи каналчалари эпителиларида суюқлик реабсорбцияси камаяди, паст нисбий зичликдаги сийдик миқдори ошиб боради (<1005 плазма осмолярлиги ошиши билан >290-295 мосм/кг, бу эса ўз навбатида чанков марказини рағбатлантиради ва полиурия билан намоён бўлади). Натижада сувга бўлган эҳтиёж ошиб кетади. Оғир ҳолатларда беморларни 10-15-30-40 л гача сув ичиши кузатилади.

Қандсиз диабет полиурия ва полидипсия (чанқаш) билан намоён бўлади. Беморлар чанқаш ва полиуриядан шикоят қиладилар ва сув чекланилмаса, қониқарли ҳолатда бўладилар. Аксарият ҳолатларда нейроген қандсиз диабет гипоталамуснинг бошқа касалликлари, жумладан, семизлик, терморегуляция бузилиши билан бирга намоён бўлиши мумкин.

Лаборатор ва ташхисий синамалар

Қандсиз диабетнинг яққол лаборатор белгилари бўлиб сийдик нисбий зичлигининг 1000-1005, плазма осмолярлиги >290 мосм/л, сийдик гипоосмолярлиги <300 мосм/л бўлиши ҳисобланади. Психоген полидипсия билан таққослама ташхис ўтказишда қуруқ овқатланиш билан нейроген ва нефроген шакллари фарқлашда вазопрессин билан синама ўтказилади. Касалликни сўнгги икки шаклини даволаш қуйидаги 1-жадвалда келтирилган.

Қандсиз диабетни даволаш тамойиллари

Нейроген қандсиз диабет	Нефроген қандсиз диабет
1. Десмопрессин бурунга кунда 10-40 мкг/ - рeг ос 0,1 мг. 3 маҳал мушак орасига кунда 1,4 мкг/	1. Тиазидли диуретиклар
2. Лизин-вазопрессин бурунга 5-20 бирликда, вазопрессин-сувли эритмаси тери остига 5-10 бирликда микдорда , 4-6 маҳал	2. Хлорпропамид 250 -500 мг/ кунда
	3. Клофибрат - 200- 500 мг/ кунда

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Гипофиз макроаденомаси. Акромегалия, фаол босқичи, кўрув фаолиятининг бузилиши билан. Симптоматик артериал гипертензия. Симптоматик қандли диабет, ўрта оғир даражаси, декомпенсация босқичи;
- ✓ Акромегалия ремиссия даври. Аденомаэктомиядан кейинги ҳолат (2005 й);
- ✓ Соматотроп етишмовчилик. Гипофизар нанизм;
- ✓ Қандсиз диабет, марказий шакли, ўрта оғир даражаси, компенсация босқичи.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Дедов И.И., Мельниченко Р.А., Фадеев В.В. Эндокринология. Москва: Медицина, 2000.
2. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология. Санкт Петербург Спецлит. 2007 г.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Москва: Издательство «Литтера», 2006.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Москва: «Геотар - Медиа», 2008.
5. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
6. Нажмутдинова Д.К. ва бошқалар. Эндокринология умумий амалиёт шифокори фаолиятида. 6-7-курсларда умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш учун ўқув кўлланма. Тошкент, 2005.
7. Мельниченко Г.А. Перевод с английского. Наглядная эндокринология. 2-е издание. Москва «Геотар Медиа» , 2008 г.
8. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.
9. Старкова Н.Г. Клиническая эндокринология. Санкт Петербург, 2002.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ**Йодтанқислик касалликлари**

Йодтанқислик касалликлари жаҳонда кенг тарқалган хасталиклардан ҳисобланади. Ер шарида йодтанқислик муҳитида 1,5 млрд га яқин аҳоли яшайди ва улардан 600 млн кишида қалқонсимон безнинг катталашиши, 40 млн да эса йод етишмовчилиги сабабли ақлий заифлик кузатилади. Йод етишмовчилиги одатда эндемик буқоқ ривожланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида, қалқонсимон безда турли касалликлар, шу жумладан, тугунли хосилалар пайдо бўлишига мойиллик туғдиради.

Булардан ташқари, яққол йод етишмовчилиги нафақат туғма гипотиреоз учрашини оширади, шунингдек,, ушбу ҳудудда яшовчи аҳоли орасида ақлий ривожланишнинг ўртача кўрсаткичларини 15-20% га камайтиради.

Сўнгги йилларда эндемик буқоқдан ташқари, йод етишмовчилиги натижасида бир қатор бошқа касалликлар ҳам ривожланмоқда. Шу сабабли тиббиётда йодтанқислик касалликлари атамаси кенг қўлланилмоқда ва қуйидаги 1-жадвалда уларнинг инсон ҳаётининг турли даврларида учрайдиган асосий клиник кўринишлари келтирилган.

1-жадвал

Йод танқислик ҳолатлари

Ҳаёт даври	Клиник кўринишлари
Ҳомила даври	Ўз-ўзидан бола ташлашлар, ўлик туғилиш, туғма аномалиялар, перинатал ва болалар ўлимининг ортиши
Чакалоқлик даври	Туғма буқоқ, туғма гипотиреоз, психомотор ўзгаришлар, кретинизм
Болалик ва ўсмирлик даври	Буқоқ, ювенил гипотиреоз, ақлий лаёқатнинг ўзгариши, жисмоний ривожланишда орқада қолиш
Етуқлик даври	Буқоқ ва унинг асоратлари, гипотиреоз ақлий лаёқатнинг ўзгариши

Ҳомиладор аёлда йод этишмовчилиги ҳомила қалқонсимон беzi ўзгаришига, тиреоид гармонлар этишмовчилиги ҳамда марказий нерв тизими фаолияти шаклланишига таъсир кўрсатади.

БУҚОҚ ЭНДЕМИЯСИНИНГ ОҒИРЛИК МЕЗОНЛАРИ

1992 йилдан бошлаб буқоқ эндемиясининг оғирлик даражасини баҳолашда ЖССТ ва йодтанқислиги бузилишларини назорат қилувчи халқаро ташкилот томонидан тавсия этилган мезонлардан фойдаланиб келинмоқда. Улар 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Йод танқислиги даражасини аниқлаш мезонлари

Мезонлар	Гуруҳлар	Йодтанқислиги касалликларининг оғирлик даражаси		
		Енгил (%)	Ўрта (%)	Оғир (%)
Буқоқ аниқланган ҳолатлар (УТТ ёрдамида)	Мақтаб ёшидагилар	5-19	20-29,9	>30
Буқоқ аниқланган ҳолатлар (пальпацияда)	Мақтаб ёшидагилар	5-19	20-29,9	>30
Йодурия медианаси, мкг/л	Мақтаб ёшидагилар	50-99	20-49	<20
ТТГ >5 мМЕ.л бўлган болалар	Янги туғилган чақалоқлар	3-19,9	20-39,9	>40
Тиреоглобулинни миқдор медианаси, нг.мл.	Болалар ва катталар	10-19,9	20-39,9	>40

Қуйидаги 3-жадвалда ЖССТ томонидан 1996 йилда тавсия этилган йод микроэлементига бўлган кунлик эҳтиёж миқдори ёшга нисбатан келтирилган.

3- жадвал

Йодга бўлган кунлик эҳтиёж

Аҳоли ёши ва гуруҳлари	Йодга бўлган кунлик эҳтиёж (мкг/кунига)
Кўкрак ёшидаги болалар (биринчи 12 ой)	50
Кичик ёшдаги болалар (2 дан 6 ёшгача)	90

Мактаб ёшидаги болалар (7-12 ёш)	120
12 ва ундан ката ёшдагилар	150
Ҳомиладорлар ва эмизувчи аёллар	200

Эндемик буқоқ қалқонсимон безнинг катталашishi бўлиб, йод етишмовчилигининг эрта кўриниши ҳисобланади. Йод танқислигидан ташқари, бошқа бир қатор омиллар ҳам буқоққа олиб келиши мумкин. Куйидагилар шулар жумласидандир: оксил ва витаминлар кам бўлган бир хил қийматдаги озуқаларни истеъмол қилиш, антисанитар шароитлар, инфекциялар, интоксикациялар.

Эндемик буқоқ ривожланишида организмга етарли миқдорда бром, рух, кобальт, мис тушмаслиги, микроэлементлар мувозанатининг (кальций, фтор, марганец, хромнинг кўплиги) бузилиши ҳам муҳим аҳамиятга эга. Унинг клиникаси қалқонсимон безнинг катталашishi даражаси ва функционал фаоллигига боғлиқ маҳаллий ва умумий белгилардан иборат. Беморлар ҳолсизлик, тез чарчаш, бош оғриғи, юрак соҳасида оғрик, диспептик ҳолатларга шикоят қиладилар. Шунингдек, қалқонсимон безнинг катталашishi ва унга ёндош аъзоларни эзилиши билан боғлиқ шикоятлар, айниқса, ётган ҳолда бўйин соҳасида сиқилиш, кучли бош оғриғи, ютинишининг қийинлашиши кабиларни юзага келишига сабаб бўлади. Безнинг катталашishi даражаси, тугунларнинг бор ёки йўқлигига қараб тугунли, диффуз ва аралаш буқоқ фарқланади.

Диффуз буқоқ қалқонсимон безнинг бир текис катталашishi билан характерланади. Диффуз гиперплазия ва тугун бирга кузатилганда, буқоқ диффуз-тугунли ёки аралаш, функциясига кўра, гипо ва эутиреоид турларга бўлинади. 70-80% га яқин ҳолларда эндемик буқоқ эутиреоид шаклда кечади.

Қалқонсимон без ўлчамларига асосланган ва 1994 йилда ЖССТ томонидан тавсия этилган халқаро классификация врачлар томонидан кўллаш учун қулай ҳисобланади ва куйида келтирилган:

0 даража - буқоқ йўқ;

1 даража - буқоқ кўринмайди, лекин пайпаслаганда, қалқонсимон безнинг ҳар бир бўлаги бош бармоқ дистал фалангасидан катта.

2 даража - буқоқ пайпасланади ва кўзга кўринади.

Тугунли эутиреоид буқоқ - эутиреоид негизда кечувчи турли ўчоқли ўзгаришларни ўзида мужассамлаштирган клиник тушунча бўлиб, куйидаги нозологик (морфологик) шаклларни ўзида бирлаштиради:

- тугунли коллоид буқоқ;
- фолликулар аденома;
- сохта тугунлар шаклланган аутоиммун тиреоидит (гипертрофик шакли);
- солитар киста;
- қалқонсимон без раки.

• Ушбу касалликларни ягона гуруҳга бирлаштиришга қуйидагилар асос бўлади:

• аксарият ҳолларда уларнинг ягона ва асосий белгиси пайпаслаганда ва УТТ тугун аниқланиши;

• мавжуд ҳосила пункцион биопсияси ташхис қўйишнинг асосий усули эканлиги;

• физик усуллар билан бу касалликларни аниқ киёсий ташхислаш имконияти йўқлиги;

Тугунли коллоид буқоқ - касалликнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, патогенетик нуктаи-назардан организмда сурункали йод танқислиги билан боғлиқ.

Фолликулар аденома - коллоид буқоқдан фарқли ўлароқ, (15-25% ҳолда тугунли эутиреоид буқоқ) фолликулар эпителийдан ҳосил бўлган хавфсиз ўсма ҳисобланади ва қалқонсимон безнинг А - хужайраларидан ривожланади.

Қалқонсимон без кистаси - унинг тўқима бўшлиғи кистоз суюқлик билан тўлиши оқибатида юзага келган ҳосилага айтилади.

Псевдотугунлар - аутоиммун тиреоидитнинг гипертрофик шаклида қалқонсимон безнинг маълум бўлақларини маҳаллий гипертрофияси тушунилади ва у тугунни эслатади.

Аралаш буқоқ - қалқонсимон без паренхимасининг гиперплазияси бўлиб, гистологик тузилиши микро ва макрофолликулалардан иборат ва улар орасида битта ёки бир нечта тугунлар учрайди.

Буқоқнинг аралаш шакли – оралиқ босқич бўлиб, пайпаслаганда диффуз гиперплазия ва безда айрим тугунлар аниқланади.

Шу ўринда оғир эндемик ҳудудларда буқоқнинг меъёрий эволюцияси кузатилиши мумкинлиги сабабли беморлар мунтазам шифокор назоратида бўлишлари лозим.

Клиник кўриниши. Тугунли эутиреоид буқоққа чалинган беморлар аксарият ҳолларда шикоят билдирмайдилар. Ташхисни аниқлашда йод етишмовчилиги мавжуд ҳудудларда яшовчи бемор қариндошларида қалқонсимон без касалликлари борлиги ва буқоқ ўсишининг динамикаси муҳим аҳамиятга эга. Пальпацияда қалқонсимон без ўлчамлари ўзгариши, тугунли ҳосиланинг консистенцияси ва силжувчанлигини баҳолаш зарур.

Ташхислаш. Қалқонсимон безни УТТ, пальпациядаги субъектив белгилар буқоқни тасдиқлаши ёки инкор этиши мумкин. Тугунли буқоқни УТТ билан бирга радиоизотоп сканирлаш муҳим ташхисий усул ҳисобланади. Изотоп тўпланишига қараб, «иссиқ», «илиқ» ва «совуқ» тугунлар фарқланади. Йод танқислиги ҳудудида яшовчи 45 ёшдан ошган беморларга қалқонсимон безнинг скинтиграфияси ўтказилиши лозим.

Давоси. Қуйидаги клиник белгилардан икки ва ундан ортиғи беморда мавжуд бўлса, лаборатор ва асбобий текширувларнинг натижасидан қатъи назар, жарроҳлик амалиёти ўтказиш керак:

- тугуннинг тез ўсиши;
- қаттиқ консистенцияли бўлиши;
- овоз бойламлари парези;
- регионар лимфа тугунларининг катталашиши;
- яқин қариндошларида қалқонсимон безнинг медулляр раки мавжудлиги.

Шунингдек,, морфологик фолликуляр аденома ташхиси тасдиқланган, тез ўсувчи ёки диаметри 3 см ва ундан ортиқ бўлган коллоид профилерацияловчи тугунли буқоқ ва катта ўлчамга эга бўлган қаттиқ капсулали, икки - уч марта аспирациядан сўнг ҳам сууюқлик тўпланадиган, спирт юбориб, кистани склерозланишига олиб келган қалқонсимон без кисталари ҳам операция қилинади

Онкологик жараёнга шубҳа туғилган беморларни зудлик билан мутахассисга юбориш зарур.

Тугунли коллоид буқоқни **консерватив** даволашдан асосий мақсад: тугун (диаметри 3 см гача бўлган) ўсишини тўхтатиш ва унинг ўлчамларини кичрайтиришга қаратилган. Қалқонсимон без эндемик гиперплазиясининг 1,2,3 даражали диффуз эутиреоид буқоғида унинг ўлчамларини нормаллашувига қадар йоднинг микродозаси буюрилади. Бу дори воситаларига - йодид, йодомарин ва йодбаланснинг 100 ва 200 мкг микдордаги шакллари киради. Улар йод танқислиги касалликлари профилактикаси ва даволашда қўлланилади ва эрталаб овқатдан олдин ичишга буюрилади. Узок муддат йод препаратлари қабул қилганда, айниқса,, дозаси оширилиб юборилганда, аллергик реакция (йодизм) тиреодит шаклида асоратланиши мумкин. 3-4 даражали буқоқнинг диффуз шаклларида эутиреоид ёки енгил гипотиреоз ҳолатигача тиреодит гармонлар тавсия этилади. Тиреодит гармонлардан L – тироксин 50, 100 мкг дозада чиқарилиб, бошланғич дозаси 12,5 мкг ва ҳар 2 ҳафтада унинг микдори ошириб борилади.

гармонал терапия асосан юмшоқ консистенцияли аралаш буқоқда, ҳомиладорларда касалликнинг тугунли шакли аниқланганда ҳамда чақалоқлик даврида ва буқоқ кўшни аъзоларни эзиб қўйганда, шунингдек,, операцияга қарши кўрсатмалар бўлганда тавсия этилади. Тиреодит гармонларни узок муддат қабул қилиш режалаштирилганда, доза индивидуал танланади (6-12 ой). Микдори кўпайиб кетмаслиги учун ҳафтада бир кун ёки бир ойда бир ҳафта танаффус қилинади.

Профилактикаси. Аҳолининг ижтимоий - маиший ва гигиеник шароитларини яхшилашга қаратилган соғломлаштириш тадбирларини ўз ичига олган мажмуалар йиғиндисидан иборат.

Умумий профилактика. Эндемик буқоқ худудида яшовчи аҳолини йодланган туз билан таъминлаш.

Гуруҳли профилактика. Ёш болаларга, ҳомиладор ва эмизикли аёлларга йодид, йодомарин, йодбаланс 100,200 мкг.дан буюрилади.

Индивидуал йод профилактикаси. Эндемик ҳудудларда вақтинча истикомаат қилаётган, тиреоидэктомиядан сўнг букоқ ривожланган, жарроҳлик амалиётига қарши кўрсатмалар бўлган шахсларда юқоридаги дори воситалари билан индивидуал йод профилактикаси олиб борилади. Йод профилактикаси билан бирга эндемик ҳудудда яшовчи аҳолини денгиз махсулотлари ва балиқлар билан таъминлаш лозим.

Ҳомиладорлик даврида йод танқислик касалликлар

Ҳомиладорлик даврида эндемик букоқ пайдо бўлади ва айрим ҳолларда ҳомиладорларнинг 1/3 қисмида у гипотиреозга ўтиши мумкин. Йод танқислиги ва тиреоид гармонлар етишмовчилиги ҳомиладорликда нефропатия, анемия, сув кўплиги, ҳомилани кўтара олмаслик, қон кетиши ва ҳомила ривожланишида турли ўзгаришларга (тиреоген кретинизм, нейроспастик кретинизм, кар-соқовлик, интеллектнинг пасайиши, анти-ва перинатал ўлим) олиб келади. Шу сабабли йод танқислиги ҳолатларида ҳомиладорликка қадар профилактик чоралар ўтказиш лозим. Жумладан, унинг илк даврида йодга бой озиқ моддалар ва кунда бир таблеткадан йодид, йодомарин йодбаланс тавсия этилади. Юқоридагиларга қарамасдан, букоқ катталашса ва гипотиреоз белгилари кузатилса, L-тироксин кунда 25 мкг дан 100-150 мкг миқдоргача буюрилади. Даво ҳомиладорликнинг охиригача ва лактация даврида ҳам олиб борилади.

Диффуз-токсик букоқ (ДТБ) - органоспецифик аутоиммун касаллик бўлиб, қалқонсимон без гармонлари Т3 ва Т4 секрециясининг ошиши ва асаб, юрак кон-томир тизимининг ўзгариши билан характерланади. Асосан 20-50 ёшларда, эркакларга нисбатан аёлларда (10:1) кўпроқ учрайди.

Этиологияси. Касалликка мойиллик туғдирувчи асосий сабаб наслий омил ҳисобланади. Оила аъзоларида ДТБ учраши, қонда тиреоид антителаларини топилиши, бошқа аутоиммун касалликлар (ҚД I типи, Аддисон касаллиги, Тернициоз камқонлик, *myasthenia gravis*) билан касалланиш, НЛА-антигенлари (V_8 , DR3) топилиши унинг наслий омилга боғлиқлигини тасдиқлайди. Аёл организмидаги нейроэндокрин мойиллик (ҳомиладорлик, лактация, менструал цикл, климакс) бу касалликка чалинувчанликни белгилайди. Шунингдек,, пубертаглик даври, невротик конституция, НЦД, рухий зўриқишлар, ўткир ва сурункали инфекциялар (грипп, ангина, ревматизм, сил), бош-мия жароҳатлари, куёш нури таъсири, ҳомиладорлик, йоднинг катта дозаларда қабул қилиш (йод-базедов) мойиллик омиллари ҳисобланади.

Патогенези. Касаллик патогенезида аутоиммун генетик ўзгаришлар ва иммун назоратнинг туғма нуқсонлари катта ўрин эгаллайди. Иммуноглобулинлар фолликуляр эпителий рецепторлари билан ўзаро бирикиб, ТТГ-сифат таъсир кўрсатади, шу сабабли қалқонсимон без фаолияти кучаяди. Шунингдек,, тиреотоксикознинг клиник манзараси ривожланишида адренорецепторларнинг катехоламинларга сезгирлигининг ошиши алоҳида аҳамиятга эга.

Оғирлик даражасига кўра тиреотоксикознинг 2 шакли тафовут этилади:

I шакли:

• энгил даражаси - ЮУС 1 дақиқада 80-100 марта, ҳилпилловчи аритмия ва кескин озиб кетиш кузатилмайди. Иш қобилияти бир оз пасайган, кўллларда энгил титраш;

• ўрта оғир даражаси - ЮУС 1 дақиқада 100-120 марта, пульс босими юқори, ҳилпилловчи аритмия кузатилмайди, тана вазни ўртача 10 кг.гача камайган, иш қобилияти пасайган;

• оғир даражаси - ЮУС 120 мартадан ортик, ҳилпилловчи аритмия, тиреотоксик психоз, паренхиматоз аъзоларнинг дистрофик ўзгаришлари, тана вазнининг кескин камайиши, иш қобилиятининг йўқолиши.

II шакли:

• субклиник (енгил даража) яққол бўлмаган клиник манзарада гармонларни текшириш натижалари асосида белгиланади. Бунда ТТГ пасайган, тиреонид гармонлар (T_3 , T_4) ўзгармаган;

• манифест (ўрта оғир) - клиник манзара яққол намоён бўлган. гармонал текширишларда ТТГ пасайган ёки умуман сусайган, T_3 ва T_4 гармонлар миқдори ошган;

• асоратланган (оғир даражаси) - касаллик асоратлари ривожланади (ҳилпилловчи аритмия, юрак ва тиреоген ҳамда нисбий буйрак усти беши етишмовчилиги, паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришлар, психоз, тана вазнининг кескин етишмовчилиги).

Клиникаси. ДТБ нинг асосий клиник белгилари бўлиб тиреотоксикоз синдроми ҳисобланади. Тиреонид гармонларнинг ортиклиги аъзолар ва тизимлар фаолиятининг бузилишига сабаб бўлади. Ушбу ўзгаришлар 4 ва 5 - жадвалларда батафсил ёритилган.

4- жадвал

Тиреотоксикознинг клиник белгилари

№	Тизимлар	Ўзгаришлар
1	Юрак кон-томир тизими	Доимий синусли тахикардия, экстрасистолия, пароксизмал, айрим ҳолларда ҳилпилловчи аритмия, кўпроқ систолик артериал гипертензия, миокардиодистрофия, юрак етишмовчилиги;
2	Катаболик синдром	Озиш, субфебрилитет, терлаш, иштаҳанинг ошиши, мушаклар қувватсизлиги;
3	Марказий нерв тизими	Юқори кўзгалувчанлик, безовталиқ, Мари симптоми (чўзилган қўл бармоқларининг қалтираши), бутун тана қалтираши;
4	Эктодермал бузилишлар	Тирноқларнинг синувчанлиги, сочларнинг тўкилиши;
5	Ҳазм тизими	Коринда оғриқ, ностабил дефекация, тиреотоксик гепатоз;

6	Эндокрин бузилишлар	Тухумдонлар дисфункцияси (аменореягача), фиброз-кистоз мастопатия, гинекомастия, глюкозага чидамлиликнинг бузилиши, тиреоген буйрак усти бези етишмовчилиги (меланодермия, артериал гипотензия) Эндокрин офтальмопатия (50-60%), претибиал микседема (1-4% шиш, болдир терисининг олд тарафини гипертрофияси ва қалинлашиши), акропатия (кафт ва товон периостал остеопатияси), вальвулопатия (30%);
7	Диффуз токсик буқоққа ёндош касалликлар	Ургент клиник синдром ва уни оғир тиреотоксикознинг тиреоген буйрак усти бези етишмовчилиги билан бирга келиши;
8	Тиреотоксик криз	Терлаш, қалтираш, ич кетиши, қоринда оғрик, тахикардия, юқори пульс босими, ступор, кейинроқ кома ривожланиши

5-жадвал

Тиреотоксикозда кўзда кузатиладиган белгилар

№	Белгилар	Ўзгаришлар
1	Греф	Юқори қовоқни нигоҳ пастга қаратилганда, қорачикдан орқада қолиши;
2	Кохер	Пастки қовоқни нигоҳ юқорига қаратилганда, қорачикдан орқада қолиши;
3	Мебиус	Нигоҳни яқин масофадаги буюмни фиксация қилиш қобилиятининг йўқолиши;
4	Жоффруа	Нигоҳ юқорига қаратилганда, пешана тиришишининг бўлмаслиги;
5	Штельвага	Кўзнинг кам пирпираши;
6	Дельримш	Кўз тирқишининг кенгайиши ҳисобига қорачик ва юқори қовоқ орасида оқ чизикнинг пайдо бўлиши;
7	Розембах	Ёпилган кўзларнинг қалтираши

Претибиал микседема - ДТБ билан касалланганларнинг 2-3% да учрайди ва кўп ҳолларда офтальмопатия билан бирга келади. Охириги йилларда касаллик аутоиммун табиатга эга эканлиги ҳамда 30% ҳолларда ДТБ билан касалланганларда вальвулопатия (хусусан, митрал клапан пролапси) кузатилиши шундан далолат беради.

Шунингдек,, йод танқислиги ҳудудларида яшовчи кишиларда ДТБ T_3 -тиреотоксикоз кўринишида кечади ва қонда юқори T_3 ва нормал T_4 микдори кузатилиб, хилпилловчи аритмия ва тахикардия хуружлари билан намоён бўлади. Касалликнинг бу шакли асосан кексаларда учрайди ҳамда буқоқ деярли кузатилмайди. Шу билан бирга ҚБ бир оз ошиши, ишгаҳа пасайиши,

эмоционал лабиллик (13%), депрессия (5,2%) ҳамда кўп ҳолларда кардиал ўзгаришлар аниқланади. Тери ва кўзларда типик ўзгаришлар кузатилмайди.

Ташхислаш ва қиёсий ташхис. Касалликнинг клиник белгилари яққол ривожланганда, ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди ва унда гармонал текширишлар ҳал қилувчи аҳамиятга эга. ДТБ учун ТТГнинг пасайиши ва T_3 , T_4 гармонларининг ошиши характерли. Айрим ҳолатларда тиреотропин рилизинг гармон (ТРГ) рифатиронин билан функционал синама ўтказиш тавсия этилади. ТРГ юборилганда ТТГ миқдорининг ўзгармаслиги, ДТБ ташхисини тасдиқлайди. ТТГ, T_3 ва T_4 миқдори ошиши гипофизнинг ТТГ ишлаб чиқарувчи аденомасига хос белги ҳисобланади. Текширишлар 80-90% ҳолларда ДТБ билан касалланганларнинг қонида тироксинстимулловчи иммуноглобулин (ТСИ) мавжудлигини кўрсатади. ТСИ 35% дан юқори бўлган ҳолатларда, даволашни тўхтатиш касалликни қайталанишига олиб келади. Тиреостатик терапия олаётган беморларга даволашни бошлашдан олдин ва кейин ТСИ ни текшириш тавсия этилади. Ушбу кўрсаткичнинг узоқ муддат юқори бўлиши беморларни альтернатив усуллар билан (жарроҳлик ва радионизотоп) даволашга юбориш учун кўрсатма ҳисобланади.

Радионизотоп текширишлар охирги вақтда кам қўлланилади. Бунинг сабаби қонда гармонларни аниқлаш кенг йўлга қўйилганлигидир. Бу усул қалқонсимон безни йод ютиш хусусиятига асосланган бўлиб, J^{131} нинг ютилиш тезлиги, максимал йиғилиши ва фаоллиги пасайиши тезлигига қараб баҳоланади. Соғлом одамларда максимал ютиш 24-72 соатда индикатор дозасининг 20-40%, гипертиреозда эса 24 соатдан кейин 40% ни ташкил этади. Гипотиреозда бу кўрсаткич 15% дан ошмайди. Радионизотоп сканирлаш (сцинтиграфия)да қисман ёки бутунлай тўш орти буқоғи, тугунлар бор-йўқлиги аниқланади ва ДТБни қалқонсимон безнинг функционал автономиясидан қиёсий ташхислаш учун фойдаланилади.

Сканирлаш 1-5 мки J^{131} ёки 2-3 мки Tc^{99m} қабул қилгандан 24 соат ўтгач ўтказилади. ДТБ учун изотопнинг қалқонсимон безда кўп йиғилиши натижасида тасвирнинг кучайиши хос.

Ультратовуш текширишда – қалқонсимон без экзогенлигининг диффуз пасайиши кузатилади. Шу билан бирга, ушбу текшириш усули без ҳажмини аниқлаш имконини беради. Қалқонсимон без ҳажмининг 45 мл. (cm^3) дан ошиши жарроҳлик амалиёти ўтказишга кўрсатма ҳисобланади.

Қиёсий ташхис

Нейроциркулятор дистония. Умумий белгилари: эмоционал лабиллик, терлаш, тахикардия, АГ мойиллик. Фарқли белгилари: доимий бўлмаган тахикардия, овқат истеъмол қилмаслик оқибатида озиб кетиш, пульс босими меъёрида бўлиши, кафт ва оёқларнинг музлаши.

Климактерик невроз. Умумий белгилари: эмоционал лабиллик, АГ, таъсирчанлик, ёмон уйку, йиғлоқилик, қизиб кетиш, кўп терлаш. Фарқли белгилари: тана вазнининг ошишига мойиллик, совуқ қотиш ва қизиб кетишнинг алмашиб туриши, пульс босимини меъёрида бўлиши

Ревмокардит. Умумий белгилари: субфебрил тана ҳарорати, юрак уриб кетиши, ҳансираш, умумий ҳолсизлик. Фарқли белгилари: ревматик анамнез, юрак нуқсонларининг мавжудлиги ва мусбат ревмо синамалар.

Сил. Умумий белгилари: тана ҳароратининг субфебрил бўлиши, ҳолсизлик, терлаш, озиб кетиш, тахикардия. Фарқли томонлари: доимий бўлмаган тахикардия, йўтал, қон туфлаш, Манту реакциясининг мусбат бўлиши, кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографиясида специфик ўзгаришларнинг аниқланиши.

Қалқонсимон безнинг функционал автономияси. Кўпроқ 50 ёшдан кичик кишиларда учраб, букоқнинг тугунли ва кўп йилдан бери бўлиши ҳамда офтальмопатия бўлмаслиги билан фарқланади.

Хавfli ўсмалар. Умумий белгилари: озиб кетиш, ҳолсизлик, субфебрил ҳарорат. Фарқли белгилари: иштаҳанинг йўқлиги, гўшт маҳсулотларига кўнгил бўлмаслиги, тиреоид гармонлар миқдори меъёрида.

Даволаш. ДТБ ни даволашнинг асосий усуллари қуйидагилар:

† консерватив - антитиреоид воситалари билан;

† тиреостатиклар билан даволашдан кейин жароҳлик усулини қўллаш;

† радиоактив йод билан даволаш.

Турли мамлакатларда даволашнинг у ёки бу усулларидан фойдаланилади. Европа ва Осиё давлатларида консерватив даво чоралари кўпроқ қўлланилади. Чунки енгил йод танқислиги тиреостатикларга сезувчанликни оширади. Йод истеъмоли юқори бўлган АКШ ва Японияда радиоактив I_2 билан даволаш олдинги ўринда туради. Бизнинг ҳудудимизда беморларни асосан тиреостатиклар, яъни меркаптоимидазол (мерказолил, тиамазол, карбимизол), кам ҳолларда пропильтиоурацил (пропицил) билан даволаш йўлга қўйилган. Улар йод органификацияси ва йодтирозинлар конденсациясини тормозлаб, тиреоид гармонлар синтезини тўхтатади. Шу билан бирга иммун кўрсаткичларга ҳам таъсир этади. Бу воситалар билан даволашда 50-75% ҳолларда эутиреозга эришилади. Бемор ёшидан қатъи назар, ДТБнинг барча оғирлик даражаларида мерказолил кенг қўлланилади. Енгил шаклида кунлик дозаси 15-20 мг, ўрта оғир шаклида 20-30 мг, оғир шаклида 30-40 мг ва ундан ортиқни ташкил этади. Касалликнинг асосий белгилари бартараф этилиб, эутиреоз ҳолатига эришилгач, аста-секин дозани камайтириш мумкин. Беморнинг вазни ва юрак уриш сони уни камайтириш учун мезон бўлиб ҳисобланади. Ушлаб турувчи доза 5-15 мг. ёки кунига 2,5-10 мг.дан 6-18 ой (1,5 йил) давомида ёки «блокла ва ўрнини бос» тартибига (нисбатан юқори дозаларда тиреостатиклар билан тироксинни қўшиб ишлашиб, эутиреоз ҳолатига эришиш) ўтиш йўли билан 40-50% ҳолларда узок ремиссияга эришилади.

Тиреостатиклар билан комплекс даволашда БАБ (атенолол 50-100 мг, анаприлин 80-120 мг ва бошқалар) дан фойдаланиш тахикардия ва вегетатив белгиларни бартараф этади, шунингдек,, Т4 ни Т3 га ўтишини

фаоллаштиради. Тахминан 2-4 ҳафтадан кейин улар аста-секин бекор этилади. Бу вақтга келиб, беморлар аҳволи мўътадиллашади ва ўрта оғир шаклида 3-4 ҳафталардан кейин эутиреоз (тиреоид гармонларнинг меъёрлашиши) ҳолати юзага келади. Шу вақтдан бошлаб, мерказолил дозаси ушлаб турувчи дозагача камайтиради ва параллел равишда L-тироксин 50-75 мг. буюрилади. Бу ҳолат мерказолилнинг зобоген таъсирини камайтиради.

Мерказолил ва L-тироксинни ушлаб турувчи дозалари билан даволаш 1,5-2 йил давом этади ва ундан сўнг дори бекор қилиниб, бемор кузатув остига олинади. Агранулоцитоз мерказолил билан даволашнинг энг хавфли асорати ҳисобланади. Давонинг биринчи 3 ойида лейкоцитопенияни аниқлаш мақсадида ҳар 7-10 кунда 1 марта лейкоцитлар сони ва унинг формуласини аниқлаш, кейинчалик эса ҳар 3-4 ҳафтада текширишни тақоррлаш тавсия этилади.

ДТБ да **глюкокортикоидлар** фақат тиреоген буйрак усти бези стишмовчилиги ривожланганда, шунингдек, тиреостатикларга лейкопеник реакция кузатилганда тавсия этилади.

Жаррохлик даволаш усулига кўрсатмалар:

- букоқнинг катта ўлчамларда бўлиши;
- тиреостатикларни кўтара олмаслик;
- консерватив даволашдан кейин касалликни қайталаниши;
- тўш орти буқоғи;
- безда бир ёки бир нечта тугунлар бўлиши.

ДТБни даволашда энг хавфсиз ва юқори самарали усул радиоактив J^{131} дан фойдаланиш ҳисобланади. Унинг умумий дозаси 10-15 МКв, ярим парчаланиш даври 8 кунни ташкил қилади.

J^{131} терапиясига кўрсатмалар:

- 40 ёшдан кейин;
- оғир юрак стишмовчилиги;
- ДТБни сил касаллиги билан бирга учраши;
- ДТБ нинг оғир шакли;
- миокард инфаркти ўтказгандан кейин;
- нейропсихик бузилишлар;
- жаррохлик йўли билан даволашдан бош тортиш.

Қарши кўрсатмалар:

- хомиладорлик;
- лактация;
- болалик, ўсмирлик ва балоғат ёши;
- катта ёки тўш орти буқоғи;
- қон, буйрак ва яра касалликлари.

J^{131} билан даволашдан кейин 90-95% ҳолларда тўлиқ ремиссия кузатилади. Касалликнинг қайталаниши аралаш буқоқда ушбу усул билан даволашда 2-5% ҳолларда, ДТБда эса 1% дан ошмайди. Радиоактив йод

билан даволашни бошлашдан олдин беморларга тиреостатиклар ва БАБ буюриб, уларни клиник эутиреоз ҳолатига олиб келиш лозим.

J^{131} билан даволашдан 5-7 кун олдин тиреостатиклар тўхтатилади. У билан даволаб бўлингач, зарурият бўлса, 2-4 ҳафта давомида тиреостатиклар қайта буюрилади.

Гипотиреоз

Гипотиреоз - организмда қалқонсимон без гармонларининг турғун етишмаслиги ёки уларнинг биологик таъсири пасайиши билан характерланади. Яққол намоён бўлган гипотериоз умумий аҳолининг 0,2-1%, субклиник шакли эса 7-10% аёлларда ва 2-3% эркекларда кузатилади.

Этиологияси ва патогенези. Туғма гипотиреоз сабаблари қуйидагилар:

- қалқонсимон без аплазияси ёки гипоплазияси;
- эндемик буқоқ, ТТГ туғма танқислиги;
- тиреоид гармонларга периферик чидамлик синдроми.

Кўп ҳолларда гипотиреоз қалқонсимон бездаги қуйидаги бирламчи ўзгаришлар туфайли юзага келади:

- аутоиммун тиреоидит;
- қалқонсимон без резекцияси;
- J^{131} билан даволаш;
- ним ўткир фиброз тиреоидит ёки специфик тиреоидит;
- ятроген гипотиреоз (ДТБ ни тиреостатиклар билан даволашдан кейин);
- идиопатик гипотиреоз.

Гипотиреоз патогенези асосида юқорида келтирилган жараёнларнинг сусайиши, яъни тиреоид гармонлар танқислиги оқибатида айрим ферментларнинг (хужайравий) етишмаслиги гликозамингликанлар алмашинувининг бузилишига, шиллик қаватлар, тери, тери ости ёғ тўқимаси, мушаклар ва миокард инфильтрациясига олиб келади.

Клиникаси. Касалликнинг клиник манзараси турлича бўлиб, унга боғлиқ шикоятларни аниқлаш учун синчковлик билан анамнез йиғиш лозим. Бемор тана вазнининг ошиши, тери қуруқлиги ва зичлиги, рангининг ўзгариши (сарғимтир), юз ифодасининг кўполлашиши, пойабзал ўлчамининг катталашини, нутқнинг раво эмаслигидан шикоят қилади. Вақти-вақти билан ўнг ёнбошда ва кўкрак қафасида оғриқ, қабзият, юрганда ҳансираш кузатилади. Аёлларда ҳайз циклининг бузилиши, яъни полименорея, менометрорагиядан аменореягача бўлган ўзгаришлар учраши мумкин. Бемор интеллекти ва хотираси кескин пасаяди, ҳодисаларни қийинчилик билан таҳлил қилади. Гипотиреозда шартли равишда қуйидаги синдромларни ажратиш мумкин:

- гипотермик ва модда алмашинувини бузилиш синдроми-семизлик, тана ҳароратининг пасайиши;
- гипотиреоид дермопатия - микседематоз ва претибиал шиш, ойсимон юз, лаб, тил шиши, унда тиш изларининг бўлиши, тери қопламлари

сариклиги (гиперкаротинемия), эшитишнинг пасайиши, овоз хириллаши;

- марказий ва периферик нерв тизими зарарланиши синдроми - ўйкучанлик, тормозланиш, хотира пасайиши, брадикардия, мушакларда оғриқ, парестезия, пай рефлекслари пасайиши;

- юрак қон-томир тизими зарарланиши синдроми - брадикардия, ЭКГда Т-тишчаси вольтажнинг пасайиши ёки манфий бўлиши, қон айланиши етишмовчилиги; А/Б пасайиши, полисерозит белгилари;

- опқозон-ичак тизимини зарарланиши - гепатомегалия, ўт йўллари дискinezияси, қабзият, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, қайт қилиш;

- камқонлик белгилари - нормохром, нормоцит, гипохром темир танқислиги, макроцитар ва V_{12} -танқислик камқонлиги;

- гиперпролактинемик гипогонадизм белгилари - ГРГ гиперпродукцияси, ТТГ ва пролактин ишлаб чиқарилиши ва ЛГнинг пасайиши, яъни Ван-Вик-Хеннес-Рос (амеорея, галакторея, иккиламчи тухумдонлар поликистози) симптоми;

- эктодермал бузилиш белгилари - сочлар хиралиги, синувчанлиги, тўкилувчанлиги, қошлар, бадандаги туклар тўкилиши ва секин ўсиши;

- «Бўш турк эгари» синдроми - тиреоид гармонлар пасайиши оқибатида гипофизнинг узоқ вақт стимулланиши (тиреоид гармонлар билан даволаш натижасида турк эгари ўлчами кичради) ва гипофиз аденомаси юзага келиши;

- «Ўйкудаги апноэ» синдроми - нафас йўллари шиллик пардасининг микседематоз инфилтратсияси ва нафас маркази сезгирлиги пасайиши натижасида кузатилади.

Иккиламчи гипотиреозда кўп ҳолларда гипофизнинг бошқа троп гармонлари етишмаслиги белгилари кузатилади ва у қуйидаги белгилар билан кечади: гипотермик-модда алмашинувининг (семизлик ёки айрим ҳолларда озиб кетиш) бузилиши; яққол намоён бўлмаган (тери рангпар ажишли дағал шишсиз) дермопатия; қон айланишининг бузилиши; гипотиреоидли полисерозит; гепатомегалия; V_{12} -танқис камқонлиги.

Гипотиреоид кома касалликнинг кам учрайдиган, аммо оғир асорати ҳисобланади. У кўпинча совуқ ҳудудларда, оғир ёндош касалликлари бўлган беморларда ва қарияларда, узоқ вақт аниқ таъхис қўйилмаган ҳолларда кузатилади. Комани келиб чиқишига – совуқда қолиш, барбитуратлар ва нейролептиклар қабул қилиш, интеркуррент касалликлар туртки бўлиши мумкин.

Асорат патогенези асосида тўқималарда O_2 алмашинувининг бузилиши ва узоқ вақт гипотиреоз натижасида буйрак усти беги фаолиятининг етишмаслиги, буйраклар гипоперфузияси, вазопрессиннинг меъёрида ишлаб чиқарилмаслиги (тиреоид гармонлар вазопрессиннинг антогонисти ҳисобланади) ётади. Кома гипотермия, гиповентилияция, гиперкапния, гиперволемия, гипонатриемия, брадикардия, АД пасайиши, ўткир сийдик ва динамика ичак тутилиши, гипогликемия, юрак етишмовчилиги, марказий нерв тизимининг авж олиб борувчи тормозланиши (ступор, кома) белгилари билан намоён бўлади ва тегишли тиббий ёрдам кўрсатилмаса, 80% ҳолларда ўлим билан тугайди.

Ташхислаш

- Субклиник гипотиреоз - ТТГ баланд, T_4 меъёрида;
- манифест гипотиреоз – ТТГ баланд, T_4 пасайган;
- иккиламчи гипотиреоз - ТТГ ва T_4 пасайган.

Туғма гипотиреоз скрининги - бола туғилгандан 4-5 кун ўтгач, қон зардобидаги ТТГ миқдорини аниқлашга асосланган. Агар ТТГ меъёрида ёки пасайган бўлса, ТРГ билан синама ўтказилади - бирламчи ва иккиламчи гипотиреозни қиёсий ташхислаш мақсадида аввал ТТГ миқдори аниқланади, томир ичига 200 мкг. ТРГ юборилгандан кейин 30 дақиқа ўтгач, қайта текширилади.

Бирламчи гипотиреозда - ТТГ 25 мМЕл ва ундан юқори, иккиламчисида эса ТТГ миқдори ўзгармайди.

Гипотиреоз классификацияси

Патогенезига кўра:

- бирламчи (тиреоген);
- иккиламчи (гипофизар);
- учламчи (гипоталамик);
- тўқима (транспорт, периферик гипотиреоз).

Оғирлик даражасига кўра:

- латент (субклиник) - ТТГ баланд, T_4 меъёрида;
- манифест - ТТГ баланд, T_4 паст.

Клиник белгиларига кўра:

- компенсацияланган;
- декомпенсацияланган;
- оғир кечиши (асоратланган) – оғир ҳолатлар, яъни кретинизм, юрак етишмовчилиги, полисерозитлар, гипофизнинг иккиламчи аденомаси.

Қиёсий ташхиси. *Гипотиреоз ва камқонликнинг қиёсий ташхиси.*

Камқонлик ва гипотероз учун хос бўлган умумий белгиларга камқонликнинг мавжудлиги киради. Беморда темир ёки В12 танқислиги камқонлигига хос белгилар кузатилади. Лекин гипотиреоздан фарқли равишда, камқонликда умумий шиш, юзнинг керкиши, уй қучанлик, адинамия, гармонларнинг пасайиши кузатилмайди. Бемор териси рангпар, аммо совуқ бўлмайди. Камқонликда пульс тахикардияга мойил, гипотиреозда эса брадикардия кузатилади. Гипотиреозни даволашда энг самарали восита тиреоид гармонлар ҳисобланса, камқонликда темир воситалари ва В12 витамини яхши самара беради.

Айрим ҳолларда, гипотиреозни СГНдан фарқлаш лозим. Чунки юзнинг шиши ва керкиши, рангпарлик, камқонлик, ЭЧТнинг ошиши уларни биридан фарқлашни тақозо қилади. Лекин СГНда уйқучанлик, эслаш қобилятининг пасайиши, соч тўкилиши, совуқ қотиш, ҳаракатларнинг секинлашиши кузатилмайди. Гломерулонефритда шишлар юмшак бўлиб, тахикардия, АҚБнинг кўтарилиши кузатилади. Сийдик чўкмасидаги

ўзгаришлар (микрогематурия, цилиндрурия), кўз тубидаги ўзгаришлар (артериолаларнинг қисқариши, қон қуюлишлар, экссудация ва тўр парданинг шиши) ташхисни тўғри қўйишга ёрдам беради.

Айрим ҳолларда бепуштлиқнинг сабаби гипотиреоз бўлишини, мабодо унга чалинган аёллар ҳомиладор бўлганларида ҳам болалари кам тана вазни билан туғилишини УАВ яхши билишлари лозим. Бундай аёллар ҳомиладорлик вақтида тиреоид гармонга муҳтож бўладилар. Гипотиреози бўлган болаларни эрта тиреоид воситалари билан даволаш керак. Компенсацияланмаган гипотиреози бўлган аёлларда ҳомиладорлик вақтида 80% ҳолларда АГ ривожланиш хавфи бор ва уларни тироксинга бўлган эҳтиёжи ўртача 45% га ошади. Бунда камида ойида бир мартага ТТГ ва Т4ни текшириб туриш керак. Ҳомиладор бўлмаганда L-тироксин тўлиқ қувватловчи миқдори тана оғирлигидан келиб чиқиб кунда 1,6 мкг, оғир ёндош касалликлар бўлганда эса кунда 0,9 мкг/ тавсия қилинади.

Даволаш. Гипотиреознинг барча шаклларида L-тироксин билан даво қўлланилади. Даволаш одатда кичик дозалардан бошланади ва қарияларга кунда 12,5 мкг, ёндош юрак касалликлари бўлса, 6,25 мкг эрталаб овқатдан 30 дақиқа олдин буюрилади. Дори дозаси секинлик билан ёшларда 3-4 ҳафта, кексаларда эса 2-3 ой давомида ошириб борилади. Беморда қон айланиши етишмовчилиги бўлган ҳолларда 4-6 ой давомида дори миқдори ушлаб турувчи дозага етказилади. L-тироксиннинг умумий дозаси 1 кг тана вазнига 1,6 мкг (аёлларда ўртача кунда 100 мкг, эракларда 150 мкг) ҳисобланади.

Буйрак усти бези етишмовчилиги (Шмидт синдроми) қўшилганда даволаш ГКС воситаларидан бошланади ва компенсацияга эришилгач L-тироксин қўшилади. Агар 4 ойдан кейин ҳам ТТГ кўрсаткичи меъёрига келмаса, дори дозаси яна 25 мкг га оширилади. ТТГ меъёрлашгандан сўнг беморлар қонида уни қайта текшириш 6 ойда бир марта, кейинчалик эса йилда бир марта ўтказилади. Бемор ёши улғайган сари тиреоид гармонларга бўлган эҳтиёж камаяди.

Комани даволаш. Бир кеча-кундузда вена ичига тироксин 250 мкг дан ҳар 6 соатда юборилади ва кейин ўринбосар терапияга ўтилади. Т3 100 мкг ошқозон зонди орқали, кейинчалик ҳар 12 соатда 25-50 мкг буюрилади. Бир вақтнинг ўзида ҳар 2-3 соатда 10-15 мг преднизолон ёки 50-75 мг гидрокортизон ичишга ва мушак орасига кунда 3-4 марта юборилади. Дори дозаси 2-4 кундан кейин камайтирилади. Қуйиладиган суюқлик миқдори кунда 1 л дан ошмаслиги керак. Шунингдек, баданни сунъий иситиш (чойшаб билан ўраш) тавсия этилади.

Туғма гипотиреоз – болаларда кўп учрайдиган калқонсимон без касалликларидан бири ҳисобланади. Унга шубҳа бўлганда бола туғилгандан кейинги 4-5 кунлари қон таҳлили (товондан олинади) ўтказилади. Чала туғилган чақалоқларда 7-14 кунлар мақбул муддат ҳисобланади.

- ТТГ < 20 мм.л –меъёр;

- ТТГ > 20 мМЕ.л - қайта текшириш лозим;
- ТТГ > 50 мМЕ.л - гипотиреозга тахмин қилиш мумкин;
- ТТГ > 100 мМЕ.л – гипотиреоз;

ТТГ 20-50 мМЕ.л ва $T_4 < 120$ нмоль.л бўлса, L-тироксин буюришга кўрсатма ҳисобланади:

ТТГ > 50 мМЕ.л бўлганда, L-тироксин билан даволашни кечиктирмай бошлаш ва бошлангандан сўнг 2 ҳафта ҳамда 1-1,5 ойдан кейин чин туғма гипотиреозни транзитордан фарқлаш учун чақалоқни кузатиб бориш лозим.

Бир ёшли болаларга L-тироксин 2 ҳафта давомида берилиб, ундан сўнг ТТГ ва T_4 аниқланади. Кўрсаткичлар меъёрда бўлса, даволаш тўхтатилади. L-тироксин кунда 25-50 мкг (ёки 8-12 мкг кг) буюрилади.

Тиреоидитлар

Қалқонсимон безнинг специфик ва носпецифик яллиғланиш касалликлари бўлиб, унинг фаолияти бузилишининг асосий сабаби ҳисобланади. Касаллик белгисиз кечиши сабабли кўп ҳолларда ташхис кечикиб қўйилади. Ўткир, ўткир ости (де Кервен), сурункали, лимфоид, аутоиммун (Хашимото буюғи) ва фиброматоз (Ридель буюғи) тиреоидитлар фарқланади.

Ўткир тиреоидит - жуда кам учраб, кўпинча 20 дан 40 ёшгача бўлган ораликда кузатилади. Аёллар эркакларга нисбатан 4-6 марта кўпроқ касалланадилар, болаларда эса кам учрайди. Специфик этиологик омил бўлиб одатда стафилакокк, пневмококк, гемолитик ва тилла ранг стрептококк ҳисобланади. Кўпроқ ўткир тиреоидитнинг юзага келиши оғиз бўшлиғи инфекцияси билан боғлиқ. Унга сабаб бўлиб, ҳиқилдок ва қалқонсимон безни умумий регионар лимфа томирларга эга бўлиши ҳисобланади. Чунки ушбу томирлардан инфекцияни қалқонсимон безга ўтиши кузатилади. Яллиғланиш жараёнларини юзага келишида қуйидаги омиллар мойиллик туғдиради: хомилдорлик; ҳайз вақтида безни қонга тўлиши; унга қон қуйилишлар; узок муддатли йўтал; қайт қилиш; жисмоний зўриқишлар. Ўз навбатида, қон қуйилишлар безда ёки унга яқин жойда яшириниб ётган инфекция кўзғалишига туртки бўлиши мумкин. Агар ўткир яллиғланиш жараёни ўзгармаган қалқонсимон безда юзага келса тиреоидит, струмоз без зарарланганда эса струмит деб аталади.

Аксарият ҳолларда касаллик ўткир бошланиш билан характерланади - тана ҳарорати 39° - 40° гача кўтарилади, иситма, терлаш кузатилади. Доимий оғриқ асосий белги бўлиб ҳисобланади. У йўтал вақтида кучайиб, бошни эгганда қулоқ ва энса соҳасига узатилади. Беморлар ён атрофга қараганда оғрикни кучайганлиги сабабли бошни олдинга эгиб, ярим ўтирган ҳолатни эгаллашга ҳаракат қиладилар. Бошни тик ҳолатга келтирганда эса оғриқ кучаяди. Кўздан кечирганда ва палпацияда қалқонсимон без соҳаси устида тери иссик ва гиперемия кузатилади. У зичлашган, катталашган ва

жуда оғрикли бўлади. Шунингдек,, беморларда бош оғриғи, холсизлик, бош айланиши, кулоқда шовкин, қонда лейкоцитоз, ЭЧТнинг тезлашиши каби умумий интоксикация белгилари кузатилади. Боғланган оксил билан йод, T_3 ва T_4 лар меъёрида, J^{131} ютилиши одатдагидек бўлади. Периферик лимфа тугунлари катталашади ва флюктуация пайдо бўлиши ташхисни оқиндиради. Йиринг ўчоғини кўкс ораллиғига, трахеяга ёрилиши касалликнинг хавфли асорати ҳисобланади.

Даволашда антибиотиклар (пенициллин гуруҳи - 2 ҳафтадан кам бўлмаган муддатга) ва сульфаниламид воситаларидан фойдаланилади. Дезинтоксикация мақсадида вена ичига суюқликлар юборилади. Яллиғланиш йирингли босқичга ўтса ва флюктуация ҳосил бўлса, жарроҳлик амалиётини ўтказиш лозим бўлади.

Ўтқир ости тиреоидити, биринчи марта де-Кервен томонидан таърифланган бўлиб, 5-15% ҳолларда букоқ негизида кузатилади ва сурункалига нисбатан 5-10 марта камроқ учрайди. Ушбу касаллик айрим ҳолларда ўтқир ости, гигант хужайравий ёки грануламатоз тиреоидит номи билан ҳам аталади. Касалликни вирус чақириб, кизамиқ, тепки, грипп, баъзи ҳолларда ангинадан сўнг юзага келади. У аксарият ҳолларда секин бошланса ҳам, баъзан субфебрил ёки юқори ҳарорат, қалқонсимон безнинг зичлашиши, оғрикли шиш, уни кулоқ, энса ва чакка соҳасига узатилиши каби белгилар билан намоён бўлади. Қалқонсимон без одатда диффуз катталашади, лекин айрим ҳолларда унда тугунлар мавжудлигини аниқлаш мумкин. Регионар лимфа тугунларининг катталашмаганлиги хос клиник белгилардан бири ҳисобланади. Кўпинча беморларда ЭЧТни тезлашиши, қонда альбуминлар пасайиши ва глобулинларнинг ошиши қайд этилади. Лейкоцитлар миқдори меъёрда ёки бир оз ошиши мумкин.

Даволаш ГКС ёрдамида олиб борилади ва 60 мг преднизолондан бошланади. Клиник белгилар тўлиқ йўқолгандан кейин унинг миқдори камайтириб борилади. Преднизолонни ушлаб турувчи дозаси 10 мг бўлиб, 1-2 ойдан сўнг кузатиладиган даволаш самараси уни эрта тўхтатишга асос бўлмаслиги керак. Чунки бу ҳолат касалликни қайталанишига ва гармонотерапияни қайта ўтказиш заруриятига олиб келиши мумкин. Қайталаниш кузатилган ҳолларда ГКС турини алмаштириш йўли билан комплекс даво ўтказиш ҳамда унинг қабул муддатини узайтириш тавсия этилади. Монанд даво курси ўтказилганда, бемор 5-6 ойда тузалиб кетади. Илмий маълумотларга кўра, касаллик бошида қалқонсимон безда аутоиммун жараёнлар кузатилишига қарамадан, ўтқир ости тиреоидити Хашимото букоғига ўтмайди ва гипотиреоз ҳамда бошқа аутоиммун касалликлар билан биргалика кечмайди.

Гармонлар билан ўтказилган терапиядан самара бўлмаслиги, қайта инфекция билан боғлиқ равишда касалликни тез-тез қайталаниши турғун тиреотоксикоз, шунингдек,, қалқонсимон безда хавфли ўсмани пайдо бўлишига шубҳа жарроҳлик амалиёти ўтказишга кўрсатма ҳисобланади.

Қалқонсимон безда хавфли ўсма юзага келиши ўткир ости тиреодитни кечки боскичларида рўй бериши мумкин.

Даволаш - жарроҳлик йўли билан амалга оширилиб, безни тарқок шикастланишида уни бутунлай олиб ташлаш ва ўринбосувчи гармонал терапияни давом эттириш тавсия этилади. Жараён бир томонлама кечганда, шу бўлак резекцияси ўтказилади. Шунинг учун ушбу касалликка чалинган беморларни УАВ мутахассис шифокорга юбориши лозим.

Фиброз – инвазив тиреодит (Ридель бўқоғи) - тиреодитни жуда кам учрайдиган шакли (0,98%) ҳисобланади ва биринчи марта 1986 йилда Ридель томонидан таърифланган. Ушбу касаллик бошқа тиреодитлардан фарқли ўларок, безни ҳаддан зиёд зичлиги ва инвазив ўсишга мойиллиги билан бирга уни диффуз ёки ўчоқли катталашиши жиҳатдан фарқланади ва натижада парезлар, бўйин ва трахея томирларининг эзилиш белгилари кўпроқ ривожланади. Этиологияси ва патогенези ноаниқ ҳисобланиб камдан- кам ҳолатларда паст титрда антитиреод антителалар аниқланади ва патогенетик аҳамиятга эга бўлмайди. Ридель тиреодити мультифокал фибросклерознинг бир қисми ёки фиброзловчи касаллик сифатида намоён бўлиб, ретроперитонеал, медиостенал, орбитал ва ўпка фибросклерози билан биргаликда келиши мумкин. Тиреодитнинг бу шакли йиллар давомида ривожланиб, гипотиреозга олиб келади. Фиброз соҳалар сканирлашда «совуқ» ўчоқ аниқланади. Ўзгаришлар кўпинча мультифоликуляр бўлиб, айрим ҳолларда фақат битта бўлак зарарланади ва шунда бемор эутиреод ҳолатига ўтади. Пальпацияда безни ёғочсимон зичликда эканлиги атрофдаги тўқималар билан бирикиб кетганлиги, ёмон ҳаракатланиши аниқланади. Ташхис антитиреод антителалар аниқланиши ва пункцион биопсия натижалари асосида қўйилади. Қиёсий ташхис қалқонсимон без раки билан ўтказилади. Кальцитониннинг юкори даражаси қалқонсимон без медуляр рақини маркери бўлиб ҳисобланади ($> 0,3$ НГ мл).

Биопсиянинг шубҳали натижасида рақ мавжудлик хавфи 20% ни ташкил этади. УТТда нотекис ҳошиясиз ва ташқи чегарасиз гипозоҳоген ҳосилалар, шунингдек, микрокальцинатлар, парчаланиш бўшлиқлари аниқланиши мумкин. Қалқонсимон безда яққа ўсмали ҳосила аниқланиши одатда хавфли жараён мавжудлигига шубҳа туғдиради ва нисбатан тез ўсиш, зич консистенция, атроф тўқима ва трахея билан бирикиб кетганлиги ҳамда овозда ўзгаришлар кузатилиши билан характерланади. Айрим ҳолатларда бўйинда ҳаракат чегараланган бўлиб, зич консистенцияли, катталашган лимфа тугунларини пайпаслаш мумкин. Ташхис қўйиш учун тиреосцинтиграфия самарали бўлиб, хавфли ўсмада бу усул қалқонсимон безнинг бир қисми «ампутация»си кўринишини ёки «совуқ тугун» тасвирини аниқлаш имконини беради. Эндемик буқоқда сцинтиграммада аниқ ёки бир оз намоён бўлган кўп сонли иссиқ тугунларни кўриш мумкин. Қалқонсимон без эса жуда яқши контурланган бўлади. Сцинтиграфия ёрдамида эндемик буқоқни дегенератив шакллари (кисталар,

кальцификатлар ва фиброз ўчоқлар) фарқлаш қийин, чунки улар тасвири худди «совуқ тугун»дек кўринади. Лекин улар кўп сонли бўлиб, бутун без бўйлаб тарқоқ ёйилган ҳолатда тасвирланади.

Даволаш учун беморларни мутахассис шифокорга юбориш лозим.

Туғруқдан кейинги оғриқсиз тиреоидит

Туғруқдан кейинги тиреоидит (ТКТ) аутоиммун касаллик бўлиб, морфологик жиҳатдан қалқонсимон без тўқимасининг лимфоцитлар билан инфильтрацияси, яъни гигант хужайраларнинг бўлмаслиги билан характерланади ва клиник жиҳатдан тиреотоксикознинг гипотиреоз билан алмашиниши кузатилади.

Этиопатогенези. ТКТ 3-5% туккан аёлларда кузатилади. Бу ҳолат йод танқислигига ёки наслий мойиллик бор ёки йўқлигига боғлиқ бўлмаган ҳолда намоён бўлади. Транзитор тиреотоксикоз фолликулаларининг яллиғланиши натижасида юзага келиб, ТКТ HLA тизимининг HLA-DR3 ва DR5 гаплотиплари билан боғлиқдир.

Клиникаси. Одатда касаллик туғруқдан 1-3 ой ўтгандан кейин транзитор тиреотоксикоз белгилари билан намоён бўлади ва кейинчалик ўткинчи гипотиреоз ривожланади. 6-8 ойдан сўнг касаллик ремиссияга ўтади. Қалқонсимон без бир оз катталашган, оғриқсиз ва функционал ҳолати доимо ўзгармайди. Қонда тиреоглобулинга, микросомал фракцияга антителалар миқдори кўпаяди.

Ташхислаш мезонлари:

- касалликни туғруқ жараёни билан боғлиқлиги;
- транзитор тиреотоксикознинг бўлиши;
- антимикросомал антителаларнинг ошиб кетиши;
- УТТ да диффуз ёки мультифокал гипозоноген ўзгаришлар;
- гистологик ва цитологик текширувларда лимфоцитлар инфильтрациясининг кузатилиши.

Даволаш. Гипотиреоид босқичида вақтинча тиреоид гармонлари (L-тироксин) билан ТТГ миқдори меъёрлашгунча даволанади ва бу муддат 6 ойдан ортиқ бўлмайди.

Хашимото буқоғи (лимфоид, аутоиммун, лимфоматоз тиреоидит)

Касаллик биринчи марта Хашимото томонидан 1912 йилда ёзилган. Аутоиммун тиреоидитнинг бевосита сабаби бўлиб, қалқонсимон без бутунлигини бузувчи ва тиреоглобулинни қонга тушишига олиб келувчи аспирацион травма, радиоёод билан тўқиманинг бузилиши, яллиғланиш жараёни ёки узок вақт йод билан даволаш каби турли хил жараёнлар ҳисобланади. Жисмоний ва руҳий жароҳатлар, наслий мойиллик, аллергия ва қалқонсимон безнинг бошқа касалликлари, унинг келиб чиқишида муҳим ўрин эгаллайди. Ушбу тиреоидитнинг асосий сабаби туғма иммун назоратни бузилиши ҳисобланади. Бу эса уни диффуз токсик

буқок, коллагенослар, ревматизм каби аутоиммун касалликлар билан бирлаштириб туради. Хашимото буқоғида аутоиммун механизм ишга тушиши натижасида қалқонсимон бездаги гармон ҳосил бўлиш жараёнида мураккаб бузилишлар юзага келади. Тахмин қилинишича, қалқонсимон бездаги бирламчи бузилишлар тимусга боғлиқ Т – лимфоцитлар, улар эса ўз навбатида, В-лимфоцитлар билан биргаликда қалқонсимон безга, тиреоглобулинга ва микросомал фракцияга нисбатан аутоантителалар ҳосил бўлишини чақиради. Қалқонсимон безда йод алмашинуви бузилиши содир бўлади, бу эса тиреоглобулинда йод миқдорини камайишига олиб келади. Тиреоидитда қалқонсимон безни катталашиши уни ўсишини кучайтирадиган ва лимфоцитлар томонидан ишлаб чиқариладиган простогландин Е ва G, ТТГ рецепторлари билан ўхшашликка эга бўлган антителалар томонидан чиқарилади. Касаллик бошида тиреотоксикоз кузатилиши мумкин ва унинг икки хил тури фарқланиб, улар йодни кам ютилиши ва кўп ютилиши билан кечади. Сўнгра T_4 секрецияси пасаяди, T_3 даражаси эса ўзгармайди ва беморларда эутиреоид ҳолат ривожланади. Кейинчалик гипотиреоз клиникаси юзага келади.

Эндемик буқок билан қиёсий ташхислашда қалқонсимон без зичлигининг ошиши, антитиреоид антителалар кўпайиши, сканограммада «ранг-баранг» манзара бўлиши кузатилади. Ўсмани тез ривожланиши, тугуннинг нотекис контурлари, эгри-бугрилиги, ҳаракатчанлиги чегараланганлиги, озиб кетиш қалқонсимон беzi ракига шубҳа туғдириши мумкин. Жараён узокка чўзилган ҳолатларда регионар лимфа тугунларни катталашиши кузатилади. Касалликни ўз вақтида аниқлашда УТТ, безни сканирлаш, пункцион биопсия натижалари, муҳим аҳамиятга эга. Хашимото тиреоидитидинг атрофик шакли гипотиреозни яққол клиник белгиларисиз кечувчи, идиопатик микседеманинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Хашимото буқоғини даволаш касалликни қайси босқичдалигига боғлиқ. Тиреотоксикоз юқори йод - 131 ютилиши билан кечганда, антитиреоид восита тавсия этилади, паст ютилишида эса таъқиқланади. Касалликни 1 ва 2 босқичларида ГКС буюрилади. Улар қалқонсимон безда аутоиммун жараёнларни сусайтиради ва T_3 , T_4 синтезини кучайтиради. Одатда дексаметазон кунда 2 мг (0,5 мг дан хар 6 соатда) буюрилади. Айниқса,, касаллик шишли экзофтальмопатия билан асоратланган беморларга ГКС буюриш мақсадга мувофиқ. Бундай ҳолатларда ретробульбар дексаметазон юбориш зарур. Гипотиреоз ривожланганда узок вақт тиреоид воситалари буюрилади, бу айрим ҳолларда касалликни тўлиқ ремиссиясига олиб келади. Хашимото буқоғида қалқонсимон безни IV-V даражагача тез катталашиши, трахеянинг эзилиши ва ўсмага гумон бўлиши жаррохлик усули ёрдамида даволашга кўрсатма ҳисобланади.

Қалқонсимон без касалликларида умумий амалиёт варачи тактикаси:

- ▶ йод профилактикасини амалга ошириш (гуруҳли, индивидуал);
- ▶ яққол бўлмаган даражада катталашган қалқонсимон безни даволашда

йод воситаларини қўллаш, яъни диффуз буқоқ ва унинг тугунли шакллари профилактикасини олиб бориш;

▶ тиреотоксик аденома ва ДТБ га шубҳа бўлганда, ташхис қўйиш учун беморни мутахассис шифокорга (эндокринолог) юбориш.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Диффуз токсик буқоқ, I даража, ўрта оғир кечиши, декомпенсация босқичи;

✓ Диффуз токсик буқоқ, II даража, оғир кечиши, декомпенсация босқичи;

✓ Асорати: эндокрин офтальмопатия III. Тиреотоксик юрак;

✓ Гипотиреоз, ўрта оғир кечиши, декомпенсация босқичи;

✓ Аутоиммун тиреоидит, гипертрофик шакли, эутиреонид босқичи;

✓ Диффуз буқоқ, I даража, эутиреоз.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Благодосклонная Я. В., Шляхто Е. В., Бабенко А. Ю. Эндокринология. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2007.

2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Москва: Издательство «Литтера», 2006.

3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Москва: «Геотар - Медиа», 2008.

4. Дедов И.И., Мельниченко Р. А., Фадеев В.В., Эндокринология. Москва: «Медицина», 2009.

5. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.

6. Мельниченко Р.А. Наглядная эндокринология. 2-е издание. Перевод с английского. Москва: «Геотар Медиа», 2008.

7. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.

8. Старков Н.Г. Клиническая эндокринология. Санкт Петербург, 2002.

9. Эндокринология умумий амалиёт шифокори фаолиятида. 6-7 – курсларда умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш учун ўқув қўлланма. Д.К. Нажмутдинова ва бошқалар. Тошкент, 2005.

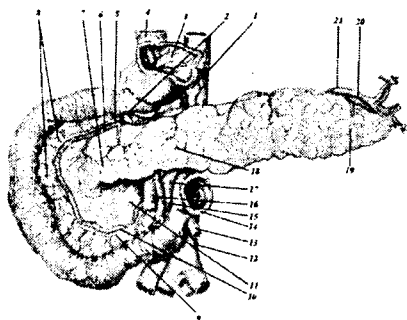
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

*Истеъмол қилаётган таомингиз
дори вазифасини ўтасин, дорингиз
таомдан иборат бўлсин*

Гиппократ

Қандли диабет (ҚД) – инсулин секрецияси ва таъсири ёки ушбу икки омил нуксони натижасида келиб чиқадиغان ҳамда гипергликемия билан кечадиغان бир гуруҳ модда алмашинуви бузилиши касаллигидир (ЖССТ 1999). ҚД жаҳонда кенг тарқалган хасталиклардан бири бўлиб, ер куррасининг тахминан 6,6% аҳолиси унга чалинган ва йил сайин улар сони ортиб бормоқда. Касалликнинг пайдо бўлишида ошқозон (меъда) ости безидаги ўзгаришлар етакчи ўрин эгалайди.

Шунинг эътиборга олиб қуйида биз унинг анатомик тузилишига қисқача тўхталиб ўтамиз. Ошқозон ости бези ошқозон остида, корин орка деворида, ўн биринчи, ўн иккинчи кўкрак ва биринчи, иккинчи бел умуртқалари соҳасида жойлашган бўлиб, уч қисмдан иборат: бош, тана ва дум қисмлари. Тана ва бош қисми орасида ингичкалашган бўйин қисми фарқланади. Безнинг оғирлиги 70-80 г бўлиб, узунлиги 16-22 см, кенлиги 3-9 см ва қалинлиги 2-3 смни ташкил қилади. Ошқозон ости безида инсулиндан ташқари глюкагон – бетта ҳужайраларда, самотастигин – делта ҳужайраларида ишлаб чиқарилади. Улардан глюкагон инсулиннинг антогонисти ҳисобланади. Юқоридагилардан ташқари, безда ишлаб чиқариладиган панкреатик пептид гармони ошқозон-ичак тизимида таъсир кўрсатади ҳамда углеводлар ва липидлар алмашинувида қатнашади (1-расм).



1-расм. Ошқозон ости бези

1-қориннинг артериал стволы, 2-меъданинг ўнг томондаги чарви артерияси, 3-меъданинг чиқиш қисми, 4-пастки кавак венаси, 5-меъда ости бези билан ўн икки бармоқли ичакнинг юқори артерияси, 6-меъда ости бези билан ўн икки бармоқли ичакнинг венаси, 7-меъда ости бези боши, 8- ичак тармоқлари, 9-меъда ости бези билан ўн икки бармоқли ичакнинг пастки артерияси, 10-меъда ости бези билан ўн икки бармоқли ичакнинг венаси, 11,12-аорта, 13-ичак тутқичнинг пастки артерияси, 14-ўн икки бармоқли оч ичак бурмаси, 15-ичак артерияси, 16-ичак тутқич устки венаси, 17-ичак тутқич устки артерияси, 18-меъда ости бези танаси, 19-меъда ости бези думи, 20-талок венаси, 21-талок артерияси.

ЖССТ томонидан тавсия этилган клиник классификациясига кўра, касалликнинг қуйидаги синфлари фарқланади:

А. Клиник синфлар**I. Қандли диабет**

1. Инсулинга қарам қандли диабет (қандли диабет 1 – тип)
2. Инсулинга қарам бўлмаган қандли диабет (қандли диабет 2-тип)
 - А) нормал вазли одамларда;
 - Б) семиз одамларда;
 3. Овқатланишдаги етишмовчилик билан боғлиқ қандли диабет
 - А) фиброкалькулез панкреатик диабет;
 - Б) оксид етишмовчилиги билан боғлиқ панкреатик диабет;
4. Муайян ҳолатлар ва синдромлар билан боғлиқ диабетнинг бошқа

турлари

А) меъда ости беши касалликлари (панкреатик, гемохроматоз, меъда ости беши резекцияси);

Б) эндокрин касалликлари (кушинг синдроми, акромегалия, тиреотоксикоз, гипертальдостеронизм, феохромоцитома, глюкагонома);

В) дори препаратларини қабул қилиш ва кимёвий моддалар таъсири келтириб чиқарган (ГКС, тиазидли диуретиклар, катехоламинлар, фенотиазин, аллоксан, стрептозотоцин);

Г) инсулин ва унинг рецепторлари аномалияси;

Д) муайян генетик синдромлар (Альстрем, Вернер, DIDMOAD, Коккейн, Лоуренс-Мун-Бидль, Прадер-Вилли, Клайнфельтер, липоатрофик қандли диабет, гликогенозлар, муковисцидоз, Фридрих атаксияси, Гентингтон хорсияси ва бошқалар);

Е) аралаш таъсирлар чақирган ҳолатлар.

II. Глюкозага тургунликнинг бузилиши

- А) нормал вазли шахсларда;
- Б) семизлик бўлган шахсларда;
- В) муайян ҳолатлар ва синдромларда аниқланиладиган;

III. Ҳомилдорлар диабет**Б. Статистик эҳтимол синфлар**

(глюкозага тургунлик меъёрида, аммо ҚД ривожланиш эҳтимоли юқори бўлган шахслар):

А) глюкозага тургунликни илгариги бузилиши;

Б) глюкозага тургунликни потенциал бузилиши.

ҚД клиник синфларига қуйидагилар қиради: ҚД (икки мартаба текширганда, капилляр қонда глюкоза миқдорини 6,1 ммоль/л ёки 110 мг % ортиқ ёки кун давомидаги овқатга боғлиқ бўлмаган маълум бир муддатсиз глюкозанинг капилляр қонда 11,0 ммоль/л дан юқори, веноз қонда 10 ммоль/л кўп бўлиши, глюкозага бўлган чидамлилиқнинг бузилиши (семизлик ёки тана вазнини меъёрида бўлиши билан), ҳомилдорларда кузатиладиган ҚД (фақат ҳомилдорлик даврида) ва симптоматик диабет.

ҚД ривожланишининг ишончли хавфи бўлган синфлар. Унга глюкозага чидамлилиқ меъёрида бўлган, аммо ҚД ривожланишига олиб

келувчи хавф омиллари мавжуд кишилар (семиз наслий мойиллиги бўлган, илгари глюкозага чидамлилиги бузилган, ҳомиладорлик даврида ҚД аниқланган ва 4,0-4,5 кг вазни бола тукқан аёллар, ошқозон ости беши β -хужайраларига антителалар аниқланган) киради.

Юқоридаги синфлардан ташқари, ЖССТ (1999) ҚДнинг этиологик келиб чиқишига кўра қуйидаги турларини фарқлашни тавсия этади:

Гликемик ўзгаришларнинг этиологик классификацияси (ЖССТ, 1999 йил)

1. Қандли диабетнинг 1-типи (одатда мутлақ инсулин етишмовчилигига олиб келадиган β -хужайраларнинг шикастланиши):

А). аутоиммун;

Б). идиопатик.

2. Қандли диабетнинг 2-типи (нисбий инсулин етишмовчилиги билан намоён бўлувчи инсулинга турғунлик ҳамда инсулин секрециясининг бузилиши)

3. Диабетнинг бошқа специфик турлари:

А). β -хужайралар рецепторларидаги ирсий нуқсонлар;

Б). инсулин таъсир килувчи хужайралар рецепторларидаги ирсий нуқсонлар;

В). меъда ости беши эндокрин қисми касалликлари;

Г). эндокринопатиялар (акромегалия, гигантизм, Иценко-Кушинга ва бошқалар);

Д). дорилар ва кимёвий моддалар таъсирида келиб чиққан диабет;

Е). инфекциялар;

Ж). иммунитет бузилиши оқибатида кузатиладиган синдромлардаги иккиламчи диабет;

З). баъзан диабет билан бирга кузатиладиган ирсий синдромлар;

4. Гестацион қандли диабет

УАВ фаолиятида ҚД 1 ва 2 типлари кўп учраши сабабли қуйида биз уларга батафсил тўхталиб ўтамыз.

ҚД 1-типи аксарият ҳолларда 12-14 ёшларда учрайди (30 ёшгача кўпроқ учраса ҳам, баъзан чакалоқлар ва қарияларда аниқланади) ва деярли барча ҳолларда наслий мойиллиги бўлган кишиларда ривожланади. Беморлар қонида β -хужайраларга антителалар аниқланиб, организмдаги иммун ўзгаришлар уларнинг ўлимига сабаб бўлади. Бу жараён инсулин ишлаб чиқарилишининг кескин камайишига (90% β -хужайралар фаолияти тўхтагандан сўнг) ва унинг мутлақ етишмовчилигига олиб келади. Шунинг учун у инсулинга боғлиқ ҚД (ИБҚД) ҳам деб аталади. Юқоридаги ўзгаришлар натижасида бемор организмда глюкоза парчаланиши кескин камайиб, ошқозон ости бешида инсулинга қарши контринсуляр гармонлар синтезининг компенсатор ошиши кузатилади. Сўнгги гармон жигарда оксиллар катаболизмини кучайтиради ва натижада аминокислоталардан глюкоза ҳосил бўлиши кўпаяди. Бир вақтнинг ўзида инсулинга қарши гармонлар ёғ тўқимасида липолизни жадаллаштиради ва оқибатда қон зардобиди ёғ кислоталари ошиб кетади. Улардан жигарда кетон таначалари

хосил бўлади, ёғ тўқимасида эса ёғ миқдори камайиб боради. Ўз навбатида қон таркибида кескин камайиб кетган инсулин ривожланиб борувчи глюконеогенез, липолиз ва кетогенезни тўхтата олмайди. Оқибатда қонда глюкоза ҳамда кетон таначалари миқдори ошиб боради ва инсулин билан даво чоралари кўрилмаса, беморда диабетик кетоацидоз ривожланади. Глюкоза миқдори 9,5-10 ммоль/л (170-180 мг %)га етганда глюкозурия кузатилади. Сийдикда глюкоза миқдорининг ошиши унинг осомолярлиги кўтарилишига сабаб бўлади ва беморларда осмотик диурез (полиурия) ривожланади. Организмдан кўп миқдорда сув йўқолиши сувсизланиш ва чанқаш ривожланишига олиб келади. Касалликнинг клиник белгилари ҳам юқоридаги метаболик ўзгаришлардан келиб чиқади. ҚД 1-типига чалинган беморлар чанқаш, полиурия, кўнгил айниши, қувватсизлик, тез чарчаш, иштаҳа ва тана вазнининг камайиши (айрим ҳолларда иштаҳа кескин камаймаган, ҳатто баъзан ошган бўлса ҳам), доимий оч қолиш ҳиссидан шикоят қиладилар. Болаларда энурез кузатилиши касалликка хос белгилардан бири ҳисобланади. Беморларда сийдик тута олмаслик пайдо бўлиши гипергликемия ривожланаётганининг даракчиси эканлигини УАВ эсда тутишлари лозим.

ҚД 2-типи аксарият ҳолларда 35 ёшдан кейин учраб, семизлик, стресс ҳолатлар, кекса ёш, суст жисмоний фаолият, қатор дорилар таъсирида касалликка наслий мойиллиги мавжуд бўлган кишиларда ривожланади. Унинг пайдо бўлишидан олдин ёғ, мушак тўқималари ҳамда жигар хужайраларини инсулин таъсирига чидамлилиги кузатилади. ҚД 2-типи ривожланишининг бошқа бир сабаби, ошқозон ости бези β -хужайраларини глюкозага бўлган сезувчанлигини камайиб кетишидир. Унга чалинган беморларнинг кўпчилиги инсулин билан даволанишига муҳтож бўлмайдилар ва диабетли кетоацидоз ривожланишига чидамлик кузатилади. Шунинг учун касалликнинг ушбу тури инсулинга чидамли ҚД деб аталади. Ушбу тип барча ҚД чалинганларнинг 85-90% ни ташкил этиб, ёш ошган сари беморлар сони кўпайиб боради ва катта ёшдагилар умумий беморлар сонини 50% ни ташкил этади. ҚД 1-типи каби чанқаш, қувватсизлик, тез чарчаш ҳоллари кузатилса ҳам, уларда ушбу белгилар аста-секинлик билан ривожланади ҳамда 60-80% беморларда семизлик билан бирга кечади. Яққол намоён бўлмаган гипергликемия ва касалликнинг белгиларсиз кечиши сабабли ҚД 2 - типини кўп ҳолларда тасодифан аниқланади. Беморларда аксарият ҳолларда тери инфекциялари (чипқонлар, йирингли яралар), унинг қичишишлари, аёлларда вагинитлар кузатилади. Баъзан санаб ўтилганлар касалликнинг бошланғич даврида унинг ягона белгиси бўлиши мумкин. Уларда ёғ тўқимаси кўпроқ тананинг юқори қисмида ва қоринда тўпланади ҳамда касаллик АГ, гиперлипидемия, атеросклероз белгилари билан бирга кечади. Ушбу касалликларнинг бирга келиши адабиётларда «Х» ёки “метаболик” синдром деб аталади. ҚД-1 ва 2-типларининг бир-биридан клиник ва патогенетик фарқлари 1-жадвалда келтирилган.

Қандли диабетни 1 ва 2-типларининг клиник ва патогенетик фарқлари

Белгилар	ҚД 1-типи	ҚД 2-типи
Касаллик бошланишида бемор ёши	Навқирон, одатда 25 ёшгача	35 ёшдан юқори
Касаллик бошланиши	Ўткир	Аста-секин (ой, йил)
Тана вазни	Камайган	Кўп ҳолларда ошган
Жинси	Эркалар кўпроқ ёки иккала жинсда бир хилда	Кўпроқ аёллар
Клиник белгиларни ифодаланиши	Яққол- чанқаш, полиурия, ориқлаш, полифагия	Енгил ёки 40-50% беморларда белгиларсиз
Диабет кечиши	Қисман нотекис	Турғун
Кетоацидоз	Мойиллик	Одатда ривожланмайди
Қонда кетон таначалари миқдори	Кўпинча юқори	Одатда меъёр атрофида
Касаллик бошланиши мавсумийлиги	Кўпроқ куз-киш айларида	Фасл билан алоқаси йўқ
Ирсий маркерлар	HLA-B8, B15, DR3, DR4, DRw билан биргаликда	HLA тизими генлари соғлом популяциядан фарқ қилмайди
Гомозигот эгизакларда Яқинлиги биринчи даражали бўлган қариндошларда диабетнинг учраши	50% дан кам 10% дан кам	90% дан юқори 20% дан ортиқ
Даволаш	Пархез, инсулин (бемор ҳаёти ва саломатлигини сақлаш учун инсулин инъекцияси)	Пархез, глюкоза миқдорини камайтирувчи оғиз орқали қабул қилинадиган дорилар (баъзан инсулин)
Патогенези	β -хужайралар деструкцияси ва касаллик бошланишидан бир йил ўтгач уларни 10% кам қолиши. Инсулинни мутлак етишмовчилиги	β -хужайралар сақланган, периферик тўқималарнинг инсулинга бўлган чидамлилигининг ошиши, инсулиннинг нисбий етишмовчилиги

Этиологияси- наслийлик, НЛА билан алоқадорлик, аутоиммун белгилар	Вирусларнинг роли; Баъзан оилавий II-синф; ДК3, ДК4, В8 билан алоқадорлик кузатилиши	Аксарият ҳолларда онлавий; Йўк; Йўк
Асоратлари: нефропатия; ретинопатия; нейропатия;	Оғир кечади; Касалликни 10 йилларидан; Аксарият ҳолларда мавжуд	Енгил кечади; Касалликни 5 йилдан; Аксарият ҳолларда мавжуд
Бошқа аутоиммун касалликлар билан бирга учраши	Кўп ҳолларда Хошимото тиреодити, Аддиссон ва витамин В12 етишмовчилик камқонлиги касаллиги билан бирга келиши	Кузатилмайди

Шунингдек,, гипергликемия қатор эндокрин ва баъзи бошқа касалликларда ҳам учраши мумкин. Унда сўз иккиламчи ёки симптоматик ҚД тўғрисида кетади. **Ушбу касалликлар тўғрисида батафсил маълумот тегишли маърузаларда ёритилган.**

Касалланиш эҳтимоли бўлган ишончли хавф гуруҳига глюкозага чидамлик меъёрида, аммо ҚДга олиб келувчи хавф омиллари мавжуд (тана вазнининг меъёридан ортиқ бўлиши, касалликка наслий мойиллик, илгари глюкозага чидамлик бузилишини аниқланганлиги, ҳомиладорлик даврида кузатилган ҚД, 4,0-4,5 кгдан ортиқ тана вазнига эга бўлган бола тукқанлар, ошқозон ости беzi β -хужайраларига антителалар мавжудлиги) кишилар киради.

ҚД ташхислаш синамалари. Икки мартаба текширганда, капилляр ва веноз қонда глюкоза миқдори 6,1 ммоль/л (> 110 мг%)дан юқори бўлса, беморда ҚД мавжудлигини тасдиқловчи белги ҳисобланади. Оғиз орқали 75 г глюкоза берилиб, унга бўлган чидамлик синамаси ўтказилганда, 2 соатдан сўнг қонда унинг миқдори 11,01 ммоль/л (200 мг% юқори)дан баланд бўлиши ҳам касаллик мавжудлигини кўрсатади. Сийдикда глюкозурия аниқланиши ҳам аксарият ҳолларда беморда ҚД борлигидан далолат беради. Лекин айрим кишиларда буйракдаги ўзгаришлар ва ҳомиладорлик ҳам сийдик билан глюкоза ажралишига сабаб бўлиши мумкин.

Глюкозага чидамлик синамаси. Ушбу синама капилляр қонда глюкоза миқдори $< 6,1$ ммоль/л (< 110 мг%) бўлган аммо ҚД га хавф омиллари (терининг йирингли касалликлари, тез-тез чипқон чиқиши, тери қичиши, парадантоз, навқирон ёшда катаракт) мавжуд беморларда касалликка шубҳа бўлганда ўтказилади. Агар қонда глюкоза миқдори наҳорда $> 6,1$ ммоль/л ва ундан юқори бўлса ҚД ташхиси кўйилади ва синама ўтказилмайди. Синама ўтказилишидан 3 кун олдин бемор одатдаги парҳезда бўлиши (кунлик истеъмол қиладиган углеводлар миқдори 300 г дан кам бўлмаслиги) ва қондаги глюкоза миқдорига таъсир этувчи

(оширувчи ёки тушурувчи) дорилар қабул қилмаслиги керак. Шунингдек,, бемор тамаки чекмаслиги ва имкон доирасида ҳаяжонланмаслиги лозим. ҚД ташхисий мезонлари ва глюкозага бўлган чидамликни бузилиши ҳақидаги маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Қандли диабет ва бошқа гипергликемик ҳолатларни ташхислаш мезонлари (ЖССТ 1999)

	Глюкоза миқдори, ммоль/ л (мг %)		
	қон		плазма
	венадан	капиллярдан	венадан
Норма			
Наҳорда	3,3- 5,5 (59-99)	3,3- 5,5 (59-99)	4,0- 6,1 (72- 110)
Глюкоза ичилгандан 2 соат ўтгандан сўнг	< 6,7 (<120)	< 7,8 (<140)	< 7,8 (<140)
Қандли диабет			
Наҳорда			
Глюкоза ичилгандан 2 соат ўтгандан сўнг	≥6,1(≥ 110)	≥6,1(≥ 110)	≥ 7,0 (≥ 126)
ёки овқатга боғлиқ бўлмаган ҳолда	≥ 10(≥ 180)	≥ 11,1(≥ 200)	≥ 11,1(≥ 200)
глюкозанинг аниқланиши	≥ 10(≥ 180)	≥ 11,1(≥ 200)	≥ 11,1(≥ 200)
Глюкозага турғунликнинг бузилиши			
Наҳорда			
Глюкоза ичилгандан 2 соат ўтгандан сўнг	≥6,1(≥ 110)	≥6,1(≥ 110)	≥ 7,0 (≥ 126)
	6,7- 10,0 (120-180)	7,8- 11,1 (140-200)	7,8- 11,1 (140- 200)
Гликемиянинг наҳорда бузилиши			
Наҳорда			
Глюкоза ичилгандан 2 соат ўтгандан сўнг	≥5,6(≥ 100)	≥5,6(≥ 100)	≥6,1(≥ 110)
	< 6,1 (< 110)	< 6,1 (< 110)	< 7 (< 126)
	< 6,7 (< 120)	< 7,8 (< 140)	< 7,8 (< 140)

Гликирланган гемоглобин. Соғлом кишида 4-6% гемоглабин глюкоза билан боғланган ҳолда бўлади ва унинг ошиши ҚД борлигидан далолат беради. Ушбу синама нафақат ташхисни тасдиқлаш, балки касалликни компенсация даврини назорат қилиш (икки-уч ой давомида қондаги бўлган глюкоза миқдорини билиш имконини беради) ва баҳолаш учун ҳам қўлланилади.

ҚД ташхислаш, айниқса, инсулинга танқисликни аниқлашда, қондаги С-пептид миқдори муҳим (глюкагон синамаси ёрдамида текшириш) аҳамиятга эга; агар оч қоринда < 0,4 нмоль/л бўлса, ҚД-1 тури ривожланганидан далолат беради.

Глюкогон билан синама. Ушбу текшириш усули ҚД типларини клиник белгилар ёрдамида аниқлаш имкони бўлмаган ҳолларда, ихтисослаштирилган бўлимларда ўтказилади. Наҳорда вена ичига 1 мг. глюкогон юборилиб, 6 дақиқа ўтгач қондаги С-пептид миқдори аниқланади. Шунингдек,, ҚД га чалинган беморларда нефросклероз мавжудлиги ҳамда буйрақлар фаолиятини баҳолаш учун сийдикда оксил, микроальбуминурия, қонда креатинин, мочевино аниқланади, Реберг ва Зимницкий синамалари ўтказилади.

Юқоридагилардан ташқари, қондаги липид спектри, ретинопатияни аниқлаш учун кўз туби, нейропатия учун эса автоном ва периферик нерв тизимлари текширилади.

ҚД чалинган беморларнинг айримларида ЮИК оғриқсиз кечганлиги сабабли, уни ташхислаш учун ЭКГ (шу жумладан, кўрсатмалар бўлганда юклама билан), ЭхоКГ текширишларини ўтказиш зарур. Уларда пиелонефрит ва сил касалликлари тез-тез кузатирилганлиги сабабли ушбу хасталикларни истисно қилиш лозим.

Ҳомиладорларда қандли диабетни аниқлаш. ҚД ривожланишининг юқори хавфи ҳамда унинг 1–2-типи кузатилиш эҳтимоли бўлган барча аёлларда ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталарида УАВ қондаги глюкоза миқдорини аниқлаши зарур. Мабодо қон зардобиди наҳорги глюкоза миқдори 5,85 ммоль/л (капилляр қонда 5,0 ммоль/л) ва ундан кўп бўлса, бу глюкозага чидамлик синамасини ўтказишга кўрсатма ҳисобланади. Куйидаги 3-жадвалда ҳомиладорларда 100 грамм глюкоза билан унга чидамлик синамасини ўтказишда кузатиладиган ўзгаришлар келтирилган.

3-жадвал

Ҳомиладорларда глюкозага чидамлик синамаси кўрсаткичлари

№	Глюкоза қабул қилингандан кейинги вақт (соат)	Қон зардобиди глюкоза миқдори (ммоль/л)
1	0	< 5,83
2	1	< 10,55
3	2	< 9,6
4	3	< 9,6
5	4	< 8,05

ҚД мавжудлиги аниқланган ҳомиладорлар доимий кузатувда бўлишлари (УАВ, эндокринолог ва акушер–гинеколог) ва ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи врачлар консилиуми томонидан индивидуал ҳал қилиниши лозим.

Даволаш. ҚДни даволашда УАВ ўз олдиға қуйидагиларни мақсад қилиб қўйиши керак:

- 1). бемор қониди глюкоза кўрсаткичини меъёриға тушириш ва уни доимий шу ҳолатда сақлаб туриш;
- 2). тана вази индексини 18- 25 кг / м² атрофида бўлишиға эришиш;

3). диабетик микро ва макроангиопатияларнинг олдини олиш ва даволаш;

4). қондаги липид кўрсаткичлари ва ҚБ ни меъёрлаштириш;

5). ҚДга чалинган бемор болаларнинг яхши ўсишини тиббий томондан таъминлаш.

Даволаш жараёнининг муваффақияти деярли барча ҳолларда беморнинг унга бўлган муносабати билан узвий боғлиқдир. Шунинг учун улар ҚД тўғрисида (қасалликнинг пайдо бўлиши, клиник белгилари, ўткир ва сурункали асоратлари, даволаш натижасида баъзан кузатилиши мумкин бўлган салбий оқибатлар) батафсил ахборотга эга бўлишлари ва нима сабабдан у ёки бу даволаш режаси буюрилганлигини билишлари керак. Беморларни ўз-ўзларини назорат қилишга, глюкометр, инсулин шприцларидан ва уни юборадиган шприц ручкалардан тўғри фойдаланишга, юбориладиган жойни танлашга ўргатиш лозим. Ушбу касалликка чалинган беморларни даволашда меъёрлаштирилган жисмоний машқлар алоҳида ўрин тутди. Улар глюкоза метаболизмини яхшилайди, инсулинга чидамлик, тана вазни индекси, қон босимини ва липидлар кўрсаткичини камайтиради.

ҚД 1-типини даволаш қуйидаги учта таркибий қисмдан иборат: парҳез, меъёрлаштирилган жисмоний юклама ва инсулин билан даволаш. ҚД 2-типини даволашда қуйидаги қатор усуллардан фойдаланилади: фақат парҳез билан даволаш, парҳез ва оғиз орқали қабул қилинадиган қандни туширувчи дорилардан бирга фойдаланиш, айрим ҳолларда улар билан бирга инсулин қўллаш. Иккиламчи мутлақ инсулин етишмовчилиги ривожланган ҳолларда (қасаллик ривожлангандан сўнг 10-15 йил ўтгач) беморлар 1-типдаги ҚД каби парҳез ва инсулин билан даволанадилар. Жарроҳлик амалиёти ўтказиш даврида, оғир ўткир ва сурункали қасалликларда, ҳомиладорлик даврида (фақат парҳездан фойдаланиш самара бермаганда), жигар қасалликларида (унинг фаолияти бузилган ҳолларда), СБЕ белгилари кузатилганда ҚД 2-типига чалинган беморлар инсулин билан даволашга ўтказиладилар. Меъёрлаштирилган жисмоний юкламадан фойдаланиш ушбу гуруҳ беморларда ҳам қондаги глюкоза миқдорини камайишига олиб келади.

ҚД ҳар иккала турини даволашда парҳез муҳим аҳамиятга эга ва унинг асосий қондалари қуйидагилардан иборат: тана вазни индекси меъёрида бўлганда ($18 \text{ дан } 25 \text{ кг/м}^2$), беморни кунлик овқат билан қабул қиладиган калорияси ёши ва жисмоний фаоллигидан келиб чиқиб $1.600\text{-}2.500$ калория бўлиши; тана вазни индекси ортиқча бўлганда ($26\text{-}29 \text{ кг/м}^2$), кунда $1.300\text{-}1.200$ ккал; беморда семизлик бўлган ҳолларда (тана вазни индекси $>30 \text{ кг/м}^2$) кунлик калория $1.200\text{-}1.000$; юқори даражадаги семизликда кунлик калорияни 600 гача камайтириш лозим. ҚД билан бир қаторда, семизлиги мавжуд бўлган беморларни тана вазнини камайтиришга эришилса, улар қонида глюкоза миқдори, липид кўрсаткичлари ва ҚБ меъёрига туша бошлайди. Тана вазни индекси паст ($< 20 \text{ кг/м}^2$) бўлган ҳолларда (ҚД

1-типига чалинган деярли барча беморларда) кунлик калория 3.000-3.500 бўлганда меъёр даражасида ҳисобланади.

Овқатнинг таркиби 55-60% углеводлардан, 15-20% оксиллардан, 20-30% ёғлардан, жумладан, ундан 2/3 қисми ўсимлик, 1/3 ҳайвон ёғларидан иборат бўлиши керак. Беморлар истеъмол қиладиган кундалик таомлар таркибидаги холестерин миқдори (айниқса, гиперхолестеренемия мавжуд бўлганда) 300 мг% дан ортиқ бўлмаслиги лозим. Ўзбекистонда кенг истеъмол қилинадиган озиқ-овқатлар таркиби ва калорияси 4-жадвалда келтирилган.

Истеъмолдан тозаланган углеводлар (шакар ва уни ўзида сақловчи маҳсулотлар) тўлиқ истисно қилинади. Қонда глюкоза миқдорини бир меъёрда ушлаб туриш учун нон, картошка ва аксарият меваларни зарур миқдорда ҳар куни маълум бир вақтда истеъмол қилиш тавсия этилади. Инсулин қабул қилаётган беморларда овқат истеъмол қилиш унинг юқори таъсир вақтига тўғри келиши керак. Барча сабзавот ва меваларни ширин бўлмаган турларини (нордон олма, олхўри, лимон ва бошқалар) чегараланмаган миқдорда аммо кунлик истеъмол калориясидан келиб чиқиб қабул қилиш мумкин. Гўшт маҳсулотларидан кўпроқ териси олинган парранда ва ёғсиз балиқларни, имкони бўлмаган ҳолларда мол гўшти истеъмол қилиш лозим.

Шунингдек, беморлар ёғсиз творог ва кефир, хафтада 2-3 дона тухум истеъмол қилишлари мумкин. Диабетик гломерулосклероз белгилари аниқланган ҳолларда оксил истеъмол қилиш кунда 60-70 граммгача чегараланади. Чунки организмга аминокислоталарнинг ортиқча тушиши буйрак коптокчалари капиллярларига салбий таъсир кўрсатади.

4-жадвал.

Ўзбекистонда кенг истеъмол қилинадиган озиқ-овқатларнинг таркиби ва калорияси

№	Озиқ – овқатлар	Оксил-лар	Ёғлар	Углевод-лар	100 гр. маҳсулотдаги калория миқдори
1	Оқ нон	5.32	0.84	39.86	193.1
2	Қора нон	7.69	0.74	39.20	186.8
3	Гречка	8.62	2.27	62.41	313.3
4	Картошка	1.05		14.25	62.7
5	Пиёз	1.80		8.04	40.3
6	Сабзи	0.88		6.29	29.4
7	Шолғомча	0.77		3.34	16.9
8	Шолғом	0.72		4.79	22.6
9	Лавлаги	0.96		7.07	32.97
10	Карам	1.15		3.91	19.5
11	Гул карам	1.06		2.65	15.2
12	Тарвуз	0.31		4.97	21.6

13	Кўк нўхат	4.88		10.29	62.2
14	Ковун	0.45		7.69	33.4
15	Помидор	0.76		3.07	15.7
16	Кабачка	0.36		2.93	13.5
17	Бодринг	0.72		1.84	10.5
18	Тузланган бодринг	0.38		0.97	5.5
19	Ок кўзикорин (куритилган)	22.02		29.33	234.4
20	Ок кўзикорин (янги узилган)	2.24	3.04	24.04	24.3
21	Апелсин	0.58		6.1	27.5
22	Олча	0.75		11.5	49.5
23	Нок	0.31		10.27	43.4
24	Кулупнай	0.81		8.38	37.7
25	Лимон	0.26		4.64	20.1
26	Малина	0.72		7.80	34.9
27	Шафтоли	0.45		10.06	43.1
28	Олхўри	0.54		11.34	48.7
29	Олма	0.40		9.27	39.6
30	Олма шарбати	0.43		11.59	49.3
31	Ўрик	2.5		34.8	1.57
32	Куритилган ўрик	5.2		66.4	302
33	Узум	1.6		63.8	273
34	Сариг ёғ	0.48	79.33	0.49	741.7
35	Кунгабокар ёғи		94.81		881.7
36	Мол сути	3.26	3.52	4.41	64.2
37	Каймоқ	2.88	28.50	2.45	2.86
38	Ёғли пишлоқ (45%)	19.0	21.85	4.06	297.7
39	Ёғли пишлоқ	14.4	17.1	0.98	222.1
40	Кефир (катиқ)	3.36	3.33	4.21	62.0
41	Кўй гўшти	12.62	11.37		157.5
42	Мол гўшти	15.39	7.80		136.6
43	Бузок гўшти	14.26	5.33		108.6
44	Мол жигари	16.79	3.77	2.73	115.1
45	Колбаса	11.64	13.32	1.16	176.4
46	Сосиска	11.78	17.46	0.33	212.3
47	Тухум	10.56	10.03	0.43	138.3

ҚДга чалинган беморларда қабзият кузатилса, таркибида кепак сақловчи нон маҳсулотлари (калориясини ҳисобга олган ҳолда) тавсия этилади.

Сунъий ширинликлар сахарин, аспартам, цикломатлардан шакар ўрнида фойдаланиш мумкин. Сахарин 0,05 грамдан 2-3 марта тавсия этилса ҳам, уни узок муддат қабул қилиш сийдик қопчаси раки келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек,, сахарин болалар ва ҳомиладор аёлларга буюрилмайди, аспартам шакардан 180 марта ширин бўлса ҳам, иссиқликка чидамсизлиги сабабли мураббо ва турли пишириқлар тайёрлаш учун фойдаланишнинг имкони йўқ. Шакарнинг табиий асоси фруктозадан нормогликемия ҳолатидаги беморлар унча кўп бўлмаган миқдорда фойдаланишлари мумкин.

ҚД 2-типини дори воситалари билан даволаш. Бемор аҳволи коникар-ли бўлганда, даъво монотерапиядан – фақат парҳездан ва жисмоний ҳаракатдан бошланади. Қондаги глюкоза, липид кўрсаткичлари миқдори ва тана вазни индекси назоратида парҳезни сақлаш билан олиб борилган кузатув натижасида 30-35% беморларда ижобий самарага эришиш мумкин. Фақат парҳез билан даволаш самара бермаган ҳолларда, у билан бирга организмдаги глюкоза миқдорини камайтирувчи оғиз орқали қабул қилинадиган (5- жадвал) дориларни қўшиш тавсия этилади.

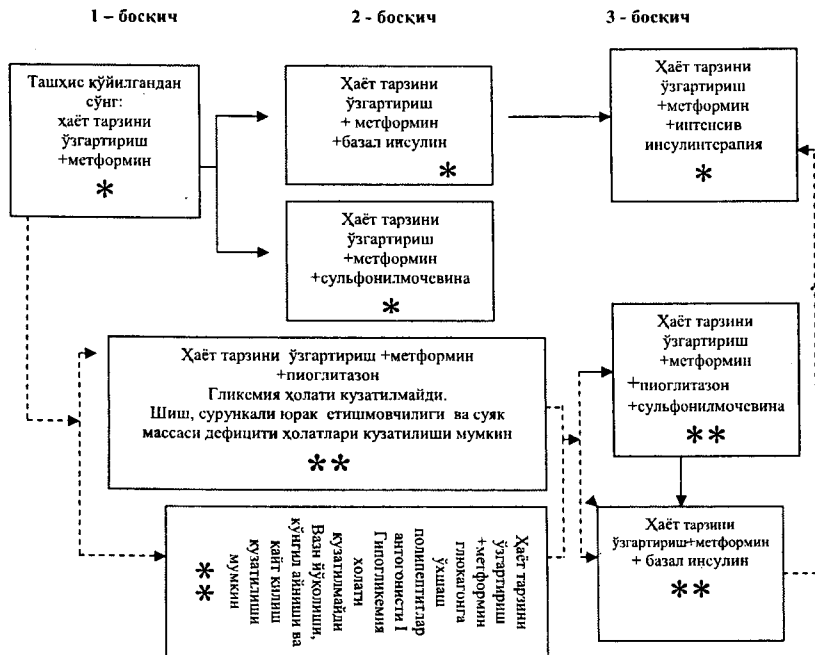
5- жадвал

Оғиз орқали қабул қилинадиган, қондаги қанд миқдорини пасайтирувчи дори воситаларининг қисқача таърифи

Дори воситалари номи	Кунлик дозаси (мг)	Қабул қилиш тартиби (марта/ кун)	Таъсир давомийлиги (соат)
Сульфонилмочевина ҳосилалари			
Глибенкламид (Манинил)	2,5- 20	1-2	16-24
Глибенкламид микролизирланган	1,75-14	1-2	16-24
Глимепирид (Амарил)	1-8	1	24
Гликлазид MR (Диабетон MR)	30-120	1	24
Гликвидон (Глюренорм)	30-120	1-3	8-12
Глипизид (Минидиаб)	2,5 -30	1-2	16-24
Меглитинидлар			

Репаглинид (Новонорм)	0,5 -16	3-4	3-4
Натеглинид (Старликс)	120-480	3-4	3-4
Бигуанидлар			
Метформин (Снофор)	500-3000	3	8-12
Тиазолидионлар			
Пиоглитазон (Актос)	15-45	1	16-24
Розиглитазон (Авандия)	2-8	1-2	12-24
а – глюкозидаза ингибиторлари			
Акарбоза (глюкобай)	150-300	3	6-8

Америка диабетологлар (ADA) ва Европа диабетни ўрганиш уюшмалари (EASD) томонидан 2009 йилда тавсия этилган қандли диабетни даволаш алгоритми



Илова: *самараси ва хавфсизлиги исботланган асосий даволаш усуллари

.. ** самарадорлиги ва хавфсизлиги етарли даражада исботланмаган даволаш усуллари

Бигуанидлар глюкозанинг ичакларда сўрилишини камайтиради, жигарда гликонеогенезни сусайтиради, периферик тўқималардаги инсулин рецепторларининг унга бўлган сезувчанлигини оширади. Ушбу самара инсулинга чидамлилиқ ва гиперинсулинемия ҳолатини бартараф этади. Шунингдек, улар иштаҳани сусайтириб, тана вазнининг камайишига олиб келади.

Бигуанидлар билан даволашга кўрсатмалар: ҚД 2-типида парҳез самара бермаганда ва у семизлик билан бирга келганида ёки сульфонилмочевина гуруҳи билан даволаб ижобий натижага эришилмаган 2-типдаги тана вазни меъёрида бўлган беморлар, шунингдек, гиперлипидемия мавжудлиги.

Қарши кўрсатмалар: 1-типдаги ҚД, диабетнинг ўткир асоратлари (ДКА, гиперосмоляр кома), ўпка ва юрак етишмовчилиги, ЮИК ўткир намоён бўлишлари (МИ ўткир даври, ностабил стенокардия, юрак ритмининг оғир ва ўткир бузилишлари), хомиладорлик, жарроҳлик амалиёти ўтказиш вақтида, СБЕ, жигарнинг оғир зарарланишларида.

Ножўя таъсирлари: оғизда темир таъмининг пайдо бўлиши, иштаҳанинг пасайиши, баъзан кўнгил айниши, жуда кам ҳолларда диария ва V_{12} витамини етишмовчилиги камқонлиги (унинг ичакларда сўрилишининг сусайиши оқибатида) ҳамда аллергия реакция.

Агарда беморда бигуанидлар билан даволаш жараёнида овқатдан кейинги энгил гипергликемия сақланса давога акарбоза, кун давомида нормагликемия кузатилиб, наҳорда гипергликемия қайд этилса, тунда 8-12 бирликда инсулин кўшилади.

Бигуанидлар самара бермаганда, беморларни сульфонилмочевина ҳосиллари билан даволашга ўтилади.

Сульфонилмочевина ҳосиллари. Ушбу дори гуруҳлари асосан инсулинотроп таъсир кўрсатади. Ошқозон ости беэи β -хужайраларида сульфонилмочевина ҳосилларига рецепторлар мавжуд. Улар β -хужайраларни глюкозага бўлган сезувчанлигини кучайтиради, инсулин секрецияси биринчи босқичини тиклайди ва қонда унинг миқдорини оширади. Узок муддат қабул қилганда тўқималарнинг инсулинга бўлган сезувчанлиги ошиб, нормагликемия сақланган ҳолда қонда унинг кўрсаткичлари камаяди.

Сульфонилмочевина ҳосилларини буюришга кўрсатмалар: ҚД 2-типида парҳез самара бермаганда ва тана вазни меъёрида бўлган беморлар; семизлик мавжуд бўлган ва бигуанидлар самара бермаган ёки уларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжудлиги. Сульфонилмочевина ҳосиллари билан даволаш жараёнида беморда овқатдан кейин энгил гипергликемия кузатилса давога акарбоза, овқатлангандан сўнг нормагликемия қайд этилиб, наҳорда гипергликемия аниқланса кечқурун соат 21-22 ларда оралик таъсирга эга бўлган 8-12 бирликда инсулин тавсия этилади.

Карши кўрсатмалар: сульфонилмочевина гуруҳидаги дорилар ҳам бигуанидларни қўллаш мумкин бўлмаган ҳолларда тавсия этилмайди. Бундан ўпка ва юрак етишмовчиликлари истисно ҳисобланади.

Ножўя тасирлари: энг оғири гипогликемия ҳисобланиб, беморларда унинг энгил субклиник (бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, ваҳимага тушиш) шаклидан, комагоз ҳолатга тушишгача бўлган оғир турлари кузатилади. Шунинг учун улар бу ҳақда огоҳлантирилишлари, тўғри овқатланишлари, дорини утведодли таомлар истеъмолидан 20-30 дақиқа олдин қабул қилишлари ҳамда гипогликемик ҳолат ривожланганда уни бартараф эта олишлари лозим. Аммо ҳозир қўлланиладиган сульфонилмочевина ҳосилаларининг II авлоди камдан-кам ҳолларда ушбу асоратга олиб келади. Айрим беморларда аллергия реакциялар, оғизда темир таъми, кўнгил айниши, камдан-кам ҳолларда гипотермия ва агранулоцитоз кузатилиши мумкин.

Сульфанилмочевина самара бермаган ҳолларда, беморлар бигуанидлар билан даволашга ўтказиладилар.

Қандли диабетнинг 2-типини инсулин билан даволаш

Инсулин билан даволашга кўрсатмалар:

- ▶ пархез ва оғиз орқали қабул қилинадиган қандни пасайтирувчи дориларни юқори дозалари самара бермаганда;
- ▶ гликирланган гемоглобин (HbA1c) 7,5%дан юқори бўлганда;
- ▶ тана вазни индекси 25 кг/м^2 дан кичик, наҳорги гликемия 8 ммоль/л дан юқори бўлганда;
- ▶ кетоацидоз ривожланганда;
- ▶ жаррохлик амалиёти қўлланганда (вақтинча инсулинга ўтиш);
- ▶ ўткир касалликларда (вақтинча инсулинга ўтиш).

Қандли диабетни 2 типни бўлган беморларни инсулинга ўтказишдан олдин қуйидагилар зарур:

- беморни ўзини- ўзи назорат қилишга ўқитиш;
- беморни гипогликемия кузатилиши эҳтимоли борлиги тўғрисида огоҳлантириш ҳамда унинг олдини олиш ва бартараф этиш усулларини ўргатиш;
- пархезга риоя қилиш асоратларини қайта кўриб чиқиш.

6-жадвал

Қандли диабетнинг 2-типида қўллаш тавсия этилган инсулинлар

Инсулинлар	Инсулиннинг номи	Таъсирининг бошланиши	Таъсирининг чўққиси	Таъсирни давомийлиги
Ўта қисқа таъсирли (одам инсулини аналоглари)	Новорапид (Аспарг) Хумалог (Лизпро)	15 дақиқадан сўнг	0,5- 2 соат	3-4 соат

Қисқа таъсирли	Актрапид НМ Хумулин R Инсуман базал Генсулин P	30 дақиқадан сўнг	1-3 соат	6-8 соат
Таъсири ўртача давом қиладиган	Протафан НМ Хумулин НПХ Инсуман базал Генсулин H	2 соатдан сўнг	6-10 соат	12-16 соат
Таъсири узок давом қиладиган (одам инсулини аналоглари)	Лантус	1 соатдан сўнг	Йўқ	25-29 соат
Аралаш инсулинлар (ҳар хил нисбатда қўшилган)	Микстард НМ (10-20-30-40- 50) Хумулин M (1-2-3-4-5) Генсулин M 30	Фармакокинетикаси аралаштирилган инсулинлар нисбатига боғлиқ		

7-жадвал

Инсулинни қандни пасайтирувчи таблеткалар билан бирга қўллаш бўйича тавсиялар (жадвалда бемор қандни пасайтирувчи таблеткаларни қабул қилишни давом эттирган ҳолларда тавсия этиладиган инсулиннинг тахминий дозаси келтирилган)

Бос-қич	Инсулинини тури	Бошлан-гич дозаси	Юбориш вақти	Дозага тузатишлар киритиш
1	Таъсири ўртача давом этадиган инсулин	8-12 ТБ	Уйқуга ётиш ол-дидан	

2.	Таъсири ўргача давом этадиган инсулин	8-12 ТБ	Эрталабки овқатланишдан ва уйкуга ётишдан олдин	Мақсадга эришгунча хар 2-3 кунда инсулин дозасига ўзгартиришлар киритиш (+2-4 ТБ)
3	Қандни пасайтирувчи таблеткаларни қабул қилишни тўхтатиш ва аралаш инсулинларни 30/70 юбориш	12 ТБ	Эрталабки овқатланишдан олдин	
		8 ТБ	Кечкурунги овқатланишдан олдин	

Бир босқичдан кейинги босқичга ўтиш гликемиянинг мақсадли кўрсаткичларига (наҳорга <6,5 ммоль/л; овқатлангандан 2 соат кейин <9ммоль/л) эришилмаган ҳолларда амалга оширилади.

8-жадвал

Фақат инсулин билан даволаш (қандни пасайтирувчи таблеткалар қабул қилиш тўхтатилган ҳолларда тавсия этиладиган инсулин турлари ва унинг тахминий дозалари)

Вариант-лари	Инсулинни тури	Бошланғич дозаси	Юбориш вақти	Дозага ўзгартириш киритиш
1	Аралаш инсулин 30/70	12 ТБ	Эрталабки овқатланишдан олдин	Мақсадга эришгунча хар 2-3 кунда инсулин дозасига ўзгартиришлар киритиш (+2-4 ТБ)
		8 ТБ	Кечкурунги овқатланишдан олдин	
2	Таъсири ўргача давом этувчи инсулин	8 ТБ	Эрталабки овқатланишдан ва уйкуга ётишдан олдин	
	Қисқа таъсирли инсулин	6 ТБ	Асосий овқатланишлардан олдин (эрталаб, тушда, кечкурун)	

Юкорида таъкидланганидек, инсулин ошқозон ости безидаги лангерганс оролчалари β -хужайраларида ишлаб чиқариладиган анаболик-полипептид

гармон ҳисобланади. Ушбу гармоннинг асосий вазифаси хужайралар томонидан қабул қилинган глюкоза, оксиллар ва ёғларни парчалашдан иборатдир. Беморда нафақат юқорида санаб ўтилган ҳолатлар, балки ҚД 1-типи мавжудлиги ҳам инсулин билан даволашга асосий кўрсатма ҳисобланади. Муддатига кўра инсулиннинг ўта қисқа, қисқа, ўрта ва узоқ таъсирга эга бўлган турлари фарқланади. Шунингдек, гармон аралаш таъсир кўрсатувчи (қисқа ва ўрта ёки ўрта ва ўзоқ) комбинация ҳолларида ҳам чиқарилади.

6-жадвалда турли гуруҳга кирувчи инсулинлар 7-жадвалда уларни қандни пасайтирувчи таблеткалар билан бирга 8-жадвалда фақат инсулинлар билан даволаш тўғрисида айрим маълумотлар келтирилган.

Инсулин билан даволашда 1,0, 0,5, 0,3 мл. инжичка игнали (санчиш вақтида оғриқ кам бўлиши учун) пластик шприцлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Дори дозаси қанча кам бўлса шунча кичик шприцдан фойдаланиш лозим. Ишлатилгандан сўнг шприц спирт билан тозаланиб (инфекция тушмаслиги ва стерилликни сақлаш мақсадида), ҳоладийликда сақланади. Инсулин одатда қорин, болдир, елгага ёки думбанинг юқори ташки квадратига тери остига юборилади. ҚД 1-типини даволашда парҳез, (юқорида баён этилгандек) жисмоний фаоллик инсулин билан бирга олиб борилади. Даволаш одатда ўрта муддатли таъсир этувчи инсулинни бир ёки икки марта тери остига юборишдан бошланади. Яқинда ҚД чалинган беморларга гармоннинг кунлик дозаси тана вазнидан келиб чиқиб 1 кг. тана (вазнига 0,5-0,6 бирлик) тавсия этилади. Касалликка чалинган узоқ муддат бўлганларга кунлик доза 1 кг. тана вазнига 0,7- 0,8 бирликда (11- жадвал) таъланади. Бемор кунда 40-50 бирликдаги физиологик дозани қабул қилади.

Қандли диабетнинг 1-типини инсулин билан даволаш

ҚД 1-типини даволаш ва уни асоратларини олдини олиш учун Ўзбекистонда фақат ДНК рекомбинант технология йўли билан олинган одам инсулинлари ва унинг аналоглари қўлланилади. 9-жадвалда ҚД 1-типида тавсия этиладиган инсулинлар, 10 – жадвалда уни билан даволаш турлари, 11- жадвалда унга бўлган бир кунлик эҳтиёж ҳамда 12- жадвалда юбориш учун қўлланиладиган воситалар келтирилган.

9- жадвал

Қандли диабет 1-типида қўллаш тавсия қилинган инсулинлар

Инсулинлар	Инсулиннинг номи	Таъсири бошланиши	Таъсир чўққиси	Таъсир давомийлиги
Ўта қисқа таъсирли (одам инсулини аналоглари)	Новорапид (Аспарт) Хумалог (Лизпро)	15 дақиқадан сўнг	0,5- 2 соат	3-4 соат

Қисқа таъсир- ли	Актрапид НМ Хумулин R Инсуман базал Генсулин P	30 дақиқадан сўнг	1-3 соат	6-8 соат
Таъсири ўртача давом киладиган	Протафан НМ Хумулин НПХ Инсуман базал Генсулин H	1,5 соатдан сўнг 1,0 соатдан сўнг 1,0 соатдан сўнг 1,5 соатдан сунг	4-12 соат 2-8 соат 3-4 соат 3-10 соат	24 соат 18-20 соат 11-20 соат 24 соат
Таъсири узок давом киладиган (одам инсулини аналоглари)	Лантус	1,0 соатдан сўнг	Йўқ	25-29 соат

10-жадвал

Инсулин билан даволаш турлари

Эрталабки овқатланишдан олдин	Тушки овқатланишдан олдин	Кечкурунги овқатланишдан олдин	Уйкуга ётишдан олдин
Қ ёки (А)	Қ ёки (А)	Қ ёки (А)	Ў
Қ ёки (А)+Ў	Қ ёки (А)	Қ ёки (А)	Ў
Қ ёки (А)+ Ў	Қ ёки (А)	Қ ёки (А)+ Ў	-
Қ ёки (А)+ Ў	Қ ёки (А)+ Ў	Қ ёки (А)	Ў
Қ ёки (А)+Д	Қ ёки (А)	Қ ёки (А)	-
Қ ёки (А)	Қ ёки (А)	Қ ёки (А)	Д

Қ-қисқа таъсирли инсулин

Ў-таъсири ўртача давом этадиган инсулин

А-ўта қисқа таъсирли инсулин аналоглари- хумалог, новорапид

Д-таъсири узок давом этадиган инсулин аналоглари - лантус

Инсулин дозасини кун давомида таксимлаш режаси:

- эрталаб ва тушки овқатланишдан олдин бир кунлик дозанинг 2/3 қисми;

- кечкурунги овқатланиш ёки уйқудан олдин бир кунлик дозанинг 1/3 қисми

11-жадвал

Инсулинга бўлган бир кунлик эҳтиёж

	Янги аниқланган диабет	*«Асал ойи» даври	Кўп йиллик диабет	Декомпенсация (кетонацидоз) босқичи	Ўсмирлик олди (препубертат) даврида	Ўсмирлик (пубертат) даврида
Инсулинга бўлган бир кунлик эҳтиёж (ТБ/кг тана вазнига)	0,5-0,6	<0,4	0,7-0,8	1,0-1,5	0,6-1,0	1,0-2,0

Илова: гликемия кўрсаткичларига биноан инсулин дозасига тегишли ўзгартиришлар киритилади

*Қандли диабетнинг вақтинчалик ремиссия даври.

12-жадвал

Инсулини беморга юбориш учун қўлланиладиган воситалар

Инсулин юбориладиган шприцлар	1 мл ҳажмда 100 ТБ
Инсулин юбориладиган шприц-ручкалар	Новопен Хумапен Оптипен Пливапен

Давони назорат қилиш: наҳорда, овқатланишдан олдин ва икки соат кейин гликемияни аниқлаш.

Инсулин билан даволашда кузатиладиган асорат

Гипогликемик ҳолат (конда глюкоза миқдори <3-2,8 ммоль/л).

Сабаблари: инсулин дозасини меъридан ортик қабул қилиш; овқатланиш тартибининг бузилиши - зарур миқдордаги оддий углеводларни ўз вақтида қабул қилмаслик ёки бир маротаба овқатланишни ўтказиб юбориш; ҳаддан ташқари кўп жисмоний зўриқиш (жисмоний зўриқиш вақтида тўқималарни инсулинга бўлган сезувчанлигини камайтирувчи ва жигардаги глюконеогенез жараёнини жадаллаштирувчи контринсуляр гармонлар ишлаб чиқарилиши ошади. Жигардаги глюконеогенез жараёни кондаги глюкоза миқдорини меърида сақлаб туриш ва миянинг глюкоза билан озиқланишини таъминлайди). Инсулин қабул қилувчи ҚД чалинган беморларда унинг сўрилиши ва таъсир этиши давом этади. Бу эса глюконеогенез жараёнини сусайтиради ва пировард натижада гипогликемияга олиб келади.

Клиник намоён бўлиш белгилари - бош миёга глюкоза етишмаслиги оқибатида юзага келадиган энцефалоглюкопениядан иборатдир. Шартли равишда унинг кечишини икки босқичга бўлиш мумкин. Бошланғич ёки

симптоадренал ва бош мияга кислород етишмаслиги оқибатида юзага келган марказий нерв тизимидаги ўзгаришлар.

Симптоадренал боскичда беморда катехоламинлар ортиқлиги натижасида кузатиладиган тахикардия, қалтираш, терлаш, очлик ҳисси каби белгилар пайдо бўлади. Улардан ташқари, бош оғриғи, ваҳима ва безовталиқ ҳисси кузатилиши мумкин. Гипогликемия ҳолати ривожланиб борган сари марказий нерв тизими дисфункцияси, яъни мушаклар тонусининг ошиши, ўзини бошқача тутиш, диплопия, эпилепсияга ўхшаш тиришишлар юзага келади ва беморда кома ҳамда мия шиши ривожланади.

Шу ўринда, автоном нейропатия мавжуд бўлган беморларда симптоадренал боскич белгилари кузатилмасдан тўсатдан ҳушдан кетиш ривожланиши мумкинлигини ёдда тутиш ва уларни даволашда ҳушёр бўлиш лозим. Бундан ташқари, β -адреноблокаторлар ҳам симптоадренал тизим фаолиятини блоклаб қўйиши мумкин.

Даволаш - бошланғич боскичларда (ҳали бемор ҳушида эканлигида) шакарли (5-6 дона оқ қанд билан) чой ичирилади ва аралашмалардан тозаланган углеводли таомлар (бутерброд, бўтқалар, картошка) едирилади. Уйда бўлмаган ҳолларда ҳар эҳтимолга қарши беморлар ўзлари билан 6-8 бўлак тез эрийдиган оқ қанд, печенье ва бутерброд олиб юришлари лозим. Уйда ёки бошқа жойда ҳушдан кетиш ва коматоз ҳолат кузатилганда, зудлик билан бемор мушаги орасига 1,0 мг глюкагон, мабодо самара бўлмаса ёки дори йўқ бўлса, 40% ли 20-80 мл глюкозани оқим билан вена ичига юбориш керак. Параллел равишда қонда глюкоза миқдори аниқланади. Мабодо бош мияда ўзгаришлар кузатилса, унинг тикланиши секинлик билан боради. Коматоз ҳолат узок кузатилса ва ўз вақтида зарур тиббий ёрдам кўрсатилмаса, ўлим юз беради. Шунинг учун ҚДга чалинган беморлар ўзлари билан касалликларини тасдиқловчи ҳужжат олиб юришлари ва унда инсулин билан даволаниш қайд этилган бўлиши керак. Мабодо улар ҳушсиз ҳолда топилсалар, веналарига глюкоза юбориш лозим.

ҚД туридан қатъи назар, унга чалинган беморга жарроҳлик амалиёти ўтказиш зарур бўлиб қолса, эндокринолог маслаҳати ва назоратида жарроҳлик амалиётидан олдин ва кейин (жароҳат тузалгунга қадар) улар қиска муддатли таъсир этувчи инсулинга ўтказилдилар. Дори дозаси қондаги глюкоза миқдоридан келиб чиқиб тайинланади.

Юқорида қайд этганимиздек, ҚД га чалинган беморлар доимий равишда УАВ назоратида бўлишлари ва зарурат туғилганда эндокринологдан маслаҳат олиб туришлари зарур. Шунинг учун врачлар ҳар иккала типдаги ҚД чалинган беморларни компенсация кўрсаткичларини яхши билишлари керак. Улар тўғрисидаги маълумот қуйидаги 13-14-жадвалларда келтирилган.

13-жадвал

Қандли диабетнинг компенсация кўрсаткичлари (1-типи)

Кўрсаткич	Яхши	Қониқарли	Ёмон
Наҳорги гликемия (ммоль/л)	5,0-6,0	6,1-6,5	> 6,5
Овқатдан кейинги гликемия (ммоль/л)	7,5-8,0	8,1-9,0	> 9,0
Уйқудан олдинги гликемия	6,0-7,0	7,1-7,5	> 7,5
HbA1c, %	6-7	7,1-7,5	>7,5

14-жадвал

Қандли диабетнинг компенсация кўрсаткичлари (2-типи)

Кўрсаткич	Яхши	Қониқарли	Ёмон
Наҳорги гликемия (ммоль/л)	<5,5	5,6-6,5	> 6,5
Овқатдан кейинги гликемия (ммоль/л)	<7,5	7,5-9,0	>9,0
Уйқудан олдинги гликемия	6,0-7,0	7,1-7,5	>7,5
HbA1c, %	6-6,5	6,6-7,5	>7,5
Умумий холестерин (ммоль/л)	< 4,8	<4,8-6,0	>6,0
Юқори зичликдаги ЛП –холестерин (ммоль/л)	>1,2	1,0-1,2	<1,0
Наҳордаги триглицеридлар (ммоль/л)	<1,7	1,7-2,2	>2,2
Тана вазни индекси кг/м ² эркалар/аёллар	<25 / < 24	27 / 26	>27 / >26
КБ (мм сим. уст.)	130/80	>130/80 - ≤ 140/85	>140/85

Изох: HbA1c – гликозирилланган гемоглабин
ЛП – липопротеидлар.

Қандли диабетнинг асоратлари ва унга мойиллик туғдирувчи касалликлар

ҚД асоратларини шартли равишда кечиши бўйича ўткир ва сурункали гуруҳларга бўлиш мумкин. ДКА, гиперосмоляр (гипергликемик) кома ва даволаш билан боғлиқ бўлган гипогликемик ҳолат унинг ўткир асоратлари ҳисобланади. Шунингдек, беморларда алкоғолли кетоацидоз ва лактатацидоз каби ўткир ҳолатлар ҳам кузатилиши мумкин. Микроангиопатия, ретинопатия, нефропатия, нейропатия ва диабетли товон унинг сурункали асоратларига киради.

Диабетик кетоацидоз. Бемор организмида инсулинни мутлак етишмовчилиги ва унга қарши гармонларнинг (глюкагон, катехоламинлар, кортизол, ўсиш гармони) кўпайиши оқибатида ривожланадиган юқори гипергликемия (300 мг % ва ундан юқори), гиперкетонемия, тизимли ацидоз, электролитлар алмашинувининг бузилиши ва организмнинг сувсизланиши билан кечувчи ўткир ҳолат ДКА деб аталади. Ушбу асорат аксарият ҳолларда 1-типдаги ҚД чалинган беморларда кузатилса ҳам, баъзан 2-ларда ҳам учрайди.

ДКА 1-типдаги ҚД ўткир бошланишида ёки унга чалинган беморлар инсулин қабул қилишни тўхтатиб қўйганда ривожланади. Айрим ҳолларда ушбу оғир асоратга оғир рухий ҳолатлар, инфекция, беморда ўтказилган жарроҳлик амалиёти, оғир соматик касалликлар сабаб бўлиши мумкин. Унда ДКА нафақат 1, балки 2-типдаги ҚД ҳам учрайди.

Организмда инсулиннинг кескин етишмовчилиги оқибатида жигарда липолиз, кетогенез, протеолиз, глюконеогенез жараёнларини тўхтатиш имкони бўлмайди. Бир вақтнинг ўзида инсулинга қарши гармонларнинг ошиши липолизни кучайтиради ва ёғ кислоталарининг кўпайиб кетиши оқибатида жигарда кетон таначалари ҳосил бўлиш жараёни жадаллашади. Кортизол, глюкагон ва катехоламинлар жигарда гиперглюконеогенезни оширади. Ҳосил бўлган ортикча глюкоза қонга ўтганлиги сабабли гипергликемия, гиперкетонемия ва тизимли ацидоз кузатилади.

Сийдикда глюкоза миқдори ошиб борган сари осмотик диурез ривожланади ва кўплаб суюқлик йўқотилиши оқибатида организм сувсизланади. Ацидозни кучайиб бориши миокардни қисқариш фаолиятини ва унинг прессор аминларга бўлган сезувчанлигини сусайтиради. Натижада беморда гипотония кузатилиб, қонда креатенин миқдори ошиб кетади ва коптокчалар филтрацияси камаяди. Беморда аввал депрессия, кейинроқ сопор ва кома ҳолати ривожланади.

ДКА бошланғич даврида кузатиладиган полиурия оқибатида кўп миқдорда глюкоза сийдик орқали чиқиб кетиши сабабли қонда унинг миқдори ўта юқори (300 мг % - 14 – 16 ммол/л атрофида) бўлмайди. Аммо ацидоз ривожланиб борган сари диурез камаяди ва қонда глюкоза кескин ошиб боради ва баъзан 900 мг % етади. Метаболик ацидоз (артериал

кондаги рН 7,2 ва ундан паст) нафас маркази фаолиятини кучайтириши оқибатида шовқинли Куссмаул нафаси кузатилади.

Юкоридаги ўзгаришлар билан бир каторда, беморларда калий, натрий ва фосфор миқдорини конда камайиб кетиши юзага келади. Аммо, умумий гипокалимия негизида хужайралардан ушбу микроэлементни чиқишини кўпайиши оқибатида конда калий миқдори 6-7 ммоль/л гача ошиши мумкин. ДКА 1-2 кун, баъзан эса бир неча соат давомида ривожланади. Беморларда чанкаш, глюкозурия оқибатида кузатиладиган полиурия ривожланади. Аммо ушбу белгилар асоратсиз кечувчи ҚД дан фарқли ўларок, яққол намоён бўлган мушак кучсизлиги (юришни, гапиришни қийинлаштири) кузатилади. Деярли барча беморлар анорексия, кўнгил айниши ва қайт кизилидан шикоят қиладилар. 40% ҳолларда қорин оғриқлари бўлиши мумкин.

Объектив кўриқда танаси сувсизланганлиги сабабли бемор териси куруқ, эластиклиги пасайган, кўз сокқалари юмшоқ ва мушаклар гипотонияси аниқланади. Нафас олганда чиқарадиган ҳаводан ацетон ҳиди келиб, у депрессив ҳолатда бўлади. Уларда атрофдагилар билан мулоқотда бўлиш истаги йўқолиб боради ва саволларга қийинлик билан жавоб берадилар. Артериал конда рН кўрсаткичи 7,2 ва ундан пастга тушиши билан Куссмаул нафас олиш бошланади. Кейинроқ (рН 7,0 пастга тушгандан сўнг) нафас олиш шовқинлари йўқолиб, беморда юкори гипергликемия, ацидоз, организмни кескин сувсизланиши сабабли ДКА белгилари ривожланиб бориб сопороз ҳолат юзага келади ва кейинроқ шок ривожланади. Коптоқчалар фильтрацияси кескин камайганлиги оқибатида конда гипергликемия ошиб боради ва унинг осмолярлиги кўтарилиб, бемор аҳволини янада оғирлаштиради. Агарда зудлик билан тегишли даво чоралари кўрилмаса ва бемор 1-2 кун кома ҳолатида қолса, аксарият ҳолатларда ўлим юз беради.

Қонда глюкоза миқдорининг ошиши (300 мг% дан 600-1.000 мг% гача), гиперкетонемия (меъридан 10-20 марта кўпайиб кетиши), артериал конда рН кўрсаткичини 7,3 паст бўлиши, сийдикда глюкозурия ва ацетонурия ДКА Ага хос лаборатор белгилар ҳисобланади. Шунингдек, конда натрий, калий ва фосфат миқдори камайиб кетади. Нейтрофилёз, гиперкетонемия (0,3-0,4 ммоль/л) аниқланади.

Даволаш. ДКА даволаш хужайралардан ташқаридаги суяқлик ва қон зардоби миқдорини тиклаш, қон босимини мўътадиллаштириш, буйрақларда қон айланишини тиклаш ва ионлар экскрециясини кўпайтириш, гипергликогенезни, гиперкетогенезни камайитириш, глюкоза, кетон таначалари ва конда электролитлар миқдорини меъёрига келтиришга қаратилган бўлиши керак.

Шифохонагача бўлган даврда ва қабул бўлимида ўтказиладиган чора тадбирлар:

1). кондаги глюкоза миқдорини аниқлаш;

2). пешобда ацетонни аниқлаш;

3). қисқа таъсир қилувчи инсулинни 20 бирликда мушакка юбориш.

Лаборатория назорати:

- глюкоза миқдорининг экспресс таҳлили – 13-14 ммоль/л га кам айгунга қадар унинг қондаги миқдорини ҳар 1 соатда, кейин эса ҳар 3 соатда аниқлаш;

- пешобда ацетонни аниқлаш (имкони бўлганда қон зардобида аниқлаш) – биринчи 2 кун ҳар куни 2, кейин эса 3 кунда 1 мартаба;

- қон ва пешобнинг умумий таҳлили – бошида кунда, кейин ҳар 2-3 кунда 1 мартаба;

- қон плазмасида натрий ва калий миқдори – кунда 2 мартаба;

- қон зардобида креатинин – бошида кунда, кейин ҳар 3 кунда 1 мартаба;

- газлар таҳлили ва капилляр қон рН – кислота асос ҳолати мезёрига келгунча кунда 1-2 мартаба;

- диурезни соат бўйича назорати (доимий сийдик қатъетери) дегидратация бартараф қилинганга қадар ёки бемор руҳияти тикланиши ва мустақил пешобга чиқишига қадар

Шифохонагача бўлган босқичда бемор хушсиз ҳолатда бўлиб, лаборатор текширишлар натижаси бўлмаса, гипогликемик ёки наркотик қомани истисно қилиш мақсадида 50-80 мл. 40% глюкоза физиологик эритмада вена ичига оқим билан юборилади. ДКА ташхиси аниқлангандан сўнг даво режасига инсулин, калий (қондаги унинг миқдоридан келиб чиқиб), суюқликлар, кўрсатмалар бўйича натрий бикарбонат кўшилади ва бемор зудлик билан реанимация бўлимига ётқизлади. УАВ бемор шифохонага ётқизилгандан сўнг бевосита уларни даволаш билан шуғулланмаса ҳам, аммо ушбу ўтқир ҳолатда тиббий ёрдам кўрсатиш тамойилларидан хабардор бўлиши лозим. Шунинг учун биз қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Инсулинтерапия – кичик бирликлар режаси: биринчи соатда 10-14 бирлик қисқа таъсир қилувчи инсулин бевосита томирга юборилади.

Бир вақтда томир орқали юбориш учун инсулин эритмасини тайёрлаш:

Қисқа вақт таъсир қилувчи инсулиннинг керакли миқдордаги бирликлари инсулин шприцига тортилиб қолганига 1.0 мл га етгунча 0,9% ли натрий хлорид эритмаси олинади ва бир дақиқа давомида томирга юборилади. Кейинга соатларда (гликемия миқдори 14 ммоль/л гача камайгунга қадар) – қисқа таъсир қилувчи инсулин соатига 4-8 бирликдан (ўртача соатига 6 бирликдан) 1 соатда 1 мартаба инфузион тизим “орқали” юборилиб турилади. Агар инсулинтерапияси бошлангандан кейин 2-3 соат ўтиб гликемия миқдори пасаймаса, кейинги соатда инсулин дозасини 2 мартаба кўпайтириш зарур. Гликемиянинг пасайиш тезлиги соатига 5,5 ммоль/л ва биринчи кунда давомида 13-14 ммоль/л дан кам бўлмагани маъқул (жадалроқ камайганда, осмотик мувозанатнинг бузилиши ва бош мия шиши ривожланиши хавфи бўлади). Гликемия 14 ммоль/л дан паст бўлган

холларда 200 мл 10 % ли ёки 400 мл 5 % глюкоза эритмаси юборилади.

Бемор аҳволи турғунлашиб, рухий ҳолат ва артериал қон босими турғунлаштирилгандан кейин, гликемия миқдори 10-12 ммоль/л дан юқори бўлмаганда – қиска таъсир қилувчи инсулинни мушак орқали тез-тез юборишга ўтилади (хар 4-5 соатда, бирликлар гликемияга асосан белгиланади).

Бемор аҳволи бутунлай турғунлашгандан кейин қиска таъсир қилувчи инсулинга қўшимча базал (узок таъсир қилувчи инсулин) 10-12 бирликда кунда 2 мартаба тери орқали юборилади.

Гиперосмоляр (гипергликемик) кома. Ушбу патологик жараён каттиг юқори осмолярлиги ва гипергликемия ҳамда организмнинг яққол сувсизланиши билан кечади. Қонда кетон таначалари кўрсаткичи ошмаганда, ацидоз аниқланмайди. Гиперосмоляр кома 2 типдаги ҚДда кузатилиб, унинг кам учрайдиган асорати ҳисобланади ва кўпроқ ёши улуг кишиларда кузатилади. Беморларда учрайдиган ўткир касалликлар, инфекция, сепсис, тананинг куйиши, сийдик ҳайдовми дориларни суиистеъмол қилиш, ўтказилган жарроҳлик амалиёти ушбу оғир асоратни ривожланишига олиб келади. Юқоридаги ҳолатлар ҚД 2 типда қонда инсулинга қарши гармонларнинг кескин ошишига ва оқибатда тўқималарнинг унга бўлган сезувчанлигини камайишига ҳамда жигарда аминокислоталардан протеолиз ва гиперглюконеогенез кучайишига сабаб бўлади. Буларнинг барчаси тўқималар томонидан глюкоза парчаланишини кийинлаштиради ва қонда унинг миқдорини ошишига олиб келади. Гипергликемия натижасида беморда глюкозурия, осмотик диурез, организмнинг сувсизланиши ва қонда гиперосмолярлик кузатилади. Бир вақтнинг ўзида организмдаги мавжуд инсулин липолиз ва кетогенез жараёнини тўхтатиб туришга ҳамда кетоацидоз ривожланишини олдини олишга имкон беради.

Гиперосмоляр кома бир неча кун ичида ривожланиб, беморларни юқори даражадаги ҳолсизлик, ташналик ва полиурия безовта қилади. Деярли барча холларда анорексия кузатилади. Объектив кўрикда тери ва шиллик пардалар қуруқ, тери эластиклиги пасайган, мушаклар ва кўз сокқаси тонуси сусайган. Бемордан ацетон ҳиди келмайди, аммо коматоз ҳолат тез ривожланади. Глюкозани кўп миқдорда мия ҳужайраларига келиши ҳамда кўплаб сорбитол ҳосил бўлиши сабабли беморларда мияда қон айланишининг бузилишига хос ўчоқли ўзгаришлар кузатилади. Оғир дегидратация ҳолати гиперосмоляр гипотонияга, миокардни қисқарувчанлик фаолиятини сусайишига, коптокчалар филтарациясини камайишга, олигурия ва анурияга олиб келади. Натижада беморда шок, преренал буйрак етишмовчилиги ва чуқур кома ривожланади. Ўз вақтида зарур тиббий ёрдам кўрсатилмаса, ўлим юз беради.

Гипергликемик комага тушган беморлар қонда глюкоза миқдори 800-1.500 дан 2.000 мг % гача, осмолярлик эса 330 мосм/л гача кўтарилади. Қонда креатенин миқдори ошиб кетади. Ушбу комани даволаш ДКА

муолажасидан бир мунча фарк килади. Қон осмолярлиги юқори бўлганлиги сабабли бикарбонат натрий эмас, балки беморларга кўпрок суюклик куйиш лозим. Агар беморда циркулятор коллапс бўлса, ош тузини изотоник, бошқа ҳолларда гипотоник эритмаси (0, 45 %) вена ичига 8-10 соат давомида 4-6 литр томчилаб юборилади. Суюклик юборилиш даврида бемор диурези, ҚБ, томир уриши ва марказий веноз босимини мунтазам кузатиб бориш керак. Сўнгги кўрсаткични кўтарилиб бориши куйиладиган суюқликни камайтиришга кўрсатма ҳисобланади. Глюкоза миқдори 14 ммол/л гача камайгандан сўнг 5 ёки 10% глюкоза физиологик эритмада беморга томчилаб юборилади. Инсулин, калий ва антибиотиклардан худди ДКА қўлланилган услубда фойдаланилади. Томир ичи диссеминарланган синдроми ривожланишини олдини олиш мақсадида 5-10 минг бирликдаги гепаринни кунида 2 мартадан юбориш тавсия этилади.

Лактатацидотик кома. Ушбу кома ҚД га чалинган беморлар организмида кислород камлиги ва лактат тўпланиши оқибатида юзага келади. Оғир юрак ва ўпка етишмовчилиги, сепсис, МИ, дорилардан захарланишлар лактатацидотик комага олиб келиши мумкин. Беморларда тери ва шиллик каватларнинг яққол қуриши белгилари ва нафас чиқарганда ацитон ҳиди бўлмаса ҳам, ацидоз оқибатида Куссмаул нафаси кузатилади. Коннинг РН кўрсаткичи пасайган, глюкоза меъёрида, бир оз юқори ёки юқори бўлиши мумкин. Лактат миқдори конда 6 ммоль/л дан юқори.

Даволаш. Лактатацидозга олиб келган сабабни бартараф этишга қаратилган бўлиши ва бир вақтнинг ўзида бемор томирига суюклик юборилиши лозим. Гипотония прессор аминлар, ишқор такчиллиги бикарбонат натрий ёрдамида бартараф этилади. Лекин айрим ҳолларда бикарбонат натрий оғир асоратларга олиб келиши мумкинлиги сабабли беморга дихлорацетатон юбориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Чунки унинг анионлари сут кислотаси ҳосил бўлишини камайтиради. Ўтказилган даво чораларига қарамадан аксарият ҳолларда лактатацидотик комада оқибат ёмон ҳисобланади.

Қандли диабетнинг сурункали асоратлари

Диабетли микроангиопатия. Кичик томирларнинг (кўпрок капиллярларни) тотал шикастланиши ҚД хос ўзгаришлардан бири ҳисобланади. Унинг I-типида ушбу асорат 5-10 баъзан 15 йил ўтгандан сўнг ривожланса, 2-типида касалликнинг илк белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Клиник нуктан назардан буйрак коптокчаларининг диабетик гломерулосклероз (нефропатия), кўз томирларининг (диабетик ретинопатия, пролефератив ретинит), тери, юрак ва нерв капиллярларининг (дермопатия, кардиопатия, периферик ва автоном нейропатия) шикастланишлари муҳим амалий аҳамиятга эга. Ушбу ўзгаришларга капиллярлар деворининг инсулинга боғлиқ эмаслиги

окибатида глюкозани улардан бемалол ўтиши натижасида юзага келган сурункали гипергликемия сабаб бўлади деган назариялар мавжуд. Диабетик гломерулосклероз (нефропатия – Киммельстил – Уильсон синдроми). Коптокча капиллярлар ичи босимининг ошиши натижасида филтрациянинг бир дақиқада 150-160 мл гача кўтарилиши ва микроальбуминурия (бир кеча кундузда 30-40 мг. ва ундан кўп) ушбу асоратнинг клиник намоён бўлганга қадар кузатиладиган белгилари ҳисобланади. Бу даврда УТТ буйраклар ўлчамининг катталашиши кузатилиши мумкин. Ундан сўнг доимий бўлмаган (транзитор бир-кеча кундузда 1,0-1,5 г), кейинроқ доимий (бир кеча-кундузда 3,0 г гача) макропротеинурия аниқланади. Ушбу давр бир неча йил давом этсада, беморларда шикоятлар бўлмаслиги, аммо иккиламчи АГ кузатилиши мумкин. Ундан сўнг кунлик протеинурия 3,0 г ва ундан кўп (7,0-10-15 г) гача кўпайиб, нефротик синдром белгилари пайдо бўлади («Нефротик синдром» ушбу мавзуга бағишланган маърузада батафсил баён этилган). Ушбу синдром аксарият ҳолларда АГ ва диабетик кардиопатия билан бирга кузатилади. Пировард натижада беморларда СБЕ белгилари (коптокчалар филтрациясининг кескин камайиши, камқонлик белгилари, қонда креатенин миқдорини ошиши) пайдо бўлиб, кейинроқ уремия ҳолати юзага келади («СБЕ»га бағишланган маърузада унинг белгилари, ташхислаш ва даволаш тамойиллари батафсил ёритилган).

Диабетли ретинопатия (ДР) – кўз тўр пардаси майда қон томирларининг бузилиши ва ўзгариши, терминал босқичда эса тўлик кўриш қобилиятининг йуқолишига олиб келувчи асорат ҳисобланади. 15-16-жадвалларда унинг классификацияси ва скрининги келтирилган.

15- жадвал

Диабетли ретинопатия классификацияси

Диабетик ретинопатиянинг Босқичлари	Тўр парда томирларидаги ўзгаришлар
Проллифератив бўлмаган	Мироаневризмалар, геморрагиялар, қаттиқ экссудатив ўчоқлар Макулопатия (экссудатли, ишемик, шишли)
Препролифератив	Кўпгина ретинал геморрагиялар, юмшоқ ва қаттиқ экссудатив ўчоқлар, томир калибрлари текис эмас, ретинал микротомир аномолиялари

Пролифератив	Кўз нерви дискида янги томирлар ва фиброз тўқиманинг ўсиши, шишасимон танада ретинал, преретинал кон куйилишлар
--------------	---

Диабетли ретинопатия ривожланишининг хавфли гуруҳлари:

- 1 тип ҚД беморлар (> 18 ёш) диабетни давомийлиги 3 йилдан кўп;
- 1 тип ҚД бемор болалар (< 18 ёш) касаллик давомийлигидан қатъи назар;
- 2 тип ҚД беморлар, касаллик давомийлигидан қатъи назар.

16- жадвал

Диабетли ретинопатия скрининги

Чора тадбирлар	Бажарувчи врач
Хавфли гуруҳларни аниклаш	Эндокринолог - УАВ
Ўтказилиши шарт бўлган офтальмологик текширишлар	Офтальмолог- УАВ
Ретинопатия босқичларини аниклаш	Офтальмолог – УАВ
Махсус даволаш усуллари танлаш	Офтальмолог

Диабетли ретинопатияни даволаш:

- углевод алмашинувини компенсациялаш ($HbA < 7,0\%$);
- лазерли фотокоагуляция;
- лазер ва криокоагуляция;
- эндолазеркоагуляция билан витрэктомия.

Диабетли ретинопатияда ангиопротекторларни қўллаш кам самарали ҳисобланади ва тавсия этилмайди. Пролифератив бўлмаган ретинопатияларда кальций препаратлари, аскорбин кислотаси ва рутин ёрдамида томирлар ўтказувчанлигини камайтиришга эришиш мумкин. Пролифератив босқичдаги ретинопатияда лазер ёрдамида ўтказилган коогулопатияни самарадорлиги тўғрисида ахборотлар бўлса ҳам, айнан у ёки бу беморда унга бўлган кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни УАВ эндокринолог ва офтальмолог билан ҳамкорликда ҳал қилиши лозим.

Беморларни ўзларини қондаги қанд миқдорини назорат қилишга ўргатиш касалликни олдини олиш учун зарур бўлган шароит ва ҚД асоратларини муваффақиятли даволаш имкониятини яратади. Диабетли ретинопатиянинг эрта босқичларида ташхислаш ва ўз вақтида даволаш ҚД чалинган беморларда уни ривожланишини тўхтатиш имконини беради.

Диабетли кардиопатия. ҚД ушбу асорати аввал яққол намоён бўлмаган чап коринча гипертрофисси кўринишида кузатилса, кейинроқ турли ритм бузилишлари ва СЮЕ қўшилади. ҚД 1-типига чалинган беморларда кардиопатия одатда НФС ривожланиши билан бирга намоён бўлиб, ўнг

коринча етишмовчилиги белгилари кузатилади ва АГ кўшилиши беморлар ахволини ёмонлаштиради.

Диабетли дермопатия. Оёқ териларида тропик ўзгаришларнинг пайдо бўлиши ҚД оқибатида кузатиладиган дермопатиянинг илк белгиси ҳисобланади. Бемор болдирида малла рангли доғлар пайдо бўлади. Тери озикланишининг бузилиши енгил жароҳатларни ҳам битишини кийинлаштиради. Болдирда ҳамда оёқ панжаларининг дистал қисмида трофик яралар пайдо бўлади ва улар гангрена ривожланиши билан якунланиши мумкин. Терининг кичиши ва унинг йирингли касалликларга мойиллиги диабетли дермопатиянинг белгиларидан бири ҳисобланади.

Диабетли нейропатия. ҚД таъсирида периферик (кўпроқ оёқлар) ва автоном нерв тизими зарарланади. Периферик нейропатия одатда полинейропатия, баъзан эса мононейропатия (битта нерв толасининг) ва мия жуфт нервларининг зарарланиши кўринишида намоён бўлиши мумкин. Бошланғич даврларда нейронатиянинг сабабчиси гипергликемия ҳисобланади. Нерв инсулинга боғлиқ бўлмаган тўқима бўлганлиги сабабли гипергликемия ҳолатида анга кўп миқдорда глюкоза келиб тушади. Натижада нерв тўқимасида унинг ўзига салбий таъсир кўрсатувчи осмотик фаол моддалар, жумладан, сорбитол ишлаб чиқарилади. Ушбу жараён ўтиб кетувчи ҳолат ҳисобланиб, конда шакар миқдори меъёрига келса, ўзгаришлар орқага қайтади. Кейинроқ микроангиопатия оқибатида нервларнинг озикланиши бузилади. Периферик нейропатияда беморларда сенсор ва ҳаракат бузилишлари кузатилади. Улар оёқ-қўлларнинг увушиши, ташки таъсирларга (термик, тактил) сезувчанликнинг камайишидан шикоят қиладилар. Оғир ҳолатларда ҳаракатнинг сусайиши, яққол оғрик (кўпроқ кечалари) безовта қилади. Мононейропатия болдир, III, IV, VI бош мия жуфт нервларининг зарарланиши ва радикулопатия, плексопатия билан намоён бўлади. ҚД оқибатида автоном нерв тизимидаги ўзгаришлар беморларда сабабсиз пайдо булган доимий тахикардия, постурал ёки ортостатик гипотония, тер ажралишининг камайиши ёки кўпайиши, ферментлар фаоллигининг, иштаҳанинг сусайиши билан кечувчи гастропатия, кўнгил айниши, вақти-вақти билан қайт қилиш, диарея билан кечувчи энтеропатия, мальабсорбция синдроми, сийдик тутилиши билан кечувчи унинг қопчаси атонияси ва импотенция кузатилади. Автоном нейропатия мавжуд кардиопатияни кечишини оғирлаштиради, у ўз навбатида, ритм бузилишлари, СЮЕ ва миокарднинг оғриксиз ишемияси келиб чиқишига сабаб бўлади.

Диабетли нейропатияни *даволашда* антидепрессантлардан фойдаланиш (амитриптелин, феворин, ксанакс ва бошқалар) нейропатиядаги оғрик синдромида яхши самара беради. Шунингдек, В-гуруҳдаги витаминлар, антиоксидантлар α -липой ёки тиотакт кислотаси ва ангиопротекторлардан фойдаланиш мумкин.

Гастропатияларда метоклопрамид (10 мг дан 3-4 марта вена ичига овқатланишдан 30 дақиқа олдин ёки 20 мг.дан ичишга нонушта ва тушликдан олдин), диареяда линекс тавсия этилади. Диабетли товонни

олдини олиш учун ҳар куни оёқларни илик сув билан ювиш, тирноқларни ўз вақтида эҳтиётлик билан терига зарар етказмасдан олиш, қулай оёқ кийими ва резинасиз пайпоқлар кийиш, оёқларни турли жароҳатлардан асраш лозимлигини беморларга тушунтириш зарур.

ҚД чалинган беморларни мунтазам равишда УАВ эндокринологлар билан ҳамкорликда кузатиб ва даволаб борсалар (гликозириланган НВ $\leq 6, 5\%$, конда наҳордаги шакар миқдори $\leq 6, 1$ ммол/л, овқат истеъмол қилгандан сўнг икки соат ўтгач ≤ 10 ммоль/л бўлиши), юкоридаги асоратлар ривожланиш эҳтимоли (нефропатияни 54%, нейропатияларни 60%, ретинопатияларни 76%) сезиларли камаяди.

Баён этилган специфик асоратлар билан бир қаторда, ҚД чалинган беморларда атеросклероз ва АГ эрта (аксарият ҳолларда семизлик, гиперлипидемия, ва бошқа метаболик ўзгаришлар бўлганлиги сабабли) ривожланади ҳамда ЮИК (35-40% ҳолларда ҚД чалинган беморлар МИдан ҳаётдан кўз юмадилар ва уларда касалликнинг оғриксиз кечиши кўпроқ қайд этилади) бир неча марта кўпроқ учрайди. Шунингдек, уларда пиелонефрит, катаракт ва сил касаллиги умумий популяцияга нисбатан бир неча марта кўпроқ учрашини УАВ лари доимо эсда тутишлари лозим.

ҚД кечки сурункали асоратларини даволашнинг умумий тамойиллари бемор қонидаги глюкоза миқдорини, липид кўрсаткичларини, тана вазнини, АД меъёрида ушлаб туришдан иборатдир. Бемор чекишдан воз кечиши, спиртли ичимликлар ичишни суинстеъмол қилмаслиги ва ош тузи қабул қилишни чегаралаши керак.

Диабетли нефропатия (ДН) – қандли диабетга чалинган беморларда кузатиладиган буйракнинг ўзига хос асорати бўлиб, диффуз ёки таркок гломерулосклероз шаклида кечади ва охири терминал босқичида СБЕ билан намоён бўлади. Унинг классификацияси, скрининги ва даволаш тамойиллари 17-18-19 жадвалларда келтирилган.

17- жадвал

Диабетли нефропатия классификацияси

Босқичи	Классификацияси	Шаклланиш даври
Буйрак гиперфункцияси ва гипертрофияси	Буйрак коптокчалари гипертрофияси, улар фильтрацияси тезлигини (КФТ) ошиши	Диабет бошланишида
Яширин диабетли нефропатия	Альбуминурия меъёрида (< 30 мг /кунда), базал мембрананинг қалинлашуви, КФТ ошиши	2-5 йилдан кейин

<p>Бошланғич диабетли нефропатия ва унинг даврлари: а) эрта</p> <p>б) кечки</p>	<p>Микроальбуминурия 30-300 мг/кунда КФТ бир дақиқада 130-160 мл, альбуминурия кунда 30-100 мг.</p> <p>КФТ бир дақиқада <130 мл, альбуминурия 100-300 мг/кунда, баъзан ҚБ кўтарилиши</p>	<p>5-15 йилдан кейин</p>
<p>Яққол диабетли нефропатия ва даврлари: а) эрта</p> <p>б) ўрта</p> <p>в) кечки, яширин СБЕ</p>	<p>Протеинурия < 300 мг/кунда (0.033 промл) КФТ бир дақиқада 130-70 мл, ҚБ кўпинча кўтарилади</p> <p>КФТ бир дақиқада 70-30 мл, ҚБнинг юкори кўтарилиши, доимий протеинурия</p> <p>КФТ бир дақиқада 30-10 мл, ҚБ нинг юкори бўлиши, шишлар, конда креатининнинг кўтарилиши</p>	<p>10-25 йилдан кейин</p>
<p>Уремия СБЕ босқичлари а) компенсация</p> <p>б) интерметик</p> <p>в) терминал</p>	<p>Сурункали буйрак етишмовчилиги, бир дақиқада КФТ < 10 мл, креатинин кўтарилиши, мочевина ва колдиқ азот меъёрада ёки озгина кўтарилган. Креатинин, мочевина ва колдиқ азот миқдорининг анча кўтарилиши. Организмнинг жиддий захарланиши</p>	<p>20 йил ёки протеинурия бошлангандан 5-7 йил кейин</p> <p>Консерватив даври</p> <p>Консерватив даври</p>

Диабетли нефропатияни ташхислашда ўтказиладиган зарурий текшириш усуллари:

- Микроальбуминурия
- Протеинурия (кун давомида йиғилган сийдикнинг умумий таҳлили)
- Сийдик чўкмасини текшириш (эритроцитлар, лейкоцитлар)

- Қонда креатинин ва мочевина миқдори
- Буйрак коптокчалари филтрацияси тезлиги.

18-жадвал

Диабетли нефропатия скрининги

Вазифалар	Бажарувчи шифокор
Хавф гуруҳини аниқлаш	Эндокринолог УАВ
Зарурий текшириш усуллари	Эндокринолог УАВ
Нефропатиянинг клиник кўринишини аниқлаш	Эндокринолог УАВ
Даволаш усулини белгилаш: <ul style="list-style-type: none"> • микроальбуминурия босқичи • протейнурия босқичи • СБЕ босқичи: • консерватив даври • терминал даври 	Эндокринолог, УАВ Эндокринолог, УАВ Эндокринолог + Нефролог + УАВ Нефролог + УАВ

19-жадвал

Қандли диабетли беморларда нефропатияни даволаш тамойиллари

Даволаш тамойиллари	Амалга ошириш йўллари
Оптимал компенсация	<ul style="list-style-type: none"> • пархез, қандни туширувчи дори воситалар ва ёки инсулин билан даволаш; • ДН ривожланишини тўхтатиш учун мақбул ҳолат - наҳорги гликемия < 6,3 ммоль/л, овқатдан кейинги < 8 ммоль/л, Нб < 7 % (меъёрада 6.1 %)
Буйракдаги ўзгаришларни даволаш	<ul style="list-style-type: none"> • Тиббий бўлмаган чоралар: • таркибида кам оксил бўлган пархез (қунда 40 г ёки 0,6 г/кг тана вазнига); • туз истеъмолини чегаралаш (қунда 2 г, меъёрида 6-10 г);

	<ul style="list-style-type: none"> • ортиқча тана вазнини йўқотиш, айникса, 2 тип диабетга чалинган беморларда, гиперлипидемияни меъёрига келтириш чоралари, чекишни тўхтатиш; • Тиббий чоралар: • буйрак коптокчалари ички гемодинамикасини меъёрига келтириш орқали ДН ни олдини олиш ва даволаш учун махсус дориларни қўллаш; • гипертензия ва гиперлипидемияни даволаш; • б у й р а к н и н г с е л е к т и в ўтказувчанлигини тиклайдиган препаратлар (сулодексид)
<p>Буйрак шикастланишини олдини олишга қаратилган чора- тадбирлар</p>	<ul style="list-style-type: none"> • сийдик йўллари инфекциясини, асосан пиелонефритни эрта ва самарали даволаш; • нефротоксик препаратларни қўлламаслик; • ташхис учун қўлланиладиган инвазив усулларни чеклаш ёки ман этиш

ДНнинг протеинурия ва бошланғич СБЕ босқичларида (креатинин < 250 мкмол/л) қўллаш мумкин бўлган қанд туширувчи дори воситалари:

- гликвидон (глюренорм);
- гликлазид(диабетон MR);
- репаглинид (новонорм);
- глимспирид (амарил);
- глюкобай (акарбоза);
- инсулинлар.

ДНнинг СБЕ босқичида диализ (гемодиализ, перитониал диализ трансплантация) йўли билан даволаш мақсадга мувофиқдир.

ҚД чалинган беморларни даволаш ва мунтазам кузатишда УАВ қуйидагиларга амал қилишлари ҳамда ўз назоратларида бўлганларга ҳам уларни бажаришни тушунтиришлари керак:

▶ қондаги гликозирилган НВ кўрсаткичини меъёридан 1% кўп ошмаслигини назорат қилиб туриш;

▶ парҳезга риоя қилган ҳолда тана вазнини меъёрида сақлашни беморга тушунтириш;

▶ жисмоний машқлар билан мунтазам шуғулланиш лозимлигини уқтириш;

▶ ҚД 2 типда даволашни талаб даражасида ва мунтазам олиб борилишини ташкил қилиш;

▶ қорачикларни кенгайтирган ҳолда кўз тубини йилда бир мартаба текшириш;

▶ ҳар йили беморда нефропатия белгилари пайдо бўлганлиги ёки йўқлиги скринингини ўтказиш (сийдикнинг умумий таҳлили ва микроальбуминурияни аниқлаш);

▶ бемор қабулда бўлганда, унинг товонларини синчиклаб кўриш;

▶ ҚБ ва қондаги липидлар кўрсаткичини мунтазам назорат қилиш;

▶ беморларга тамаки (сигарет) ва носвой чекишдан воз кечиш лозимлигини тушунтириш;

▶ қарши кўрсатмалар бўлмаганда, кунда бир маҳал овқатдан сўнг 325 мг аспирин қабул қилиш;

▶ грипп ва пневмакоккли зотилжамга қарши эмлаш;

▶ оғиз бўшлиғи ва тишларни ҳолатини кузатиб бориш;

▶ оилани режалаштириш.

Қандли диабетли макроангиопатия

Қандли диабет макроангиопатиясига қуйидагилар киради:

- юрак ишемик касаллиги;

- цереброваскуляр касалликлар;

- периферик ангиопатиялар.

Қандли диабетга чалинган беморлар овқатланишда қуйидаги тамойилларга амал қилишлари лозим :

- таомни тез-тез ва оз-оздан истеъмол қилиш;

- овқатланишни 5 қисмга бўлиш - нонушта, иккинчи нонушта, тушлик, тушликдан кейинги тамадди, кечки овқат. У уйқудан камида уч соат олдин истеъмол қилиниши керак;

- кунлик рационда оксиллар (гўшт, тухум) – 16% ни, углеводлар - 60% ни, ёғлар - 24% ни ташкил қилиши лозим;

- қабул қилинаётган овқатнинг асосий қисмини секин сингувчи углеводлар, яъни қондаги қанд миқдорини аста-секинлик билан оширувчи ва тўқлик ҳиссини туғдирувчи маҳсулотлар ташкил қилиши зарур. Бу маҳсулотларга барча турдаги сабзавотлар, мевалар, нон маҳсулотлари ва ёрмалар киради;

- рационда енгил сингадиган углеводлар қабул қилишни жиддий чегаралаш . Чунки улар (шакар, мураббо, киём, музқаймоқ, шоколад, қуюлтирилган сут, конфетлар, қовун, узум ва анжир) қондаги қанд миқдорини тез ошириш хусусиятига эга;

- овқатлар, асосан кайнатилган, димланган шаклда, ўзининг шарбати ёки буғида тайёрланиши лозим;

- агар овқат тайёрлаш жараёнида ёғлардан фойдаланиш зарур бўлса, у ҳолда ҳайвон ёғларини ўсимлик (зайтун, кунгабоқар, маккажўхори) ёғлари билан алмаштириш мақсадга мувофиқ;

- гўшт маҳсулотларидан фойдаланганда (товук, балик, мол, кўй), уларнинг ёғсиз турига аҳамият бериш лозим. Гўштда кўринган ёғларни эса олиб ташлаш керак;

- сабзавотлардан тайёрланган ҳамда ўсимлик ёғи билан аралаштирилган салат ёки гарнирларни кунлик рационга қўшиш тавсия этилади;

- организмда ширинликларга эҳтиёж кучайганда, канд ўрнини босувчи маҳсулотлардан фойдаланиш мумкин.

Куйидаги 20-жадвалда ҚДга чалинган беморларга ҳафтада ва ойда тавсия этиладиган озиқ-овқатлар рўйхати келтирилган.

20-жадвал

**Қандли диабетга чалинган беморларга тавсия
этиладиган овқатлар рўйхати**

Ҳар куни	Ҳафтада бир марта	Ойда бир марта
Нон маҳсулотлари		
Диабет нони (кунда 3 бўлак), кепакли нон (кунда 3 бўлак), кора нон (кунда 3 бўлак)	Макарон маҳсулотлари, чучвара 10-12 дона, печенье 4 дона, кўкатли, ковокли сомса 1 дона	Пряник 2 дона, кулчалар 2 дона, блинчик, куймок 4 дона, гўштли, картошкали сомса 1 дона
Бўтқалар		
Ёғсиз сутда тайёрланган гречка, овсянка, перловка, пшенка бўтқалари 200 г.	Гуручли бўтқа 200 г.	Манний бўтқаси 200 г.
Сут маҳсулотлари		
Ёғсиз творог 200 г., каттик пишлоқ 30 г., сметана 2 ош қошиқ, кефир 1 ош қошиқ, ряженка 1 ош қошиқ	Сут, қаймоқ, простокваша, зардоб, ёғсиз йогурт – 1 ош қошиқ, сарнёғ- 1 чой қошиқ	Музқаймоқ 100 гр, қуюлтирилган сут- 2 чой қошиқ, глазирланган сирок 1 дона, қаймоқ -2 чой қошиқ
Сабзавотлар		
Помидор, баклажон, салат, сабзи, бодринг, кўкатлар, редиска, ковок, карам, болгар қалампир, шавел, туруп, ловлағи, шолғом	Қайнатилган картошка - 2 дона, маккажўхори 1 дона, кўзикорин 100 г.	Ўсимлик ёғида ковурилган картошка – ярим порция

Салатлар		
Аччик – чучук, карамли, бодрингли ва помидорли салатлар, винегрет, кўкатлардан тайёрланган ва қатик ёки ўсимлик ёғи билан аралаштирилган салат	Оливье, француз салати, кам ёғ сакловчи майонезли салатлар - 1 порция	Қаймоқ билан аралаштирилган салатлар - 1 порция
Шўрвалар		
Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган мошхўрда, мастава, ловияли шўрва, нўхотли шўрва, карамли шўрва, товукли, шўрва, киймали шўрва, уха, рассольник, ши, сабзавотли шўрва	Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган угра оши, манпар	Ҳайвон ёғи ва сметана кўшилган шўрвалар
Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган димлама, шашлик, дўлмалар, тефтел-1 порция	Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган манти, палов, лағмон, мошкичири-0,5 порция	Қўй гўшти ва мол ёғида тайёрланган палов, димлама - 0,5 порция.
Мевалар		
Нордон-ширин олма, киви, олча, нок, беҳи, смородина, грейпфрут 300 г	Хурмо, ўрик, шафтоли, кулупнай, тарвуз, апельсин, мандарин, олхўри, малина, ананас, анор, гилос 200 г.	Банан 1 дона, узум 10-12 дона, ковуи 1 тилим
Гўшт маҳсулотлари ва тухум		
Ёғсиз гўшт маҳсулотлари (мол, бузоқча), товук, курка (териси олиб ташланган)	Калла-поча, ёғсиз казикарта, хасип (ёғсиз), қайнатилган тухум - 2 дона	Ўрдак, ғоз, бекон, сосиска, дудланган колбаса, ветчина 1-2 дона, ковурилган тухум 2 дона
Балиқ ва денгиз маҳсулотлари		
Ўсимлик ёғида тайёрланган ёғсиз балиқнинг барча турлари	Скумбрия, сельдь, лосось 50 г.	Сариёғда тайёрланган балиқ 50 г

Зираворлар		
Мурч, горчица, ҳар-хил зираворлар	Кам ёғ сакловчи зираворлар	Сливка, майонез
Қурук мевалар		
Олма 1 дона, нок 1 дона	Олхўри 5-6 дона, тўршак 6-7 дона	Майиз 12-15 дона, анжир 6-7 дона, қуритилган қовун 50 г
Шарбатлар		
Қуритилган мева шарбати, минерал сув, чой, қанд ўрнини босувчи маҳсулотлар қўшилган ва аччиқ бўлмаган қаҳва	Мевали шарбатлар 1 ст., сабзавотли шарбатлар 2 ст.	Узум шарбати 50 г., кока-кола, пепси – кола 0,5 ст., квас 0,5 ст., фанга 0,5 ст., спрайт 0,5 ст.,
Ширинликлар		
Қанд ўрнини босувчи маҳсулотлардан тайёрланган қиём 1 чой қошиқ	Асал, желе 1 чой қошиқ	Мураббо 1 чой қошиқ, конфетлар 2 дона, шоколад 20 г.

Юқорида санаб ўтилган тамойилларга амал қилиш ҚД га чалинган беморларда асоратларни олдини олиш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва умрларини узайтириш имкониятини яратди.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Қандли диабет 1-тип, ўрга оғир даража, декомпенсация босқичи;
Асорати: диабетик пролифератив бўлмаган ретинопатия, нефропатия III, диабетик дистал симметрик сенсор полинейропатия (оёқ, қўл);
- ✓ Қандли диабет 2-тип, оғир даража, декомпенсация босқичи;
Асорати: диабетик пролифератив ретинопатия, диабетик нейроишемик тоvon синдроми, диабетик макроангиопатия, дислипидемия II а даража;
- ✓ Қандли диабет 2-тип, оғир даража, декомпенсация босқичи;
Асорати: диабетик нейроишемик тоvon синдроми, диабетик нефропатия V (СБЕ,интермиттирловчи босқич), диабетик макроангиопатия : АГ III даража, хавф IV.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Акбаров З.С., Рахимов Г.Н. ва бошқалар. Амалий диабетология жадвалларда (врачлар учун қўлланма). Тошкент, 2007.
2. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология. Санкт-Петербург: Спецлит. 2007.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Москва: Издательство «Литтера», 2006.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Москва, «Геотар - Медиа», 2008.
5. Дедов И.И., Мельниченко Р.А., Фадеев В.В. Эндокринология. Москва, «Медицина», 2009.
6. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
7. Нажмутдинова Д.К. ва бошқалар. Эндокринология умумий амалиёт шифокори фаолиятида. 6 - 7 – курсларда умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш учун ўқув қўлланма. Тошкент 2005.
8. Мельниченко Г.А. Наглядная эндокринология. Перевод с английского 2-е издание. Москва: «Геотар Медиа», 2008.
9. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.
10. Старковой Н.Г. Клиническая эндокринология. Санкт-Петербург, 2002.

СЕМИЗЛИК

*Сихат тиласанг кам е,
иззат тиласанг кам де*

Алишер Навоий

Семизлик ёки ёғ тўқимасида унинг меъёридан ортиқ кўринишидаги модда алмашинувининг бузилиши инсонлар орасида кенг тарқалган ҳолатлардан бири ҳисобланади. Турли манбалардан олинган маълумотларга кўра, ер қуррасининг 25%, 40 ёшдан кейин эса 50-60% аҳолисида ушбу жараён кузатилади. Семизлик нафакат инсонларнинг ҳаёт сифати ва унинг давомийлигига балки турли оғир касалликларнинг келиб чиқишига ҳам сабаб бўлади.

Маълум ҳудудда учрайдиган ва тана вазни маъёрида бўлганлар орасида ўлим кўрсаткичини 100% деб олсак, I даражали семизликда бу кўрсаткич 178%, II-III даражада эса 225% га тенг. Агарда юқори даражада семизлик мавжуд бўлса, (тана вазни индекси $> 40 \text{ кг/м}^2$) ўлим кўрсаткичи тана вазни меъёрида бўлганларга нисбатан 4-6 марта ортиқ қайд этилади. Бунга сабаб семиз кишиларда АГ, ЮИК, гиперлипидемияни 2-4 марта кўп учрашидир. ҚД II тури 85% ҳолларда ортиқча тана вазнига эга бўлган кишиларда ривожланади. Бундан ташқари, семизлик остеоартроз, веналарнинг варикоз кенгайиши каби касалликларнинг асосий сабабчиларидан биридир. Шунинг учун УАВ семизлик тўғрисида батафсил маълумотга эга бўлиши ҳамда унинг олдини олиш ва даволаш тамойилларини яхши билиши лозим.

Куйида кискача соғлом кишида ёғ алмашинуви механизми тўғрисида тўхталиб ўтамыз. Маълумки, ёғ тўқимаси юқори энергияга эга бўлган триглицеридлар таркибидаги ёғ кислоталарини ўзида сақлайди. Организмда мунтазам равишда тўқималар учун энергия зарур бўлганлиги сабабли ёғ тўқимасининг парчаланиши, яъни липолиз жараёни кузатилади. Бунда асосий энергия манбаи бўлиб, парчаланиш натижасида ҳосил бўлган ёғ кислоталари ва глицерол ҳисобланади. Ушбу жараёнга параллел равишда ва унга жавобан организмда липогенез, яъни доимий равишда ёғ ҳосил бўлиш жараёни давом этади. Соғлом аёлларда ёғ тўқимаси тана вазнининг 15-18%, эркакларда 8-15% ташкил этади. Организмда доимо липолиз билан липогенез ўртасида мувозанат сақланади ва бу жараён марказий нерв тизими орқали бошқарилади. Ушбу жараён мувозанати бузилган ҳолларда семизлик юзага келади ва унинг пайдо бўлишида ўзаро бир-бири билан боғлиқ бўлган куйида келтирилган қатор омиллар асосий рол ўйнайди:

1). меъридан ортиқча овқат истеъмол қилиш – бир кунда 100 ккал. ортиқ овқатланиш бир йилда 5 кг. семиришга олиб келади;

2). жисмоний фаолликнинг етарли даражада бўлмаслиги - бу физик термогенезнинг сусайиши натижасида ортиқча ёғ ҳосил бўлишига сабаб бўлади;

3). Ёш ошиб борган сари оч қолиш маркази фаолияти етарли даражада босилмайди, бунинг оқибатида овқат калориясининг озгина ошиши ҳам семизликка олиб келади;

4). тўйиниш марказини қўзғатувчи гармон - лептинга ушбу марказ сезувчанлигининг сусайиши;

5). адаптив термогенезнинг сусайиши - ушбу жараён овқат истеъмол қилиш натижасида пайдо бўлган ортиқча калорияни иссиқликка айлантиришга қаратилган. Ёш ўтган сари семизликка мойиллиги бор кишиларда адаптив термогенез сусаяди ва ортиқча калория ёғга айланади;

6). истеъмол қилинадиган таом таркиби - оксил кўп сақловчи овқатларни ҳуш кўрган кишиларда семизликка мойиллик кам бўлади, чунки уни парчаланиши учун кўп энергия талаб қилинади, яъни овқат термогенези юзага келади. Ёғли овқатларнинг парчаланиши учун деярли калория талаб этилмайди ва унинг ортиқчаси ёғга айланади;

7). ёғ тўқимаси адипостатининг бузилиши – семизликда адипостат юқори даражада фаолият кўрсатади ва керагидан ортиқча ёғни организмда ушланиб қолишига сабаб бўлади;

8). наслий мойиллик – қатор кузатувлар семизликнинг келиб чиқишида лептин рецепторларидаги генетик етишмовчилик сабаб бўлишини тасдиқлайди.

Баъзи кишиларда чекишни ташлаш ҳам унинг биринчи ойларида семизликка олиб келиши мумкин. Шунинг учун ушбу зарарли одатдан воз кечган кишилар рационал овқатланишлари ҳамда мунтазам жисмоний ҳаракатда бўлишлари лозим.

Келиб чиқиш сабабига кўра семизликнинг икки тури фаркланади: бирламчи ва иккиламчи. Унинг бирламчи тури ҳеч қандай касаллик оқибатида пайдо бўлмай тарқалиши, асоратлари ва ўлимга олиб келиш сабаблари тиббиёт учун катта муаммо ҳисобланади. Иккиламчи ёки симптоматик семизлик марказий асаб тизими, руҳий ва эндокрин аъзолар касалликларида (Кушинг синдроми, инсулинома, генетик синдромлардаги семизлик) кузатилади ва жуда кам (илмий манбалардаги маълумотларга кўра, семизликка чалинганларнинг 1% ни унинг иккиламчи тури ташкил этади) учрайди. УАВ беморда иккиламчи семизлик борлигига шубҳа қилса, уни тегишли мутахассисга юбориши лозим.

Ҳозир бутун дунёда бирламчи семизликнинг 1974 йилда J.Vague томонидан тавсия этилган классификациясидан фойдаланилади ва унинг андроид ҳамда гиноид турлари фаркланади. Унинг андроид тури ёғни организмда бир текис эмас, балки кўпроқ гавданинг юқори қисмида, юзда, қоринда, висцерал аъзоларда тарқалиши билан характерланади ҳамда балоғатга етгандан сўнг кузатилади.

Гиноид турида ёғнинг думба ва сонда тарқалиши кузатилса ҳам, кўпроқ гавданинг барча қисмини бир текисда эгаллаган бўлади. 1-жадвалда семизлик турини аниқлаш келтирилган.

1-жадвал

Семизлик турларини аниқлаш усули

Семизлик тури	Андроид	Гиноид
Бел айланасининг сон айланасига нисбати	Эркакларда Б/С > 1,0 Аёлларда Б/С 0,85-0,84	Эркакларда Б/С < 1,0 Аёлларда Б/С < 0,84

Изоҳ: Б-бел айланаси; С-сон айланаси.

Семизлик борлигини аниқлаш учун тана вазни (Кетле) индексидан фойдаланилади. У тана вазнини бўй узунлигига (метрда) бўлиш йўли билан аниқланади. Бунда бўй узунлиги м² олинади (тана вазни / бўй узунлиги, м²). Куйида 2-жадвалда тана вазни индекси ёрдамида семизлик даражасини аниқлаш келтирилган.

2-жадвал

Тана вазни индекси кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Тана вазни индекси кг/м ²
Вазн меъеридан кам	< 18,5 кг/м ²
Вазн меъерида	18,5 – 24,9 кг/м ²
Вазн ортиқча	25 – 29,9 кг/м ²
Семизлик I даража	30 – 34,9 кг/м ²
Семизлик II даража	35 – 39,9 кг/м ²
Семизлик III даража	> 40 кг/м ²

Кетли индекси билан бир қаторда бел айланасини аниқлаш ҳам семизликни баҳолашда амалий аҳамиятга эга. Эркакларда унинг 102 см ва ундан кўп, аёлларда эса 88 см ва ундан ортиқ бўлишида семизлик юзага келиш эҳтимолни юқори ҳисобланади, шу сабабли улар ўз саломатликлари тўғрисида қайғуришлари лозим.

Семизликни даволашнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат:

- паст калорияли парҳез;
- жисмоний фаоллик (сайр қилиш, гимнастика, жисмоний тарбия билан шуғулланиш, сузиш, теннис ва бошқалар);
- атрофдагилар билан дўстона муносабатда бўлиш (стресс ҳолатлардан узоқлашишга ҳаракат қилиш);
- дорилар ёрдамида даволаш;
- жарроҳлик амалиётидан фойдаланиш.

Паст калорияли парҳезни буюришдан асосий мақсад тана вазни индексини камайтириш ва уни талаб даражасида ушлаб туришдан иборатдир (20-25 кг/м²). Нормал тана вазнига эга бўлган кишилар жисмоний ҳаракатни инobatта олган ҳолда, бир кунда овқат билан 1.600-2.400 ккал энергия қабул қилишлари лозим. Агар семизлик мавжуд бўлса, унинг

даражасидан келиб чиқиб паст калорияли пархез (бир кунда 1.200 дан 600 ккал.гача) тавсия этиш керак. Кунлик калориясидан қатъи назар овқат 55-60% углевод, 15-20% оқсил ва 20-25% ёғлардан (1/3 қисми мол ва 2/3 қисми ўсимлик) иборат бўлиши зарур.

Даволаш одатда кунлик калорияни 1.100-1.200 гача камайтиришдан бошланади. Агарда гиперхолестеринемия мавжуд бўлса (3-жадвал), унинг овқатдаги кунлик миқдори 300 мг гача, қутилган самара бўлмаса 200-100 мг гача чегараланади. Мабодо ундан сўнг ҳам ижобий натижага эришилмаса, гипополидемик дорилар тавсия этилади. Хавфли омиллари бўлмаган йигирма ёш ва ундан катта кишиларда беш йилда бир маротаба ушбу омиллар (семизлик, АГ, чекиш, наслий мойиллик, гиподинамия ва б.қ.) бўлган тақдирда ҳар йили бир маротаба қондаги липидлар кўрсаткичини аниқлаш лозимлигини УАВ эсда тутиши лозим.

3-жадвал

Қондаги липидлар кўрсаткичи

Биохимик кўрсаткичлар (ммоль/л)	Исталган кўрсаткич	Чегара кўрсаткичи	Ёмон оқибатга олиб келиши мумкин бўлган кўрсаткич
Умумий холестерин	< 5,2	5,2 – 6,5	> 6,5
ПЗЛП холестерин	< 4,0	4,0 – 5,0	> 5,0
ЮЗЛП холестерин	> 1,0	0,9 – 1,0	< 0,9
Триглицеридлар	< 2,0	2,0 – 2,5	> 2,5

Тозаланган углеводларни қабул қилиш чегараланади. Кўпроқ кам калорияли – сабзавот, мева, ёғсизлантирилган сут, творог, ёғсиз балиқ ва гўшт (териси олинган парранда гўшти) истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Кунлик таом 4-6 мартага бўлиниб истеъмол қилингани маъқул. Агарда 3-4 ҳафта ичида тана вазни камаймаса, овқат таркиби ва сифатини эскича қолдириб, кунлик калорияни 800-900 гача камайтириш лозим. Оқсил йўқотишни кўпайтирмаслик мақсадида пархезда уни бир кг. тоза вазнга 0,8-1,2 граммгача кўпайтириш зарур. Овқат таркибида етарли даражада фибратлар, витаминлар ва минерал тузлар (калий, темир, кальций, магний) бўлиши керак.

Юқоридаги тавсиялардан сўнг ҳам 4-5 ҳафта ичида вазн камаймаса, унда жуда кам калорияли (кунда 600-700 ккал.) пархезга ўтилади, аммо овқат таркибида исталган, яъни 1 кг тана вазнига 0,8-1,2 г тўлақонли оқсил бўлиши шарт. Вазни тез йўқотмаслик мақсадида углеводларни қабул қилиш тавсия этилмайди. Овқат юқорида кўрсатилган минерал тузлар ва турли витаминларга бой бўлиши керак. Оч қолиш ҳиссини камайтириш мақсадида таом глюкозасдан кичик луқмаларда кунда 5-6 мартага бўлиб қабул қилинади. Кам калорияли пархез баъзан гипотония, тери ва сочларни қуриши, аёлларда ҳайз кўришни

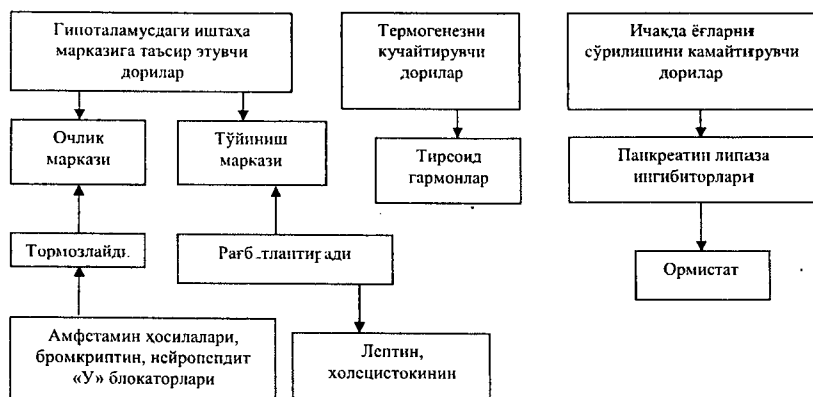
бузилиш ҳолларини келтириб чиқариши мумкин. Семизликни даволаш вақтида психотроп дориларни қабул қилиш мақсадга мувофиқ эмас. Шунингдек,, кабзиятнинг олдини олиш (клетчаткага бой маҳсулотлар), агар организмда ортқича сув сақланиб қолган бўлса, (кўпроқ юқори даражадаги семизликда ушбу ҳолат кузатилади) сийдик хайдовчи дорилардан фойдаланиш мумкин.

Республикамиз шароитида қуйидагиларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқ: сабзавотлар, ёгсиз мол гўшти, балиқ ва парранда гўшtidан тайёрланган шўрвалар (уларни димланган ҳолда ҳам истеъмол қилиш мумкин); помидор, бодринг, шолғомча, кабачка исталган миқдорда; картошкадан тайёрланган таомлар чегараланган миқдорда; дуккакли (мош, ловия, нухат)лар ва макарондан тайёрланган таомлар тавсия этилмайди ёки ҳар ҳафта бир мартаба тановул қилиш мумкин; ярим қайнатилган бир дона тухум кунора; ҳар куни кечкурун бир стакан кефир; олма, лимон, олхўри, тарвуз исталган миқдорда; киш ойларида помидор ва нордон мевалардан тайёрланган шарбатлар; чой ёки унинг сут билан аралашмаси. Кунлик истеъмол қилинадиган ош тузи миқдори 5 ггача чегараланади. Юқоридагилардан ташқари, ҳафта ёки ўн кунда бир кун енгиллаштириш кунларини ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бунда тана вазни ортқича бўлганлар кун давомида бодринг, олма, помидор, шолғомча, туруп, олхўри, олча, тарвузларни 1,5-2 кг миқдорда (барчаси биргаликда ҳисобланганда) истеъмол қилишлари мумкин, аммо шу куни санаб ўтилганлардан ташқари бошқа нарса тановул қилмаган маъкул. Қуйидагилар тавсия этилмайди: конфетлар, шоколадлар, турли хил пишириклар, шу жумладан, торт, музқаймоқ, ёғли гўшт, спиртли ичимликлар, ўткир ва дудланган маҳсулотлар, гармдори. Жисмоний фаоллик семизлик даражасини инобатга олган ҳолда тавсия этилади. Енгил даражадаги семирлишда сайр қилиш, жисмоний тарбия, сузиш ва теннис ўйнаш самарали ҳисобланади. Шунингдек,, семизликка мойил кишилар стресс ҳолатлардан узоқ бўлишга ҳаракат қилишлари керак.

Беморлар катъи парҳезга амал қила олмасалар, анорексिनоген препаратлар буюрилади ва улар бир неча гуруҳга бўлинади (1-чизма).

1. Нейротрансмиттерларни (норадреналин, допамин) рағбатлантириш йўли билан оч қолиш маркази фаолиятини тормозлаш. Ушбу гуруҳга амфетамин ҳосилалари фепранон, дезапимон ва бошқалар киради.

ЮИК, АГ, СЮЕ чалинган ва катта ёшдаги беморларга ушбу гуруҳ дориларини буюриш мумкин эмас. Шунингдек,, эйфория чақиритиши ва иш қобилиятини оширганлиги сабабли, беморларда уларга боғлиқлик пайдо бўлади. Шу сабабли улардан фойдаланиш бирмунча чегараланган. Амфетомин ҳосилаларини семизликка чалинган ёш беморларда қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолларда қўллаш тавсия этилади. Фепранон 25 мгдан кунда 2-3 марта овқатдан олдин. Охириги таблетка кучкурун соат 6-7 ларда қабул қилиниши лозим. Даво курси давомийлиги 2 ой бўлиб, зарурат бўлганда уни такрорлаш мумкин. Дезопимон 0,025 г. даволаш усули ва салбий таъсирлари фепранондек. Мазиндол (теринак) юқорида келтирилган иккита доридан кимёвий тузилиши билан фаркланади ва таблеткада 0,001 гдан чиқарилади. Ушбу дори тўйиниш маркази



1-чизма. Семизликни даволашда қўлланиладиган дорилар гуруҳи ва уларни таъсир механизмлари

фаоллигини ошириб, иштаха маркази фаоллигини сусайтиради. Шунингдек,, глюкозанинг ичакларда сўрилишини камайтиради. Овқат истеъмол қилиш вақтида кунда ярим таблеткадан (4-5 кун), ундан сўнг бир таблеткадан кунда 1-2 маҳал тавсия этилади. Даво курси 4-12 ҳафта. Фенфлюрамин (пондерал) узок муддатли таъсирга эга бўлиб, кунда 1 маҳал ичишга буюрилади. Ҳозирги вақтда семизликни даволаш учун шунингдек,, холестикокинин, лептин ва панкреатенин липаза ингибиторларидан фойдаланилади. Биринчи иккита дори тўйиниш марказига таъсир этиб, истеъмол қилинадиган овқат миқдорини камайтиради ва тўйиниш хиссини уйғотади.

Термоген дорилар гуруҳига тиреоид гармонлар киради ва амалиётда унинг вакили левотироксин ишлатилади. Семизликни даволаш учун унинг катта миқдордаги дозаси (0,2 мг. ва ундан кўп – тана вазни назорат қилинган ҳолда) қўлланилади. Препаратнинг юкори дозаси адаптоген термогенезни ошириб ортикча калорияни иссиқликка айлантиради. Ушбу гуруҳ дориларини буюришда ҳам амфетомин ҳосилаларини қўллашда бўлган қарши кўрсатмаларни инобатга олиш лозим.

Андроид семизлик кўп ҳолларда АГ, ЮИК ва II-тур ҚД билан бирга келганлиги сабабли уларни даволаш тамойилларини УАВ яхши билиши лозим ва у 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Андроид семизлик турли касалликлар билан бирга келганда даволаш тамойиллари

Касалликлар	Даволаш тамойиллари
Семизлик	- Кам калорияли парҳез - Самара бўлмаганда анорексиген дорилар

Кандли диабет II-тури	<ul style="list-style-type: none"> - Пархездан бошлаш - Самарасиз ва семизлик мавжуд бўлганда – бигуанидлар (сиофор, метформин), глюкобай - Самара бўлганда даволашни давом эттириш - Самарасизликда – сульфонилмочевина препаратлари. <p>Овқатдан кейинги гипергликемия сақланганда – глюкобай (акарбоза) билан биргаликда Юкорида санаб ўтилган чоралар ёрдам бермаса инсулин буюриш</p>
Гиперлипидемия	<ul style="list-style-type: none"> - Кам холестеринли пархез: овқатда холестерин миқдори бир кунда, < 300 мг, < 200 мг, < 100 мг. - Самара бўлмаганда – гиполипидемик дорилар - Умумий холестерин ва ПЗЛП юқори – холестерамин ва статинлар (левостатин – липримар, симвостатин). Умумий холестерин, ЎПЗЛП ва триглицеридлар юқори – гемфиброзил, клофибрат, никотин кислотаси препаратлари, микселетин балиқ ёғи
Артериал гипертензия	<ul style="list-style-type: none"> - ААФ ингибиторлари (эналаприл, берлиприл ва бошқалар) - Сийдик ҳайдовчилар (гипотиазид, индапамид ва бошқалар) - Селектив β-блокаторлар (метопролол, атенолол ва бошқалар) - α ва β-блокатор хусусиятига эга бўлган дорилар (карведилол, лабеталол) - Кальций каналлари антагонистлари (верапамил, дилтиазим, нифедипин, амлодипин) - Ош тузи истеъмол қилишни чегаралаш
Юрак ишемик касаллиги	<ul style="list-style-type: none"> - Нитратлар - β-адренблокаторлар - Кальций каналлари антагонистлари - ААФ ингибиторлари
Геморрагик бузилишларда	<ul style="list-style-type: none"> - Курантил, аспирин

Изоҳ: жадвалда келтирилган касалликлар ҳамда уларни даволаш тўғрисидаги маълумотлар улар баён этилган маърузаларда батафсил ёритилган.

Тана вазни ортиқча беморларнинг аксариятида липид алмашувининг бузилиши кузатилганлиги сабабли ва бу ҳолат УАВ фаолиятида кўп учрашини эътиборга олиб биз ушбу 5-жадвалга қўшимча равишда гиперлипидемияни даволашда қўлланиладиган дорилар тўғрисида батафсил маълумот келтирдик.

**Гиперлипидемияни даволашда қўлланиладиган
асосий дори воситалари**

Гуруҳ	Дори воситаси	Кунлик дозаси (г) неча марта қабул қилиниши	Самараси
Фибратлар (фибрал кислота маҳсулотлари)	Клофибрат,	0,5-1,0 х кунда 2 мар- та	Қонда тригли- церидларни ва жуда паст зичликдаги липопротеин- ларни пасайтиради
	гемфиброзил (гевилон),	0,6 х кунда 2 марта	
	безафибрат (без- алин),	0,2 х кунда 3 марта	
	ц и п р о ф и б р а т (липонор),	0,1 х кунда 1 марта	
	фенофибрат	0,2 х кунда 1 марта	
Никотин кисло- таси ва унинг хосилалари	Никотин кисло- таси, эндурацин, аципимокс (оль- бенам)	1-2 х кунда 3 марта 0,5 х кунда 1 марта 0,25-0,72 х кунда 1 марта	
Балиқ мойидан олинган дори во- ситалари	Максепа	15-30 х кунда 2-3 марта	
Ўт кислоталари адсорбентлари (ион алмаштирув- чи смолалар)	Холестирамин (квестран) колестипол (ко- лестид)	4,0-24,0 кунда 3 марта 5,0-30,0 кунда 3 марта	Қондаги уму- мий холе- стерин, паст ва оралик зичликдаги липопротеин- ларни пасай- тиради
Статинлар (ГМГ- КоА-редуктаза ингибиторлари)	Ловастатин,	0,01-0,08	
	симвастатин,	0,005-0,04	
	правастатин,	0,005-0,04	
	флувастатин,	0,02-0,08	
	аторвастатин, церивастатин	0,01-0,08 0,0002-0,0004	
Ниацин	ниацин	1,2-2,0 кунда 3 марта	

Семизликни жарроҳлик йўли билан даволаш жуда кам қўлланилади ва яхши самара бермайди.

Маъруза якунида УАВ асосий вазифаси семизликни олдини олишга қаратилган бўлиши кераклигини яна бир бор таъкидлаб ўтмоқчимиз. Чунки у ўлимнинг асосий сабаби бўлган АГ, ЮИК ва ҚД олиб келувчи асосий

хавфли омиллардан биридир. Шунинг учун, шифокор ўзига бириктирилган аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини (меъёрида овқатланиш, парҳезга риоя қилиш, мунтазам жисмоний тарбия билан шугулланиш ва бошқалар) фаол тарғибот қилиши керак.

Ташхис қўйиш намуналари:

- ✓ Семизлик андройд тури I-даражаси. Гиперлипидемия (паст зичликдаги липопротеидларнинг ошиғи билан);
- ✓ Семизлик гиноид тури II-даражаси.

Илова: семизлик аксарият ҳолларда ёндош ташхис сифатида қўйилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология. Санкт Петербург: СпецЛит., 2007.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Москва: Издательство «Литтера», 2006.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Москва: «Геотар - Медиа», 2008.
4. Дедов И.И., Мельниченко Р.А., Фадеев В.В., Эндокринология. Москва: «Медицина», 2009.
5. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
6. Мельниченко Г.А. Наглядная эндокринология. 2-е издание. Перевод с английского. Москва: «Геотар Медиа», 2008.
7. Рябов С.И., Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Внутренние болезни. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.
8. Старкова Н.Г. Под ред. Клиническая эндокринология. Руководство. Санкт Петербург, 2002.

КАМҚОНЛИК

Камқонлик жаҳонда кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланиб, аҳоли саломатлигига жиддий салбий таъсир кўрсатади ёки кўп ҳолларда асосий хасталик кечишини оғирлаштиради. Ушбу касаллик қоннинг ҳажм бирлигида гемоглобинлар микдорининг камайиши билан характерланувчи клиник-гематологик синдромлар мажмуаси ҳисобланади. Жараён параллел равишда эритроцитлар сонининг камайиши билан бирга кечиши оқибатида тўқималарда кислородга бўлган танқислик (гипоксия) юзага келади.

Эркакларда гемоглобин кўрсаткичи 130 г/л ва эритроцитлар сонини 4×10^{12} /л.дан, аёлларда эса мос равишда 120 г/л ва $3,5 \times 10^{12}$ /л.дан кам бўлиши камқонлик мезони деб қабул қилинган. УАВ нафақат камқонликни, балки бошқа қатор касалликларни кечишини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга бўлган периферик қоннинг меъёрий (1-жадвал) ва ранг кўрсаткичларини яхши билиши лозим.

1-жадвал

Периферик қоннинг меъёрий кўрсаткичлари

№	Кўрсаткичлар	Жинси	Мутлақ кўрсаткичлар	Нисбий кўрсаткичлар
1	Эритроцитлар	Эркак Аёл	$4,0-5,5 \times 10^{12}$ /л $3,5-4,5 \times 10^{12}$ /л	
2	Гемоглобин	Эркак Аёл	130-170 г/л 120-140 г/л	
3	Гематокрит	Эркак Аёл		40-48% 36-42%
4	Ранг кўрсаткич			0,85-1,05
5	Бир эритроцитда гемоглобин микдори		27-25 пг	
6	Эритроцитларнинг ўртача қатталиги		80-95 мкм ³	
7	Эритроцитларнинг ўртача диаметри		7-8 мкм	
8	Ретикулоцитлар		2-10‰	
9	Лейкоцитлар		$4-9 \times 10^9$ /л	
10	Таёқча-ядроли нейтрофиллар		$0,04-0,3 \times 10^9$ /л	1-6%
11	Сегмент ядроли нейтрофиллар		$2,0-5,5 \times 10^9$ /л	45-70%
12	Эозинофиллар		$0,04-0,35 \times 10^9$ /л	1-5%

13	Базофиллар		0-0,09 X 10 ⁹ /л	0-1%
14	Лимфоцитлар		1,2-3,5 X 10 ⁹ /л	18-40%
15	Моноцитлар		0,08-0,60 X 10 ⁹ /л	2-9%
16	Тромбоцитлар		150-400 X 10 ⁹ /л	
17	ЭЧТ	Эркак Аёл	1-10 мм/соат 2-15 мм/соат	

Ранг кўрсаткичини аниқлаш формуласи

Ранг кўрсаткич = Hb миқдори (г%) X 0,3 / эритроцитлар сони (млн/мм³)

Масалан:

Hb 80 г/л = 8 г%;

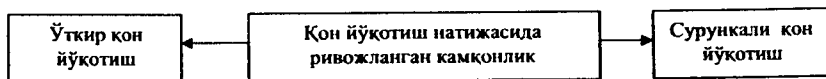
Эритроцитлар сони 2,8 X 10¹²/л = 1 мм³ да 2,8 млн

Ранг кўрсаткич = 8 X 0,3 / 2,8 = 0,85

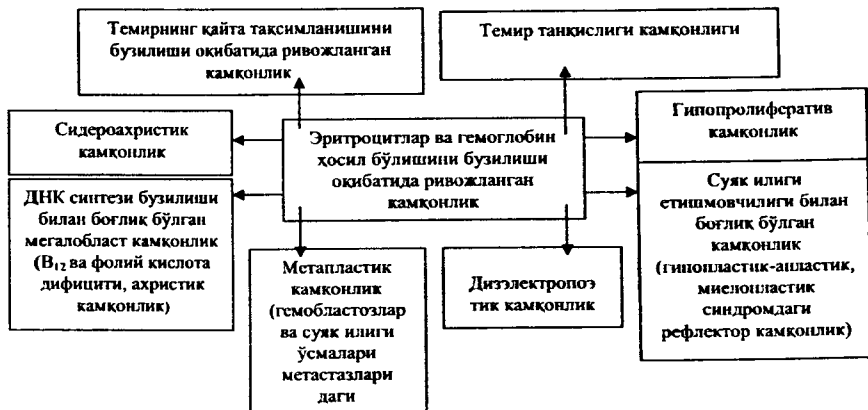
Камқонликнинг турли классификациялари мавжуд бўлса ҳам, УАВ фаолиятида унинг патогенетик ривожланиши ва ранг кўрсаткичига асосланган таснифидан фойдаланиш қулай ҳисобланади. Унинг биринчиси амалиётда фойдаланиш учун қулай бўлса, иккинчиси эса ташхисий изланиш доирасини торайтиради ҳамда соддалаштиради. Патогенетик классификация бўйича камқонликнинг куйидаги турлари 1-чизмада фарқланади.

1-чизма

I. Қон йўқотиш натижасида ривожланган камқонлик



II. Эритроцитлар ва гемоглобин ҳосил бўлишнинг бузилиши оқибатида ривожланган камқонлик



III. Қон элементларининг бузилиши оқибаотида ривожланган камқонлик.

Қон элементларининг бузилиши оқибаотида
ривожланган камқонлик

Наслий: эритроцитлар мембранаси
структурасининг бузилиши (Минковский-
Шоффар микросфероциттар камқонлик,
овалоцитоз, акантоцитоз); эритроцитларда
фермент етишмовчилиги; гемоглобин
синтезининг бузилиши (уроқча
кўринишидаги хужайрали, гемоглобиноз,
талассемия) билан боғлиқ бўлган
камқонлик

Орттирилган: аутоиммун; пароксизмал тунги
гемоглобинурия; дорилар таъсиридаги;
травматик ва микроангиопатик; гемолитик
заҳарлар ва бактериялар токсини таъсирида
юзага келган камқонликлар

IV. Ранг кўрсаткич асосида тузилган классификация:

1. Гипохром анемия (ранг кўрсаткич 0,8дан паст):

- - темир танқислиги камқонлиги;
- - темирни қайта тақсимланишининг бузилиши оқибаотида вужудга келган камқонлик;
- - сидероахрестик камқонлиги;
- - сурункали касалликлар камқонлиги (қалқонсимон без фаолиятининг сусайиши натижасида);
- - талассемиялар.

2. Нормохром камқонлик (ранг кўрсаткич 0,85-1,05):

- - сурункали буйрак етишмовчилигидаги камқонлик;
- - гипопластик (апластик) камқонлик;
- - парциал қизил хужайрали камқонлик;
- - миелодиплазия синдромидаги камқонлик;
- - дорилар ва нур таъсирида юзага келган касалликлар оқибаотидаги камқонлик;
- - хавфли ўсмалар ва гемобластозлардаги камқонлик;
- - кўшувчи тўқиманинг тизимли касалликларидаги камқонлик;
- - сурункали актив гепатит ва жигар циррозидаги камқонлик (сурункали қон кетишдаги камқонлик бундан истисно);
- - гемолитик камқонлик (талассемиялардан ташқари);
- - ўткир қон кетишлардаги камқонлик.

3. Гиперхром камқонлик (ранг кўрсаткич 1,05дан юкори)

- - В₁₂ етишмовчилиги камқонлиги;
- - ахрестик камқонлик;
- - фолий етишмовчилигидаги камқонлик.

Қон йўқотиш натижасида ривожланган камқонлик Ўткир қон йўқотиш

Ўткир камқонлик келиб чиқишининг асосий сабаби йирик қон томирларнинг зарарланиши билан кечадиган жароҳатлар, яраланишлар, шунингдек, ички аъзолардан (ошқозон-ичак тизими, буйрақлар, ўпка, сийдик копчаси, аневризмага учраган томирларнинг ёрилиши, бачадондан қон кетиши ва ҳ.к.) ҳамда геморрагик диатезлардаги қон кетишлар бўлиши мумкин. Унинг натижасида кузатиладиган қондаги эритроцитларнинг ва гемоглобиннинг кескин камайиши ўткир гипоксияга олиб келиб, организмда ишемия ҳолатини чакиради, қон зардобининг кескин камайиши эса турли даражадаги коллапс белгилари пайдо бўлишига сабаб бўлади. Беморларни зўрайиб борувчи бўшашиш, хансираш, кучли бош айланиши, обморок ҳолати (кўпроқ ўриндан туришга ҳаракат қилганда), қулоқларда шовқин, кўз олдининг қоронғилашиши, оғиз қуриши, совуқ тер босиши безовта қилади. Тери қоқламлари ва шиллик қаватлар ранглар, томир уриши тезлашган, айрим ҳолларда ритм бузилишлари, юрак тонлари бўғиклашган, баъзан чўққида систолик шовқин, қон босими пасайган, нафас олиш тезлашган.

Тез ва кўп миқдорда қон йўқотиш геморрагик коллапс ривожланиши билан кечади. Унда бемор беҳол, саволларга қийналиб жавоб беради, териси ранглар ва совуқ тер билан қоқланган, нафас олиши юзаки, пульси ипсимон ва диастолик босим кескин пасайган бўлади. Айрим ҳолатларда қайт қилиш, мушаклар тортишиши кузатилиб олигоанурия пайдо бўлади. Қон йўқотишнинг эрта даврида ўтказилган унинг умумий тахлилида (1-2 кун) гемоглобин кўрсаткичи ва эритроцитлар сони меъсрида бўлиши (компенсатор механизмлар ишга тушиб, деподаги қонларнинг томирларга чиқиши сабабли) мумкин. Шунингдек, нейтрофилли лейкоцитоз чапга силжиш билан кузатилади. 5-6 кунда қонда лейкоцитларнинг ёш турлари (таёкча ядроли, баъзан мислоцитлар) пайдо бўлади. Ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, кейинроқ эритроцитлар сони ва гемоглобин кўрсаткичи кескин камая бошлайди. ЭКГда кўп миқдорда қон йўқотилганда, Т-тишчалари стандарт кўкрак тармоқларида пасайиши ёки манфий бўлиши мумкин. Бу ўзгариш миокардда кечаётган дистрофик жараёнларнинг белгиси ҳисобланади. Ўткир қон йўқотишга чалинган беморларга УАВ тез тиббий ёрдам кўрсатиши ва зудлик билан жарроҳлик бўлимига ётқизиши лозим.

Шифохонагача бўлган босқичда врачлик ёрдам кўрсатишнинг тамойлари

Қон йўқотиш сезиларли даражада бўлса, қуйидагиларни ёдда тутмоқ лозим: гемодинамика бузилиши оқибатида юракнинг қисқарувчанлиги ортанлиги, ўпка вентиляциясининг кучайганлиги, қонда гидремия ва қайта таксимланиш рўй бериб, тери ва шиллик қаватларнинг оқариши, оёқ

– қўлларнинг совуши, нафас ва пульсининг тезлашуви, артериал босимнинг тушиб кетиши (диастоликка нисбатан систолик босимнинг кўпроқ тушиши), диурезнинг камайиши ёки умуман тўхташи кузатилади. Бу даврда эритроцитлар миқдори, қоннинг гемоглобинга тўйиниши, гематокрит кўрсаткичлари кам ахборот беради.

УАВ қон йўқотган ҳар қандай бемор шошилинич ёрдам кўрсатилишига муҳтож эканлигини ёдда тутиш лозим. Қуйидаги 2-жадвалда турли даражада қон йўқотган ҳолатларда кузатиладиган белгилар келтирилган.

2- жадвал

**Турли даражадаги қон ёқотишларда
кузатиладиган клиник белгилар**

Даража- си	Клиник белгилар	Қон йўқотиш % ва миқдори
Норма	Белгилар йўқ, ҚБ меъёрида	10%; 450-500 мл.
I	Бир оз тахикардия, ҚБ бирмунча паст, веноз гипотония, яққол намоеън бўлмаган олигурия, оёқ – қўлларнинг совуши	15-20%; 700-1.300 мл.
II	Томир уриши бир дақиқада 120-140 та, систолик босим 100 мм. симоб устунидан паст, веноз гипотония, тери ва шиллик пардаларнинг оқариши, хансираш, оқариш фонида цианоз, совук тер босиши, олигурия (бир соатда 20 мл дан кам), бесарамжонлик	25-45%; 1.300-1.800 мл.
III	12 соатдан ортик гипотония, томир уриши 140 дан ортик, ҚБ 60 мм симоб устунидан паст ёки аникланмайди, ҳушсиз, тери ва шиллик пардалари жуда ҳам оқарган, оёқ – қўлларнинг совуши, олигоанурия	50% дан ортик; 2.000-2.500 мл.

Қон йўқотиш оқибатида гемодинамикаси ўзгарган беморларга шифохонагача бўлган даврда ёрдам кўрсатиш тамойиллари

Бемор горизонтал ҳолатда ётқизилади, гиповолемида эса бош қисми пастроқ туширилади. Қон кетишини тўхтатиш: боғлам, жгут қўйиш, жароҳатга ишлов бериш, тахминий қон кетаётган соҳага музли халтача қўйиш.

Сиптоматик даво: кордиамин, мезатон, юрак гликозидлари, қон ўрнини босувчи воситалар, ацидоз ривожланса – бикарбонат эритмаси,

гиперкалиемияда вена ичига 10% - 10 мл. кальций хлорид юбориш. Трансфузион терапия билан бирга катта дозада ГКС (преднизолон, дексаметазон ва бошқалар) буюрилади. Контрикал (50 – 100.000 бирликда), гордокс, кислородтерапия яхши самара беради, инфекцияга боғлиқ асоратларни олдини олиш мақсадида етарли дозада антибактериал терапия ўтказилади. Монанд диурезни саклаш муҳим аҳамиятга эга, бунга суюклик танқислигини тўлдириш ва гемодинамикани меъёрлаштириш орқали эришилади. Агар диурез етарлича бўлмаса, осмотик диуретиклар (маннитол, фуросемид, лазикс) буюрилади. Биринчи шошилинч ёрдам кўрсатилгач, бемор ихтисослаштирилган жаррохлик бўлимига ётқизилади.

Сурункали қон йўқотиш

Узоқ муддат ва тез-тез қон йўқотиш оқибатида юзага келадиган камқонлик организмда темир етишмовчилигига олиб келади. Шунинг учун у ўз моҳиятига кўра темир танқислиги камқонлиги ҳисобланади (ТТК). Камқонликнинг ушбу тури куйида батафсил ёритилган.

Эритроцитлар ва гемоглобин ҳосил бўлишини бузилиши оқибатида ривожланган камқонлик

Темир танқислиги камқонлиги

ТТК бутун дунёда, шу жумладан, Республикамизда ҳам кенг тарқалган касалликлардан биридир. Барча минтақалардаги каби бизда ҳам унга чалинганларнинг асосий қисмини туғиш ёшидаги хотин-қизлар ва ҳомиладорлар ташкил этади. Камқонликка чалинган ҳомиладорларда ногиронлик ёки ўлимга олиб келувчи гипотоник қон кетишлар, кечки токсикозлар, ҳомиланинг вақтидан олдин ва чакалоқнинг эритропоз фаолиятининг сусайиши билан туғилиши ҳамда қатор ҳолларда ақлан ва жисмонан заиф бола дунёга келиши соғлом ҳомиладорларга нисбатан бир неча маротаба кўпроқ учрайди. Юқоридагиларни эътиборга олиб, биз маърузанинг ушбу мавзуга бағишланган қисмини батафсилроқ ёритишга ҳаракат қилдик.

Ҳозирги замонавий тушунчага кўра, ТТК гуруҳига куйидаги шакллар киритилади:

- ▶ сурункали постгеморагик камқонлик;
- ▶ ҳомиладорлик ва лактация давридаги камқонлик;
- ▶ ўсмирлик давридаги камқонлик;
- ▶ туғма темир танқислиги билан боғлиқ камқонлик;
- ▶ алиментар камқонлик;
- ▶ ошқозон резекцияси ва ошқозонни олиб ташлашдан кейинги камқонлик;
- ▶ анэнтерал ва энтероген камқонлик;

▶ гипо ва атрансферринемик ҳолатдан кейинги камқонлик;
 ▶ организмда темир тақсимланишининг бузилиши билан боғлиқ камқонлик.

Оғирлигига кўра камқонликнинг қуйидаги даражалари фаркланади:

- 1). енгил (гемоглобин пастки чегарадан 90 г/л гача);
- 2). ўрта оғир (гемоглобин 70 г/л дан 90 г/л гача);
- 3). оғир (гемоглобин 70 г/л дан паст);
- 4). ўта оғир (гемоглобин 50 г/л дан паст).

ТТК ташхиси, клиник манзараси ва замонавий даволаш тамойилларни чуқур ўрганиш учун шифокор, авваламбор, организмда темир алмашинуви механизмини яхши билиши лозим. Шунинг учун биз қуйида у тўғрисида қисқача маълумот беришни лозим топдик.

Темир моддаси организмдаги асосий биозлементлардан бири бўлиб, кўпгина биокимёвий реакцияларда иштирок этади. Соғлом инсон организмда ўртача 3-5 г темир моддаси мавжуд бўлиб, вазнининг тахминан 0,0065% га тенгдир. Унинг 3.000 мг эритроцитлардаги гемоглобин, 300 мг. тўқималардаги миоглобин ва 25 мг организмдаги модда алмашинувида иштирок этувчи муҳим ферментлар (цитохромлар, пероксидаза, каталаза ва ҳ.к.) таркибидадир. 1.500 мг темир эса захира шаклида ферритин ва гемосидерин кўринишида (шу жумладан, 3 мг қон зардобидаси ҳам) мушакларда, талокда ва суяк илигида бўлади. Шу ўринда, организмдаги бу биозлемент доимо ҳаракатда бўлиб, унинг миқдори бирмунча ўзгариб туришини таъкидламоқчимиз. Жумладан, эритроцитлардаги ва тўқималардаги темир моддасининг бир қисми уларнинг умри тугаб парчаланиши натижасида қонга тушиб, биринчиси суяк қизил илигида ёш эритроцитларда гемоглобин ҳосил бўлишига сарфланса (бир кеча қондунда 25 мг), иккинчиси (6 мг) яна қайта ўша ферментларнинг ҳосил бўлишига кетади.

Юқорида биз захирадаги темир моддаси ферритин ва гемосидерин кўринишида бўлишини айтиб ўтган эдик. Ферритин одатда паренхиматоз органларда ишлаб чиқариладиган апоферритиннинг темирни ўзига қабул қилиб олиши натижасида пайдо бўлади. Ҳар бир ферритин таркибида 3,5-4 минг атом темирни сақлаб, сувда эрувчан комплекс ҳисобланади ва маълум бир қисми юқорида таъкидлаганимиздек, қон зардобида бўлади. Унинг миқдори организмда меъеридан ошиб кетса, бир қисми оксил моддасини йўқотиб, ўзлаштирилиши кийинроқ бўлган гемосидеринга ўтади. Кейинги ҳосила сувда эримайди ва организмда паренхиматоз органларда тўпланади. Ферритин ва гемосидерин миқдори темир моддасини танадаги ҳолатини акс эттиради, яъни улар қамайса, захирада темир моддасининг камлиги, ошса унинг кўпайганлигини кўрсатади. Янги пайдо бўлган эритроцитлар эҳтиёжи учун, захирадаги темир моддасини трансферрин оксил моддаси стқазиб беради. Трансферрин ҳам ферритин каби апотрансферрин ҳолатда жигарда ишлаб чиқарилади. Юқоридагиларнинг барчаси организмдаги эндоген темир миқдорини ташкил этиб, унинг алмашинувининг 90% га яқини биз юқорида келтирилган ҳолда кечади ва қолган 10% дан кўпроғи

эса истеъмом қилинган таомлар таркибидан сўрилади.

Овқатда икки хил шаклдаги темир мавжуд бўлиб, гўшт ва гўшт маҳсулотларида у гем ҳолатида, ўсимлик маҳсулотларида эса темир тузлари кўринишида бўлади. Биринчиси организмга яхши сўрилса, иккинчиси нисбатан кам сўрилади ва ҳатто закис шаклида деярли сўрилмайди. Сўнгги йиллардаги адабиётларда темир моддаси сўрилишига ошқозон шираси ва ундаги хлорид кислотаси таъсири деярли йўқ деган маълумотлар мавжуд. У 12 бармокли ичакнинг қуйи ва ингичка ичакни бошланиш қисмида сўрилиб, бу жараён фаол биокимёвий реакция ҳисобланади ва биоэлемент алмашинувидаги тенгликни сақлашда муҳим роль ўйнайди. Бир кунда ўрта ҳисобда овқат билан организмга 15-20 мг темир моддаси тушади ва шундан 1.0-2.0 кўпи билан 3, 4-4.0 мг гача (ҳомиладорликда) сўрилади (темирнинг ичакларда сўрилиши чегараланган бўлиб, организмга қанча тушишидан қатъи назар, бундан ортик сўрилмайди). Бир кеча-кундузда ошқозон-ичак чикиндилари, тери, соч, тирнок ва ўт орқали ўртача 0,5-0,6 мг ва бундан ташқари, туғиш ёшидаги хотин-қизларда ҳайз кўриш туфайли қўшимча яна 2,0-5,0 мг темир йўқотилади. Демак организмдаги темир мувозанати бир меъёрда туриши учун аёл кишига 2-3 марта кўпроқ темир биоэлементи керак бўлар экан. Одатда алиментар темирнинг 20% захирани тўлдиришга ва 80% эритропоз учун сарфланади. Ҳомиладорлик даврида эса қўшимча 1.070 мг темир моддасига зарурат туғилса, бундан ташқари, туғиш давридаги қон кетиш ҳамда лактация учун яна 150 мг дан бу микроэлемент танадан йўқотилади.

Қуйидагилар организмдаги темир алмашинуви бузилишига олиб келувчи асосий омиллар ҳисобланади.

- истеъмом қилинган озиқ-овқатлар таркибида темир моддасининг камлиги ва рационал овқатланмаслик;
- темир моддасининг ичакларда кам сўрилиши;
- организмда темир моддасининг кўп сарфланиши;
- темир моддасининг организмдан кўп йўқотилиши;
- темир моддасининг нотўғри тақсимланиши ва бошқалар.

1. Республикамиз аҳолисининг кўпроқ уни ва ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган таомлар истеъмом қилиши ва уларнинг аксарияти термик ишлов билан тайёрланиши темир моддасининг сўрилиши ёмонлашуви ҳамда унинг бир кеча-кундузлик рационда камлигига олиб келади. Шу ўринда, темирнинг сўрилиши у ёки бу маҳсулот таркибидаги унинг миқдорига эмас, балки айнан шу маҳсулот таркибидан унинг ичакларда сўрилиш даражасига боғлиқлигини эслатиб ўтмоқчимиз. Ўсимликлардан тайёрланган таомлардан унинг сўрилиши чегараланган бўлиб, аксинча ҳайвонот маҳсулотлари таркибидаси яхши сўрилади (гуруч таркибидаги темирнинг атиги 1%, мевалардагисини 3%, дуккакли ўсимликлар таркибидасининг 6-7% сўрилади. Мол, ва айниқса, ёш бузоқ гўшти таркибидаги темир яхши сўрилиб, унинг миқдори 20-22% га етади, балиқ таркибидаги темирнинг

11% сўрилади). Шу ўринда, овкат таркибидаги темир моддасининг ҳамда темир препаратларининг сўрилишини аскорбин, лимон, янтар кислоталари, фруктоза оширишини, чай, кепак, тухум сариғи, танин, кисел, антацидлар, клетчаткаларга бой таомлар аксинча сусайтиришини таъкидламоқчимиз.

2. Мамлакатимиз аҳолиси орасида ошқозон-ичак тизими касалликлари кенг тарқалганлиги ҳамда уларни даволашда баъзан жарроҳлик усулларидан фойдаланиш, шу билан бирга, гижжали беморларни кўплиги, темир моддасининг ичакларда сўрилишининг камайишига ва пировард натижада қатор ҳолларда ТТК келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

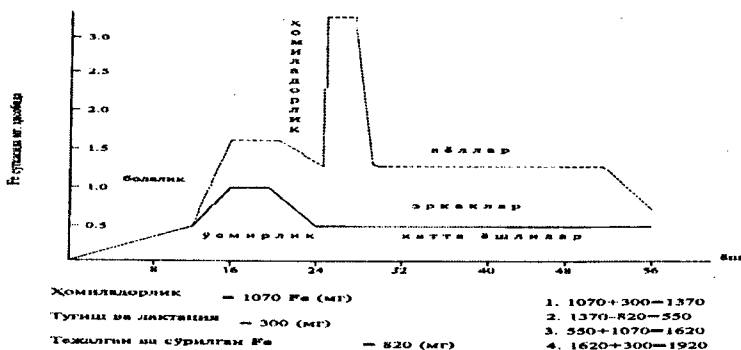
3. Республикамизда ТТКнинг туғиш ёшидаги хотин-қизлар ва ҳомиладорлар орасида кенг тарқалишига асосий сабаблардан яна бири, ҳомиладорлик оралиғи сақланмаслиги натижасида темирнинг организмда кўп сарфланиши ҳамда аёлларимизни соғломлаштириш талаб даражасида эмаслигидадир. Биз юқорида кўрсатиб ўтганимиздек, ҳомиладорлик даврида аёл организмда 1070 мг темир микроэлементи сарфланади ва туғиш ҳамда лактация даврида яна 150 мг дан (жами 300 мг) бу модда танадан йўқолади. Лекин шу билан бир қаторда, ҳайз кўришининг тўхташи натижасидаги 40 мг га яқин темир организмда тежалиб ҳамда ичакларда унинг сўрилиши ҳам бирмунча жадаллашиб (бир кеча-кундузда 2,5-3,0, баъзан 3,5 мг.га тенг), танадаги умумий сўрилган ва тежалган темир миқдори ўртача 500 мг га етади. Шунга қарамадан темир биоэlementининг ҳомиладорлик даврида сарфланадигани ичакларда сўрилган ва тежалганига қараганда кўп бўлади (1070-500=570) ва соғлом аёлда заҳирадаги темир ҳисобидан копланadi. Заҳира тугагач, гипохромия аниклана бошлайди ва клиник белгилари юзага чиқади. Агарда навбатдаги ҳомиладорлик бир йилдан сўнг тақорланса, унда кўшимча 500 мг (туғиш давридаги қон кетиш ва лактация билан боғлиқ бўлган) темир йўқотиш ҳамда навбатдаги 1070 мг сарфланадиган темир қўшилиб, аёлда ТТК белгилари чуқурлашади. Шундан келиб чиқиб, туғиш ёшидаги аёлларимизда ТТК асосий этиологик ва патогенетик омилларидан бири уларнинг лозим бўлган ҳомиладорлик оралиғини сақламасликлари натижасида эканлигига шубҳа қилмаса ҳам бўлади. Ҳомиладорлардаги камқонлик ушбу маърузада алоҳида баён этилган.

4. Куйида келтирилган 2-чизмада инсон организмнинг ёши ва жинсидан келиб чиқиб темирга бўлган талаби кўрсатилган.

5. Туғиш ёшидаги хотин-қизларда ҳайз кўриш билан боғлиқ темир моддасининг керагидан ортиқ йўқотилиши ёки аёлда эмизикли даврда эрта ҳайз бошланиши (айниқса, уларда ҳайз кўриш чўзилган тақдирда баъзан бу йўқотиш 50 дан 250 мг га етади) уларда ТТК келиб чиқишининг асосий сабабларидан биридир. Агарда юқорида таъкидлаганимиздек, ҳайз кўриш чўзилиб кетса, организмнинг темир моддасига бўлган талаби бир кеча-кундузда 2,5-3,0 мг га етади. Ичакларда эса ўртача 2,0 мг темир сўрилади. Демак бир ойда ўртача 15-20 мг темир моддаси етишмовчилиги кузатилади, бир йилда эса бу миқдор 180-240 мг га тенг бўлади. Бундан ташқари, касалликнинг пайдо бўлишида

Ешдан ва жинсдан келиб чиқиб инсон организмнинг темирга бўлган талаби.

2-чизма



опшқозон-ичак тизимидан (яралар мавжудлиги, бовосил касаллиги, гижжалар ва бошқалар), сийдик чиқариш йўлларида қон кетишлар, бурун қонашининг тез-тез такрорланиши сабаб бўлиши мумкин.

6. Шамоллашнинг тез-тез такрорланиб туриши, юқумли касалликларга чалиниш темир моддасининг организмда нотўғри тақсимланишига ва пировард натижада ТТК келиб чиқишига олиб келади.

7. Демак ТТК келиб чиқишига бир-бири билан узвий боғлиқ бўлган рационал овқатланмаслик ва истеъмол қилинган овқатлар таркибида темир моддасининг камлиги, унинг ичакларда ёмон сўрилиши ва оқсил етишмовчилиги натижаларида организмда биоэлементнинг камайиб кетиши (бирламчи захирада) ҳамда аёлларда тез-тез ҳомиладорлик ва туғиш сабабли темирнинг организмда керагидан ортикча сарфланиши, турли қон кетишлар натижасида унинг кўп йўқотилиши ва қатор бошқа омиллар сабаб бўлади.

8. Классификацияси ва клиник манзараси ҳамда ТТК клиник кўринишига тўхталашдан олдин 1994 йилда жаҳон соғлиқни сақлаш экспертлари томонидан эракаларда гемоглобин кўрсаткичининг 130 г/л, хотин-қизларда 120 г/л, (ҳомиладорларда 110 г/л) ва ундан юқориси меъёрида деб қабул этилганлигини эслатиб ўтмоқчимиз. Шундан келиб чиқиб улар бемор гемоглобини 92-118 г/л (ҳомиладорларда 92-108 г/л) оралиғида бўлса – энгил, 72-90 г/л – ўртача оғирликда ва 70 г/л ҳамда ундан пастини – оғир даражадаги ТТК (шу жумладан, ҳомиладорларда ҳам) деб баҳолашни таклиф этадилар ва биз ҳам бундан сўнг УАВ ушбу кўрсаткичлардан фойдаланишлари лозим деб ҳисоблаймиз. Шу ўринда, соғлом аёлларда ҳомиладорлик қоннинг суюқланиши ҳамда унинг зардобининг ошиши билан кечиши ва қатор ҳолларда баъзан шифокорлар бу ҳолни «ҳомиладорлик анемияси» деб нотўғри талқин қилишларини эслатиб ўтмоқчимиз. Бунга сабаб уларда қон ҳажми 20% га, эритроцитлар массасининг 20% га кадар кўпайиши бўлса, ҳомиладорликнинг 32-34 ҳафталиридан эса

гемоглобиннинг 10-15% га, эритроцитларнинг 10-12% га қадар камайиб кетишидир. Лекин аксарият ҳолларда ҳомиладорлик яширин кечаётган камқонликнинг намоён бўлишига сабаб бўлишини унутмаслик керак. Бемор ташхисини кўйганда, касалликнинг оғирлик даражаси билан бир қаторда, уни келтириб чиқарган асосий этиологик омилни ҳам кўрсатиш мақсадга мувофиқдир.

Юқорида биз тўхталиб ўтганимиздек, темирга бўлган ортиқча талаб заҳира ҳисобидан қопланиши мумкинлиги туфайли унинг танқислиги бошланишида сезилмаслиги мумкин. Буни темир танқислиги ҳолатининг яширидан олдинги (прелатент) даври дейилади ва биоэлементнинг ичакда интенсив сўрилиши билан характерланади. Заҳирадаги темирнинг маълум миқдори камайиши натижасида темир танқислиги ҳолати белгилари пайдо бўла бошлайди ва бу латент, яъни яширин темир танқислиги даври дейилади. Бу даврда темир сакловчи ферментлар таркибида бу биоэлемент камайиб, уларнинг функциялари ҳам ўзгариши ҳисобига ўзига хос сидеропеник белгилар юзага кела бошласа ҳам қонда гемоглобин миқдори пасаймаган бўлади. Сидеропеник белгилар йиғиндиси қуйидаги ўзгаришлардан иборатдир:

- терининг қуриши, оғиз бурчакларининг бичилиши, товоннинг ёрилиши (гиперкератоз);
- сочининг ингичкаланиши, тез синиши ва кўплаб тушиши;
- тирсақларнинг юпкалашиб яссиланиши, уларда кўндаланг чизикларни ҳамда деформация – “койлонихия”нинг ҳосил бўлиши;
- оғиз бўшлиғида гингивит, стоматит, глосит, тишлар қарисеси ва синишининг содир бўлиши ҳамда қизил ўнгач эпителийси дистрофияси ва шу сабабли дисфагияга шикоят;
- ошқозонда гипоатрофик гастрит, гипоацид ҳолатнинг кузатилиши;
- дуоденит, энтерит, колитларнинг қайт этилиши;
- беморда хид ва таъм сезишдаги ўзгаришлар - *pika chlorotica* (бензин, ацетон, бўёқлар хидига мойиллик, бўр, лой, кўмир истеъмол қилишга интилиш белгилари), уйқусизлик ёки аксинча уйқучанлик, хотиранинг пасайиши, фикрлаш қобилиятини сусайиши ва бошқалар.

Темир танқислиги ҳолати чуқурлашса, камқонлик келиб чиқади ва сидеропеник белгилардан ташқари, камқонликка хос бўлган бошқа қатор умумий белгилар юзага кела бошлайди. Буларга бош айланиши, бош оғриғи, тез чарчаш, дармонсизлик, юракнинг тез уриши қабилар қиради. Бемор териси қуруқ бўлиб, тирноқлардаги ўзгаришлар яққол кўзга ташлана бошлайди. ТТК ўртача оғирликда ва оғир даражада бўлса, юқоридаги белгилар билан бир қаторда, тери ва шиллик қаватлар рангпарлиги ҳамда юрак қон томири (қон босимининг пасайиши, юракнинг тез-тез уриши, унинг чап чегараси кенгайиши, тонларнинг бўғиқлашуви, юрак чўкқисида функционал систолик шовқиннинг пайдо бўлиши, ЭКГда «Т» тишининг пасайиши), ошқозон-ичак (қизилўнгач ва ошқозон шиллик қаватининг атрофияси, гастритлар, колитлар, кабзият)

тизимда ўзгаришлар кузатилади. Уйқусизлик ёки уйқучанлик кучайиб, унга хотиранинг сусайиши кўшилади. Шу ўринда, чилла даврида ТТК чалинган аёлларда лактостаза, гипогалактія, бачадон субинволюцияси, эндометрит тромбофлебитлар учрашини эслатиб ўтмоқчимиз.

Таъхислаш. ТТК таъхислашда қоннинг умумий таҳлилида гемоглобин миқдори камайганлиги кузатилади. Агарда беморда қон йўқотиш бўлмаса, ТТК бошланиш давларида эритроцитлар сони камаймайди.

Барча беморларда одатда ранг кўрсаткич пасайиши кузатилса ҳам, лекин унинг гемоглобин синтези бузилиши билан боғлиқ бўлган талассемия, порфирия, кўрғошин билан захарланиш ва бошқа қатор ҳолларда ҳам кузатилишини эсдан чиқармаслик керак. ТТК да эритроцитларнинг ранги пасаяди (гипохромия), ҳар хил рангдаги (анизохромия) эритроцитлар пайдо бўлади. Гемоглобиннинг камайиши эритроцитларда микроцитоз, анизоцитоз ва пойкилоцитозларни келтириб чиқаради. Темир етишмовчилиги ҳолати ва ТТК таъхислашда қон зардобдаги темир (меъъридан камайган бўлади), трансферрин (меъъридан кўпайган бўлади) ва ферритин (камайган бўлади) миқдорини аниқлаш лозим (1-иловада қатор лаборатория текширувларининг соғлом одамлардаги кўрсаткичлари келтирилган). Касалликни оғир даражаларида зардобдаги умумий оқсил миқдори 60 г/л, альбумин миқдори эса 50 г/л дан пастга тушиб кетади. УАВ аёлларда ҳомилдорликнинг учинчи даврида гиперкоагуляция белгилари пайдо бўлиб бу ҳол томир ичида қоннинг ивиши синдромидан нишона эканлигини унутмаслиги лозим. Юқоридагилар билан бир қаторда, биз шифокор ва лаборатор (асосий) текширишларсиз (буни ўрта тиббиёт ходими ҳам ўтказиши мумкин) текширилувчини «шартли бемор» ва «шартли соғлом» гуруҳларга ажратиш имконини берадиган 2-иловада келтирилган жадвалдан фойдаланишни тавсия этамиз. Бу жадвалдан фойдаланилганда, 15% хатолик кузатилса ҳам, у кўпроқ темир танқислиги ҳолатида ва энгил ТТК учраганларда бўлади, лекин шифокор ва лаборатория ходимларининг ишини энгиллаштириб, иктисодий тежамкорликни таъминлашга олиб келади. Мабодо текширилувчи “шартли бемор” гуруҳида бўлса, унда ТТК таъхисини тасдиқлаш учун 3-иловада келтирилган тарзда шифокор кўриги ва лаборатор текшириш усуллари ўтказилади.

Даволаш ва олдини олиш. ТТК даволаш ва олдини олиш тадбирларини тўғри олиб бориш учун беморларни уч гуруҳга бўлиш мақсадга мувофиқдир:

- 1) темир танқислиги камқонлиги;
- 2) темир танқислиги ҳолати;
- 3) темир танқислигига мойил гуруҳ (буларда касалликни келтириб чиқарувчи сабаблар мавжуд).

Барча гуруҳдаги беморларни даволашда, авваламбор, касалликнинг келиб чиқишига сабабчи бўлган омилларга таъсир этиш мақсадга мувофиқдир. Бунга овқатланишни тўғри ташкил этиш, ошқозон-

ичак тизимидаги мавжуд касалликларни даволаш, организмдаги кон кетишларнинг олдини олиш, мавжудларини тўхтатиш (айниқса, туғиш ёшдаги аёлларда ҳайз кўриш давридаги меъёридан оргик кон кетишларни) ҳамда темир моддасининг организмда кўп сарфланиши ва нотўғри тақсимланишига йўл қўймасликлар киради. Шу ўринда, ҳомиладорликлар оралиғи камида 3-4 йил бўлгандагина организмдаги темир моддаси бир меъёрда сақланишини яна бир бор эслатмоқчимиз.

Овқатланиш тартибига риоя қилиш касалликларни олдини олиш ва даволашда катта аҳамиятга эгадир. Овқатланиш 3-4 маҳал бўлиб, турли масалликлардан бўлгани мақсадга мувофиқдир. Рацион тузганда, гемоглобин синтезига ёрдам берувчи оксил моддаларига ва витаминларга бой озиқ-овқатларни танлаш лозим. Беморларга парҳез таомлар буюрганда, турли озиқ-овқатлар таркибидаги темирнинг ичакларда сўрилиши турли хил эканлигини унутмаслик керак. Одатда ўсимликлар таркибидаги темир моддаси ҳайвон маҳсулотлари таркибидагига қараганда ёмонроқ сўрилади. Энг кўп макроэлемент бузук гўшти таркибидан сўрилади (22% га қадар). Аммо ҳайвонлар гўшти таркибидаги темирнинг яхши сўрилиши учун ҳам улар ўсимликлар ва полиз маҳсулотлари масалликлари билан бирга тайёрланган бўлиши лозим эканлиги илмий кузатувларда исботланган. Шу ўринда, фитин, танин (чай, қаҳва, какао) кальций тузлари, тухум сариғи, антацидлар (сут ва сут маҳсулотлари) темирнинг ичакларда сўрилишига салбий, таркибида аскорбин, янтар, лимон кислоталари, фруктоза сакловчи озуқалар аксинча ижобий таъсир этишини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз. Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, ТТК ҳомиладорларда кўп учрашини инобатга олиб, УАВ уларнинг овқат рационини яхши билиши (овқат калорияси ҳомиладорликнинг биринчи даврида 2500-2700, ундан кейинги даврларида 2900-3200 ккал. бўлиши керак) лозим. Қуйида 3-жадвалда Республикамиз аҳолиси кўп истеъмол қиладиган маҳсулотлар таркибидаги темир миқдорини келтирдик. Агарда учинчи гуруҳга кирган беморларни соғломлаштириш учун юқорида келтирилган чоратadbирлар кифоя бўлса, биринчи ҳамда иккинчи гуруҳни даволашда улар билан бир қаторда, патогенетик даво – таркибида темир сакловчи воситалар ва алоҳида ҳолларда қатор бошқа препаратлардан фойдаланилади. ТТК ни даволаш уч босқичда ўтказилади: 1) гемоглобинни меъёрига келтириш, 2) темир захирасини тўлдириш, 3) ферропрофилактика ва касалликни қайталанишини, яъни рецидивни олдини олиш. Иккинчи гуруҳ беморларда эса захирани тўлдириш ва рецидивни олдини олишга қаратилган чоралар ўтказилади. ТТК даволаш учун беморларга темир сакловчи дорилар тўлиқ даво дозасида 3-6 ой давомида (гемоглобин меъёрига етгунча қадар) берилади. Даволанувчида касаллик субъектив белгиларини камайиши ва бир-икки ҳафтадан сўнг гемоглобин кўрсаткичининг кўтарилиши тадбирларнинг ижобий эканлигидан далolat беради.

3 –жадвал

**Ўзбекистонда яшовчи аҳоли кўп истеъмол қиладиган баъзи
бир маҳсулотлар таркибидаги темир микдори (100 грамм
истеъмол қисмидаги темир микдори – мг. ҳисобида)**

Темир микдори (мг)	Маҳсулотлар
Жуда кўп микдорда (3 дан кўп)	Мол ва қўй гўшти, жигар, қуён гўшти, нўхат, ловия, мош, анжир, шафтоли, қуритилган олча, ўрик, нок, олма, олхўри, янги узилган ҳамда қуритилган наъматак, иккинчи нав бугдой уни
Кўп микдорда (2-3 оралигида)	Товуқ гўшти ва тухуми, сазан балиғи, иккинчи нав ундан тайёрланган нон, беҳи, хурмо, қароли, қора майиз, биринчи нав ун
Ўрта микдорда 1-1,9 оралигида)	Қовурилган жўжа гўшти, олий навли ун, гуруч, макарон, укроп, помидор томати, лавлағи, қарам, туруп, кўк пиёз, шолғомча, сабзи, саримсоқ пиёз, шолғом, қовун, қулупнай, гилос
Қам микдорда (0,4-0,9)	Пишлоқ, творог, судак ва треска балиғи, картошка, бодринг, қовоқ, лимон
Жуда қам микдорда (0,1-0,3 оралигида)	Сут, қатик, қаймоқ, сариг ёғ, апельсин, мандарин

Даволашнинг иккинчи босқичи заҳирани тўлдиришга қаратилган бўлиб, бунда дорининг даволаш учун ишлатиладиган микдорининг $\frac{1}{2}$ баъзан $\frac{1}{3}$ қисми буюрилади. Қайталанишнинг олдини олиш эса касалликни келтириб чиқариш эҳтимоли бўлган сабаблар сақланиб қолган кишиларда ўтказилади. Бунда ҳам юқоридагидек дорини қабул қилиш 2-6 ойга қадар тавсия этилади.

ТТК енгил даражасига чалинган беморларни амбулатория шароитида даволаш мақсадга мувофиқ (заруратдан келиб чиқиб қамқонликнинг сабабини аниқлаш учун қисқа муддатга шифохонага ётқизиш мумкин). Ўртача оғирликдаги беморларни кундузги шифохоналарда ва терапия бўлимида даволаш лозим. Оғир даражадагиларни эса кеча-кундуз ётиб даволанадиган терапия ёки (ва) гематология, бемор ҳомиладор бўлган тақдирда эса гематолог ва акушер-гинеколог билан ҳамкорликда (алоҳида оғир ҳолларда вилоят ёки республика марказида) даволаниши керак.

Шу ўринда, касалликни келтириб чиқарувчи сабабга қараб беморлар баъзан жарроҳлик (ошқозон-ичак тизимида қон кетишларида), гинекология (узоқ муддатли ҳайз кўришлар) ва бошқа бўлимларда ҳам даволанишлари мумкин. ТТК чалинган ҳомиладор аёлларни алоҳида кузатувда сақлаб, уларни бир неча бор амбулатория ёки шифохона шароитида даволаш

(кўрсатма бўлганда) ва ахволдан келиб чикиб туғруқдан олдинги турли муддатларда туғруққа тайёрлаш бўлимларига ётқизиш лозим (хомиладорликнинг учинчи даврида улар туғруқхоналарда даволанишга ётқизилсалар мақсадга мувофиқ). Бу бўлимда зарур бўлган муолажалар ўтказилиб, уларда фаол туғруққа тайёрлаш ишлари олиб борилади. Камқонликка чалинган хомиладор беморларда туғиш жараёнида учрайдиган асоратларни назарда тутган ҳолда, акушерлик тактикасини олиб бориш талаб этилади. Улар туғруқдан сўнг туғруқхонанинг реабилитация бўлимларига ўтказилиб, тўлиқ даво курсини олганларидан сўнг вақтинча хомиладорликнинг олдини олиш чора-тадбирлари кўрилиб, уйга рухсат берилмоғи керак.

Ҳозирги кунда мавжуд темир препаратларидан асорати кам ва яхши даволаш самарасига эга бўлган – ферроплекс, конферон, гемофер, ферамид, узок муддат таъсир кўрсата оладиган – феррогрудмет, гемофер, тардиферонлар ва бошқа қатор препаратларни қайд этиш лозим. Қуйида ушбу дориларга кискача тўхталиб ўтамиз.

ФЕРРОПЛЕКС – темирнинг сульфат тузи, таркибида 11 мг темир элементи бор. Препарат яхши сўрилиши учун аскорбин кислотаси қўшилади. Енгил ва ўрта оғир даражали беморларга овқатдан кейин кунда 1 таблеткадан 3 маҳал ичиш учун буюрилади.

КОНФЕРОН – сульфат тузи бўлиб, таркибида 50 мг темир элементи мавжуд. Яхши сўрилиши учун янтар кислотаси қўшилган. Даво учун овқатдан кейин 1 капсуладан 3 маҳал буюрилади. Бу икки дори кам асорат беради.

ФЕРАМИД – хлорид тузи бўлиб, таркибида 15 мг темир элементи бор. Яхши ижобий натижа бериши учун никотинамид қўшилган. Овқатдан кейин 1 таблеткадан уч маҳал буюрилади. Даво жараёнида баъзан кўнгил айниш, қайт қилиш қоринда оғриқ каби асоратлар кузатилади ва бу ҳол давони бошқа темир препаратлари билан алмаштириш учун кўрсатма ҳисобланади.

ФЕРРОГРАДУМЕНТ – сульфат тузи таркибида 105 мг темир элементи бор. Махсус асос – градуметга темир моддаси пурканганлиги учун секинлик билан градумет парчаланиб, препаратдан темир ажралиб чиқади, узок сўрилади ҳамда ошқозон-ичак тизимига салбий таъсир этмайди. Шу туфайли кунига 1 таблеткадан 2 маҳал берилади.

ГЕМОФЕР – сульфат тузи, таркибида 105 мг темир элементи мавжуд бўлиб, тузилиши ҳамда даволаш тартиби ферроградумент каби. Юқоридаги икки препарат билан беморларни даволаганда деярли асорат кузатилмайди.

ТАРДИФЕРОН – бу ҳам сульфат тузи, таркибида 80 мг темир бор. Ижобий таъсирини ошириш ва ошқозон-ичак шиллик пардасини ҳимоялаш мақсадида таркибида аскорбин кислотаси ҳамда мукопротеаза қўшилган. Даво учун 1 дражедан 2 маҳал қабул қилиш тавсия этилади. Гемоглобин миқдори меъёрига кўтарилгандан сўнг ҳам организмдаги темир захирасини тўлдириш учун 1 дражедан эрталаб овқатдан олдин 3-6 ойга қадар давони давом эттириш мақсадга мувофиқ. Даволаш жараёнида асоратлар деярли кузатилмайди.

ТТК даволашда юқоридагилардан ташқари, бир неча парентерал ҳолда қўлланиладиган темир препаратлари ишлатилади. Улар аллергия, анафилактик реакциялар берганлиги, инъекциядан кейин яллиғланиш инфильтратлари ва абцесслар кузатилганлиги, баъзи ҳолларда паренхиматоз органларда темир кўп тўпланиб, гемосидероз ҳоллари бўлганлиги учун фақат оғир даражали ТТК да махсус кўрсатмалар бўлганда фойдаланиш лозим. Жумладан, ичиладиган темир препаратлари яхши натижа бермаса, ТТК тезда бартараф этиш керак бўлганда, жарроҳлик давоси ва туғишдан олдин темир танқислиги мавжуд беморларда кўп кон йўқотиш кузатилганда, ошқозон ва ичакнинг оғир касалликлари ва шу туфайли жарроҳлик амалиёти ўтказилиши лозим бўлган ҳолларда ҳамда II – III даража оғирликдаги ҳомиладор беморларга тавсия этилади.

ФЕРРУМЛЕК – 2 мл дан ампулада чиқарилади ва мушак орасига юборилади. Таркибида 100 мг. темир элементи бор. Юқоридаги препаратнинг беморларга лозим бўлган даво миқдори қуйидаги формула билан аниқланади:

$$A = K \cdot (166.7 - D) \cdot 0.04$$

A – даво курси учун лозим бўлган ампулаларнинг умумий сони.

K – бемор вазни (кг).

D – гемоглобиннинг г/л даги кўрсаткичи.

Одатда давонинг биринчи куни 1/2 ампула, иккинчи куни 1 ампула ва учинчи куни 2 ампула секинлик билан, кейин эса ҳафтада 2 марта 1 ампуладан юборилади. Феррокинетика назоратда бўлиши шарт.

ЖЕКТОФЕР (сктофер) – 2 мл дан ампулада чиқарилади ва мушак орасига юборилади, таркибида 100 мг. темир бор. Анемияни оғир даражасида 5-10 инъекция қилинади.

ФЕРБИТОЛ – 2 мл дан ампулада чиқарилиб, мушак орасига юборилади. Таркибида 100 мг. темир бор. Даво курсига 5-10 марта инъекция тавсия этилади.

ТОТЕМА – темир, мис ва марганец бирикмаси. Препарат 10 мл дан ампулада чиқарилади. Ампуладаги эритма бир оз миқдордаги сувга эритилиб ичилади. Катталар кунда 2 марта ичиши мумкин. Болаларга бир кг оғирлик вазнига 4-10 мг темир ҳисобига буюрилади.

Дорилар таркибидаги темир моддасининг ҳомилага токсик таъсири ҳисобга олиниб, уларни ҳомиладорларда темир ичига юбориш маън этилади. Шу ўринда, ҳомиладорларда мавжуд ўртача ва оғир даражадаги ТТК даволашда таблетка ҳолидаги дорилар кам натижа беришини эслатиб ўтмоқчимиз. Уларни даволаш учун асосан темир препаратларини мушак орасига ёки темир ичига (аёл ҳомиладор бўлмаган тақдирда) юбориш лозим. Аммо бунда турли асоратлар келиб чиқиши эҳтимоли борлигини ҳам унутмаслик керак.

Одатда темир етишмовчилиги юқори бўлган ҳолларда (айниқса, касалликнинг оғир даражасида) юқоридагилар билан биргаликда, қатор

бошқа дорилар қўлланилади. Фестал, панзинорм витаминлар, метаболик воситалар, оксил ва бошқалар каби дорилар шулар жумласидандир. Алоҳида ҳолларда беморларга бир гуруҳдаги эритроцитлар массаси ва бошқа қон препаратларини қўйиш мумкин. Бунга кўрсатма бўлиб ТТК чалинган беморни жарроҳлик усули билан даволашга ёки оғир даражадаги камқонликка чалинган ҳомиладор аёлни туғруққа тайёрлаш ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг эрта даврларида агар унга ҳаётий кўрсатма бўлмаса, қон қуйиш тавсия этилмайди. Камқонликка чалинган ва унга мойиллиги бўлган барча туғиш ёшидаги хотин-қизлар ва ҳомиладор аёллар 4-жадвалда келтирилган тартибда диспансер кузатувида бўлишлари лозим.

4-жадвал

Камқонликка чалинган ва унга мойиллиги бўлган хотин-қизлар ва ҳомиладор аёлларни диспансер шароитида кузатиш тартиби

№	Гуруҳ	Қоннинг умумий таҳлили ва шифокор кўриги	Даволаниш ўтказиладиган шифо маскани	Кузатув муддати
I	Камқонликка чалиниши эҳтимоли бўлган хотин-қизлар ва ҳомиладорлар (хавфли гуруҳ)	Ҳар уч ойда бир маротаба	Қишлоқ врачлик пункти ёки оилавий поликлиника шароитида	Камқонликни келиб чиқарган сабаб ва унинг омиллари йўқотилганга қадар
II	Яширин темир танқислиги бўлган хотин-қизлар ва ҳомиладорлар	Ҳар уч ойда бир маротаба	1-гуруҳдагидек	Камқонликни келтириб чиқарган сабаблар бартараф этилиб, зардоблаги темир миқдори меъёрига келгандан сўнг бир йил ўтгач

III	Енгил ТТК га чалинган хотин-қизлар ва ҳомиладорлар	Ҳар 1 ойда бир марта, соғайгандан сўнг ҳар уч ойда бир мартаба	1 гуруҳдагидек, алоҳида ҳолларда шифоналарда	Камқонликни келиб чиқарган сабаблар баргараф этилиб, бемор тўла соғайгандан сўнг бир йил ўтгач
IV	Ўртача оғирликдаги ТТК га чалинган хотин-қизлар ва ҳомиладорлар	Ҳар 15 кунда бир мартаба, кейин III гуруҳдагидек	Кундузги шифоналарда, ёки терапия бўлимларида	Юқоридаги гуруҳлардагидек
V	Оғир даражадаги ТТК га чалинган хотин-қизлар ва ҳомиладорлар	Ҳар 7-10 кунда бир мартаба, кейин III ва IV гуруҳлардагидек	Вилоят марказидаги ёки туманлар аро гематология бўлимларида	Юқоридаги гуруҳлардагидек

ТТКга чалинган туғиш ёшидаги хотин-қизлар тўлик соғайиб, диспансер кўригидан чиқарилгунларига қадар акушер-гинекологлар томонидан уларни ҳомиладорликдан сақлаш чора-тадбирлари кўрилмағи лозим.

Камқонликнинг олдини олиш учун УАВ қуйидаги тадбирларни амалга ошириши керак:

- организмдаги турли қон кетишларнинг олдини олиш ва мавжудларини даволаш;
- туғиш ёшидаги хотин-қизлар орасида ҳомиладорликлар ораллигини камида уч йилгача етказишни ташвиқот қилиш;
- рационал овқатланиш тўғрисида аҳоли ўртасида тушунтириш ишлари олиб бориш;
- ошқозон-ичак тизими касалликларининг олдини олиш ва мавжудларини даволаш;
- камқонликка чалиниши эҳтимоли бўлган кишилар (айниқса, ҳомиладорларни), яъни хавfli гуруҳдагиларда темир препаратлари ва витаминлар билан даволаш курсларини ўтказиш;
- туғиш ёшидаги хотин-қизлар ва ҳомиладорларни сифатли тиббий кўриқдан ўтказиб, камқонликни ўз вақтида аниқлаш ва эрта даврида даво чораларини кўриш ҳамда тўлик соғайгунга қадар ҳомиладорликдан сақланиш усулларида бирини кўллаш;
- ТТК га чалиниб тузалган беморларда касаллик қайталанмаслик чора-тадбирларини кўриш.

Мегалобласт камқонликлар

Мегалобласт камқонликлар дизэритропоэтинга тааллуқли бўлиб, пиримидин ёки пурин асосларини барпо бўлишини бузилишидан келиб чиқади, ДНК ва РНК ишлаб чиқариш зиён кўради. Мегалобластли камқонликлар аъзода витамин В₁₂ ва фолат кислота етишмовчиликлари, фолат кислотани кофермент шаклини пайдо бўлишида қатнашувчи фаол ферментларнинг бузилиши оқибатида ҳам ривожланиши мумкин. Кўпинча витамин В₁₂ нинг соф етишмаслиги, камроқ фолат кислота танқислиги учрайди.

1930 йилда Касл гўштда «ташки омил» (кейинчалик витамин В₁₂ деб топилган) мавжудлигини тахмин қилган, шу модда «ички омил» билан қўшилиб, гемопоэтин модда ҳосил килади ва конга сўрилиб жигарда сакланади. «Ички омил» – 50000 – 60000 мол. оғирликка эга бўлган гликопротеин дейилиб, меъданинг асосий (фундал) қисмида париетал хужайралар томонидан ишлаб чиқилади. Витамин В₁₂ ва «ички омил» нинг 2 молекуласи (1 мг «ички омил» 25 мг витамин В₁₂ ни боғлайди) бирикиб ёнбош ичакнинг ўрта ва қуйи қисмида сўрилади. Кунда 6-9 мг. витамин В₁₂ сўрилиши мумкин. Витамин В₁₂ нинг жуда кам миқдори (1 фоизи) «ички омил» билан бирлашмай сўрилади, аммо у парентерал йўл билан юборилганда сўрилиш кучаяди. Қон плазмасида В₁₂ транскобаламин оқсиги билан бирлашади. Аъзода витамин В₁₂ нинг кўшлиги туфайли унинг етишмовчилиги секин, 3-6 йил давомида келиб чиқади. Витамин В₁₂ етишмаслигида унинг фаоллиги фолат кислота коферменти билан пасаяди бинобарин суяк илигига бевосита қўшилувчи фолин кислота пайдо бўлиши секинлашади. Мегалобласт камқонликларда суяк кўмигида нормобласт кон пайдо бўлиш ўрнини мегалобластик эгаллайди ва кон хужайралари секин етилиб, тезроқ емирилади.

Гемоглобинга нисбатан эритроцитлар кўп миқдорда камайишидан ранг кўрсаткич юқори, яъни 1 дан ортиқ бўлади. Ретикулоцитлар камайиб, бир оз тромбоцитопения ва лейкопения кузатилиши мумкин. Қонда макроцитоз (суяк илигида мегалобластоз) гиперсегментли нейтрофиллар, эритроцитларнинг ядро колдиғи Жолли таначалари ва Кэбот узукчалари шаклида топилиши, ЭЧТнинг тезлашиши аниқланади.

Шикоятлари камқонлик синдромидан келиб чиқувчи, диспептик бузилишлар (кўнгили айниши, кекириш, тилни ачиши ва оғриғи, иштаҳанинг пасайиши, ич кетиши, анорексия), асаб тизими шикастланиши (парестезия, сезувчанликни бузилиши, кейинчалик полиневрит, фуникуляр миелоз) дан иборат. Касаллик белгилари аста-секин ривожланиш билан кучаяди. Бемор ранги оқарган, териси (озроқ гемолиздан) ва кўз шиллик пардаси сарғишроқ, зардобда билирубиннинг боғланмаган фракцияси ҳамда сийдик ва нажасда ўт пигментлари ортади. Тил сўрғичлари сийқаланган, глоссит аломатлари, тилнинг «лакланган» бўлиши, жигар ва талоқ озгина катталаниши мумкин. Аускультацияда тахикардия, юрак тонлари пасайган, чўққида систолик шовкин

эшитилади. Баъзи бир (ошқозон раки, сурункали гепатит, жигар циррози, кенг лентали гижжа, ичақда анастомоз қўйилгандан кейин кўр ичак синдроми) касалликларда витамин В₁₂ етишмовчилиги ҳамроҳ касаллик кўринишида учраб унга хос белгилар пайдо бўлиши мумкин.

Фолат кислота етишмовчилигида худди шу белгилар асаб аломатларисиз ривожланади; ошқозон шиллик қаваги атрофияга учраши ва ахлоргидрия бўлиши шарт эмас. Ташхис шикоятлар, анамнез, объектив маълумотлар, яққол намоён бўлмаган лейко ва тромбоцитопенияли гиперхром ва макроцитар камқонликка асосланиб қўйилади.

Ахрестик камқонликда ҳам суяк илиги витамин В₁₂ ва фолат кислотадан фойдалана олмаганлиги оқибатида гиперхром ёки нормохром макроцитар камқонлик ривожланади, лекин плазмада витамин В₁₂ миқдори баланд бўлади. ТТК В₁₂ етишмасликдан ранг кўрсаткич пастлиги, гипохромия, зардоб темири камлиги, сидеропеник синдром, ретикулоцитлар меъёрида ёки бир оз кўпайган, кўпинча лейкоцит ва тромбоцитлар ўзгармаслиги, суяк илигида мегалобластлар йўқлиги билан фарқланади.

УАВ тактикаси: беморни ихтисослаштирилган гематология бўлимига ёки гематолог – маслаҳатига юбориш. Кейин улар диспансер назоратида бўлишлари шарт. В₁₂ ва фолат кислотаси танқислиги камқонлигида витамин В₁₂ буюрилиши беморда қон яратиш жараёни ва аҳволини яхшилади. Оғирлик даражасига қараб, витамин В₁₂ ва фолат кислотасининг дозалари ва даволаш давомийлиги белгиланади.

Ҳомиладорлардаги камқонлик

Юкорида баён қилганимиздек, ҳомиладорлик вақтида кўп ҳолларда камқонлик ҳолати ривожланади. Уларда томирларда айланиб юрувчи қон ҳажми ортиб бориб, унинг иккинчи ярмида плазма ҳажми кўпайиши ҳисобига қизил қон ва гематокрит кўрсаткичлари пасаяди. Шу борада ҳақиқий камқонликдан физиологик қон суюқлашишини фарқлай билиш керак. Сўнгисиде ҳақиқий ҳолатдан фарқли ўлароқ, аёллар эритроцитларида морфологик ўзгаришлар кузатилмайдди. Ҳомиладорлар гемодилюцияси компенсатор ҳолат сифатида озик моддалар ва газларнинг плацентга орқали алмашинувини, ички аъзоларга қон перфузиясини яхшилаб, туғруқ пайтида эритроцитлар миқдорининг кўпроқ сақланишини таъминлайди. Туғруқдан кейин айланиб юрувчи қон ҳажми 10-15 кун мобайнида тикланади. Ҳомиладорлик вақтида юкорида таъкидлаганимиздек, баъзан ҳақиқий камқонлик ривожланади ва бунинг сабаблари турлича эканлигига юкорида тўхталиб ўтдик. Демак, ҳомиладорлар камқонлиги ёки гемогестозлар аёлларнинг иккиқатлигида пайдо бўлади ва туғруқдан сўнг ўтиб кетади. Ҳомиладорлардаги ҳақиқий камқонлиқнинг эса келиб чиқиш сабаблари турлича бўлиб, ҳомила билан боғлиқ эмас, лекин унинг оғир кечишига сабаб бўлади. Қуйидаги 5-жадвалда периферик қоннинг меъёридаги ва нормал ҳомиладорлик давридаги ўртача кўрсаткичлари келтирилган.

**Периферик қоннинг меъридаги ва нормал
хомиладорлик давридаги ўртача кўрсаткичлари**

Кўрсаткичлар	Периферик қон кўрсаткичлари	
	Меърида	Ҳомиладорлик пайтида
Гемоглобин, г/л	120-140	110-115
Эритроцитлар, $10^{12}/л$	3,9-4,7	3,7-3,9
Ранг кўрсаткичи	0,8-0,9	0,78-0,8
Ретикулоцитлар, %	2-10	3-15
Тромбоцитлар, $10^9/л$	180-320	180-320
Лейкоцитлар, $10^9/л$	4-9	4-12
Гематокрит, %	40-48	35-45
ЭЧТ, мм/соат	2-10	2-15

Ҳомиладорлик вақтида камқонлик аниқланганда, қуйидаги лаборатор текширишлар ўтказилиши шарт:

- гемоглобин миқдорини аниқлаш;
- эритроцитлар ва ретикулоцитлар сонини санаш;
- ранг кўрсаткичинини аниқлаш;
- тромбоцитлар сонини санаш;
- лейкоцитлар сонини ва лейкоформулани аниқлаш;
- зардобдаги темир миқдорини аниқлаш;
- зардобнинг темир боғлаш хусусиятини аниқлаш;
- кўрсатмалар бўлса стернал пункция ёки трепанобиопсия ўтказиш.

Юқорида таъкидланганидек, темир танқислиги ҳомиладорларда камқонлик ривожланишига асосий сабаб ҳисобланади, чунки қоғонок сувлари, йўлдош ривожланишида, туғруқ пайтида, лактация даврида темир кўп сарфланади.

Организмдаги темир захирасининг камайиши у иштирок этувчи барча жараёнларнинг дезичтеграциясига сабаб бўлади: эритроцит ва гемоглобин ҳосил бўлиши, темир сакловчи ферментлар оксидланиш – қайтарилиш жараёнлари бузилишига, бу эса ўз навбатида, тўқима нафасининг изидан чиқишига олиб келади. Натижада гипоксия кучайиб, фотоплацентар этишмовчиликни кучайтиради, миоглобиндаги темир камайиши мушак ҳолсизлиги ривожланишига, сфинктерлар бўшашишига олиб келади. Гестациягача бўлган ТТКда гестоз, бола ташлаш хавфи, ҳомиланинг ривожланмаслиги, туғруқнинг оғир кечиши, ундан кейин қон кетиш ва инфекциядан асоратлар кузатилади. Ҳомиладорларда камқонликни бошқаришда экстрагенитал касалликлар билан камқонликни бир вақтда даволаш муҳим аҳамиятга эга. Унинг клиник кечиши икки хил синдромлар гуруҳи билан намоён бўлади ва улар қуйидагича:

1). анемик – ҳолсизлик, тез чарчаш, кўз олди коронғилашиши ва юлдузчалар учуши, енгил жисмоний зўриқишдан ҳансираш ва юрак уриб кетиши, астенизация, хотира ва иштаҳанинг пасайиши (pica chlorotica таъм ва хид билишнинг ўзгариши);

2). сидеропеник – рангпарлик, терининг куруклашиши, пўст ташлаши; сочларнинг мўртлашиши, тўкилиши, эрта оқариши ва ялтираш хусусияти йўқолиши; тишларнинг мўртлашиши ва қариес; тирнокларнинг дағаллашиши, мўртлашиши, кўндаланг чизиклар пайдо бўлиши, баъзан қошиксимон деформацияси (койлонихия), шиллик пардаларнинг дистрофик – атрофик ўзгаришлари, тил сўрғичларининг атрофияси, глоссит, лаб бурчакларининг бичилиши, ангуляр стоматит, атрофик гастрит ва эзофагит, дисфагия; мушаклар чарчашининг органлиги, сфинктерлар бўшашиши ва метаболик, дистрофик ўзгаришларнинг барча аъзо ва тизимларда кучайиши.

Иммун тизимнинг сусайиши турли юқумли асоратларнинг кўпайишига олиб келади, жигар ва буйрак функционал ҳолати ёмонлашади. Бу эса ҳомиладорларнинг ва ҳомиланинг ахволини анча оғирлаштиради. Даволаш одатда қуйидаги 6-жадвалда келтирилганидек 3 босқичда амалга оширилади:

6-жадвал

Ҳомиладорлардаги камқонликни даволаш босқичлари

№	Босқичлар	Мақсад	Давомийлик	Темирнинг ўртача кунлик дозаси
1	Камқонликни бартараф этиш	Гемоглобинни меъёр даражасига етказиш	2-6 ой	80-150 мг
2	Тўйинтириш терапияси	Организмдаги темир захирасини тўлдириш	3-6 ой	40-60 мг
3	Кувватловчи терапия	Меъёрдаги темир захирасини сақлаш	ОП ва ҚВП ша-роитида даволаш ва хавф гуруҳида (ҳомиладорлар, туққанлар, эмизикли аёллар, болалар) бир ҳафтали профилактика курсларини ўтказиш	40-60 мг

Темир сақловчи дори воситаларини аскорбин кислотаси иштирокида яхшироқ сўрилишини ва овқатдан кейин буюрилиши лозимлигини ёдда тутмоқ керак.

Даволаш самарадорлигининг мезонлари:

- 5-7 кундан сўнг бемор аҳволининг субъектив яхшиланиши;
- 7-10 кундан кейин ретикулоцитоз кузатилиши;
- гемоглобин кўрсаткичининг ҳафтада ўртача 5 г/л ортиши (даво чораларидан сўнг 7-10 кун ўтгач бошланиши мумкин);
- зардобдаги темир миқдорининг меъёрига келиши (темир сакловчи воситалар билан даво тўхтатилганидан сўнг 7-10 кун ўтгач текширилади).

Шу ўринда, лимон ва олма кислотаси темир сўрилишини яхшилашни, аксинча, чой, қаҳва, таңинлар, кальций тузлари, сўт ёмонлаштиришини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

Даволашнинг самараси етарли бўлмаган ҳолларда, антиоксидантлар ва синтетик оқсил воситалар (оратат калий ва бошқалар) қўшимча буюрилади. Камқонликни даволашда кутилган самарага эриша олмасликнинг сабабларидан бири темир билан бирга организмда фолат кислотасининг етишмовчилиги бўлиши мумкин. Витамин В₁₂ дан фаркли ўлароқ, (унинг захираси етарли бўлса, организмга 3-5 йил мобайнида тушмаган тақдирда унинг танқислиги кузатилади) фолат кислотаси организмга ҳар куни тушиши шарт. Чунки унинг захираси жуда кам бўлиб, асосан янги сабзавот ва мева маҳсулотларида мавжуд. Ҳомиладорлик даврида фолат кислотасининг етишмовчилиги мегалобласт камқонликни юзага келтириб, ҳомила ривожланиши ва туғруқ вақтида турли қуйида келтирилган қўшимча хавфларни келтириб чиқаради:

- йўлдош патологияси ва қон кетишлар;
- ҳомила ривожланишининг аномалиялари;
- ҳомилада асаб ва бошқа тизимлар нуқсони;
- ҳомила тушиши;
- гестозлар;
- вақтидан олдинги туғруқлар.

Мегалобласт камқонликнинг клиник кўринишлари носпецифик бўлиб, қуйидагилардан иборат: умумий ҳолсизлик, тез чарчаш, қулоқда шовқинлар, бошдаги оғирлик, ҳаракат вақтида юракнинг тез уриб кетиши ва ҳансираш. Тери ва шиллик пардалар рангтар, куруқ, мегалобластларнинг суяк кўмигида ва макроцитларнинг периферик қонда парчаланиши оқибатида энгил сариқлик кузатилади. Барча беморларда ошқозон-ичак тизими касалликларига хос бўлган шикоятлар кузатилади. Бу тез-тез кўпиксимон ич кетиши ёки ич кетишининг қабзият билан алмашиниши кўринишидаги энтерит ва колит белгилари бўлиши мумкин. Витамин В₁₂ етишмовчилиги кузатилганда, (ҳомиладорларда камдан кам учрайдиган ҳолат) юрганда чайқалиш, парестезиялар ва сезгининг пасайиши, оёқ - қўл терисида чумоли ўрмалашидан паралич ва парезларгача бўлган неврологик ўзгаришлар ҳам кўшилади.

Қон таҳлилида нафақат кизил қон кўрсаткичлари, шунингдек,, тромбоцитлар, лейкоцитлар сони ҳам бир оз камайиши кузатилади. Лейко формула ўзгармайди, аммо инфекция тушса, бир оз нейтрофилез

ва ЭЧТ тезлашиши мумкин. Даволаш танқисликни тўлдиришдан, қон кўрсаткичларини меъёрлаштириш ва мўътадиллаштиришдан иборат. Беморларнинг овқатида фолат кислота ва витамин В₁₂ етарли микдорда бўлиши лозим. Лекин ҳомиладорларда витамин В₁₂ ни инъекция қилиш ман этилишини ёдда тутиш лозим. Чунки витамин В₁₂ тератоген ва онкоген таъсирга эга бўлганлиги сабабли нафақат ҳомиладорликда, балки бошқа ҳолатларда ҳам буюришда эҳтиёт бўлиш керак.

Фолат кислота кунига 5-15 мг дан қон кўрсаткичлари меъёрига келгунича буюрилади. Агар ҳомиладорларда темир ва фолат кислота танқислиги бирга келса, таркибида уларни сақловчи воситалар (гинотардиферон, глобекс) тавсия этилади. Даволаш ТТКдаги каби босқичма-босқич амалга оширилади:

- тўйинтириш босқичи (2-бой);
- мустаҳкамловчи терапия (3-6 ой);
- ушлаб турувчи профилактик терапия.

УАВ тактикаси: ҳомиладор аёл ва унинг қон таҳлилини доимий назорат қилиб туриш ва профилактика мақсадида темир препаратлари ичишни тавсия қилиш.

Гемолитик камқонлик

Гемолитик камқонлик эритроцитлар ҳаётининг (N - 120 кун) қисқариши оқибатида қон парчаланишининг кучайиши билан боғлиқ ва эритропоэзининг фаоллашуви, ретикулоцитоз, билирубинемия (боғланмаган фракция), баъзан талокнинг катталаниши билан намоён бўлади.

Ирсий ва орттирилган гемолитик камқонликлар бир-биридан фаркланади ва улар ўз навбатида, бир неча гуруҳга (7-жадвал) бўлинади.

7-жадвал

Ирсий ва орттирилган гемолитик камқонликлар

Ирсий	Орттирилган
Эритроцитлар мембранаси патологияси билан боғлиқ	Антиганачалар таъсири остида
Эритроцитлар ферментлари патологияси билан боғлиқ	Соматик мутация сабабли мембрана тузилмасининг ўзгариши
Гемоглобин занжири тузилмаси ёки синтези патологияси билан боғлиқ	Эритроцитлар пардасининг механик ёки кимёвий жароҳатланиши сабабли

Гемолиз сабаблари икки хилдир: эндоэритроцитарли (кўпинча наслий - ферментлар етишмовчилиги, глобин занжири тузилиши ёки ишлаб чиқишининг бузилиши, аномал шакли эритроцитлар) ва экзоэритроцитарли

(кўпинча орттирилган - эритроцитларга қарши таналарни пайдо бўлиши, захарлар, токсинлар таъсири, эритроцитларнинг механик парчаланиши, масалан, юракда сунъий клапанлар мавжудлигида).

Гемолиз ўткир ва сурункали ўтиши мумкин. Ўткир гемолизда кузатиладиган - беморнинг оғир аҳволи, титрок, иситма, белда оғрик, хансираш, юрак ўйнаши, рангсизлик, тери копламасида кучаювчи сариклик, кўз шох пардасининг сарғайиши гемолитик криз деб аталади. Бунда яна сийдик ранги қизил (озод гемоглобиннинг ўзгармай чиқишидан), кўнғир ёки қора (томир ичида эритроцитлар парчаланишидан гемосидерин ҳосил бўлиши туфайли) бўлади. Қонда эритроцит ва гемоглобин миқдори камаяди, ранг кўрсаткич меъёрида, бир оз таёқча ўзақли чапга силжиган лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашган бўлиши мумкин. Парчаланган эритроцитларнинг қолдик стромаси буйрак каналчаларини камал қилиши ва унинг фаолиятини бузишидан сийдикда протеинурия, микрогематурия аломатлари кузатилади.

Объектив текширганда: тахикардия, юрак тонлари эшитилмаслиги, чўққида систолик шовкин, ҚБ пасайган, жигар ва талок бир оз катталашган, оғриксиз. Бундай ҳолатни ўткир гепатит ва обтурацион сарикликдан фарқлаш лозим. Синчиклаб олиб борилган клиник ва лаборатор текширувлар, баъзан анамнестик маълумотлар ҳам бу касалликларни бири-биридан фарқлашга ёрдам беради.

Сурункали гемолизда кўпинча бемордан синчиклаб сўраш, даврий ва кўз пардаси сариклиги ҳамда рангпарликнинг кучайиши касалликни аниқлашга ёрдам беради. Бемор анамнези узоқ ва касаллик болалик давридан бошланган бўлиши мумкин. Камқонлик белгилари, сариклик, жигар ва талок бир оз катталашган ёки меъёрида ва тўғридан-тўғри гемолиз даражасига боғлиқ бўлиши мумкин. Бунда қон парчаланиши хужайра (талок) ичида рўй беришидан аъзолар, биринчи навбатда, талок гемосидерози рўй беради. Қонда нормохром ёки гиперхром (талассемиядан ташқари) камқонлик. Бу гемолиз асосий касалликка ҳамроҳ бўлиб келиши мумкин. Ирсий гемолитик камқонликда эритроцитлар наслий нуксон туфайли сифатсиз, яхши етилмайди ва шу сабабли тез ҳамда енгил парчланади. Наслий гемолитик камқонликлар ретикулоцитоз, кўпинча лейкоцит ва тромбоцитларнинг миқдори меъёрдалиги ёки бир оз пасайиши, билирубин ва темирнинг зардобда ошиши, ҳар хил даражали гепатоспленомегалия, ирсиятга боғлиқлиги билан ажралиб туради.

Бу қўлланмада наслий гемолитик камқонликнинг барча турларини баён қилиш имконияти йўқлиги туфайли биз унинг кўпроқ учрайдиган шакллари тўғрисида тўхталамиз.

Наслий микросфероцитозда маълум хусусиятга эга бўлган мембрана оксигени бўлмайди. Бунда эритроцитлар мембранаси тузилишида нуксон борлиги сабабли эластиклик пасайиши, ўтувчанликнинг кучайиши, мембрана орқали натрий иони эритроцит ичига кириши оқибатида сув йиғилиб, эритроцит шакли бузилади. Юмалоқ (шар) шаклидаги

эритроцитлар майда томирлар, талоқ бойламлари, синуслараро бўшлик оралиғи, бўшлик (синус)лар бўйича ҳаракат қилиши қулай эмас. Талоқнинг синуслараро бўшлиғи синусдан базал мембрана билан тўсилган бўлиб, 2-3 мкм тешиқлардан иборат. Меъёридаги эластик эритроцитлар булар орқали шаклини ўзгартириб бемалол ўтаверади, сфероцитлар эса ҳаракатини секинлаштириб, тикилиб, сўнг парчаланаяди. Маълум эритроцитлар шу тешиқ орқали ўтаётганда юзаси сидирилиб, кичиклашади, сидирилган жойи ямалади, аммо парчаланмайди. Лекин бир неча шундай айланишда эритроцит ҳалокатга учраб, талоқ макрофаглари томонидан парчаланаяди. Эритроцит ҳаёти 11-12 кунгача қисқаради. Гомозигот ташувчиларда касаллик эрта болалик чоғида пайдо бўлиб, камқонлик, сариклик, спленомегалия қаторида скелет шаклининг ўзгариши (гемолиз таъсирига жавобан суяк илиғи эритроид куртагининг сурункали гиперплазиясидан) кузатилади. Гемолиз тўппа - тўғри микросфероцитлар сонига боғлиқ: агар улар кўп бўлса, гемолиз ходисаси шунча юқори бўлади.

Ташхис камқонлик, сариклик, спленомегалия (бўлмаслиғи ҳам мумкин), эритроцитлар морфологияси (шакли), катталиғи, ёт нарсаларни бўлиши, эритроцитлар осмотик турғунлиғи, нисбий Кумбс синамаси, қонни кенгайтирилган умумий таҳлили, ретикулоцитоз, қон зардобиди боғланмаган билирубин миқдорининг ошиши, суяк илиғи эритроид куртагининг гиперплазияси асосида қўйилади.

Гемолитик камқонликда механик сарикликка нисбатан билирубин кўп аниқланмайди, уробилин миқдори ортади. Кам гемолизда камқонлик ва билирубинемия бўлмаслиғи мумкин. Кўп гемолизда лактатдегидрогеназа, аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза ва бошқа кўрсаткичлар вақтинча ошади. Бундай ҳолатларда кенг тарқалган жигар касалликларидан уларни фарқлаш учун тегишли текширишларни ўтказиш лозим.

ТТК микросфероцитоздан сариклик йўқлиғи, сидеропеник синдром борлиғи, қон зардобиди темир миқдори ва ранг кўрсаткичи пасайиши, суяк илиғида гиперплазия бўлмаслиғи билан ажралиб туради. Гипопластик камқонлик панцитопения, лимфоцитоз, суяк илиғи гипоплазияси борлиғи ретикулоцитоз ва сариклик йўқлиғи, гемолитик камқонликка хос боғланмаган билирубиннинг ошгани, эритроцитларда морфологик ўзгаришлар йўқлиғи билан тафовутланади. V_{12} фолат кислота танқислиғи камқонликлари бир оз сариклик билан ўтади. Бундан ташқари, беморларнинг қариллиғи, асабийлик белгиларининг мавжудлиғи, камқонлик билан лейкоцитопения, макроцитоз, мегалобластоз, ретикулоцитларни камлиғи ва уларни патогенетик даволаганда кўрсаткичларнинг кўтарилиши, эритроцитлар осмотик турғунлиғи ўзгаришининг йўқлиғи V_{12} етишмовлик камқонлиғи ташхисни тасдиқлайди. Аутоиммун гемолитик камқонлик ҳам симптоматик микросфероцитоз билан содир бўлади, лекин касаллик наслга боғлиқлиғи - ўспирин ёш, оғир ҳолатларда тана скелетини ўзгариши, манфий Кумбс синамаси хасталиқни наслилиғидан далолат беради.

Энзимопатиялар ичида кўпроқ пентозофосфат циклидаги глюкоза - 6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФДГ) етишмовчилиги учрайди. Шу йўл билан глюкоза парчаланиши амалга оширилишидан оксидловчи моддалар таъсирига қарши турувчи глютатионни қайта тикланиши учун зарур тикланган никотинамид фосфат пайдо бўлади. Г-6-ФДГ етишмаслиги эритроцитларни оксидловчи (дори, кимёвий модда) ларни таъсирига қарши туриш қобилятини пасайтириб, гемоглобин оксидланишига эритроцит пардаси (мембранаси) даги тўйинмаган ёғ кислоталари пероксида, гемоглобин молекуласида гемни йўқолиши, глобин занжирларини чўкмага тушиши (Гейнц таначалари пайдо бўлиши) рўй беради. Бу эритроцитларни ҳалокатга (кўпроқ томир ичида, аммо хужайра ичида ҳам бўлиши мумкин) олиб келади. Г-6-ФДГ етишмовчилигининг қуйидаги хиллари фаркланади:

1. белгисиз наслий фермент етишмовчилиги - баъзи бир дориларни қабул қилганда, гемолитик ходиса аломатларини кузатилиши;
2. фавизм - овқатда от дони, бошоқли ўсимлик маҳсулотларини истеъмол қилишдан кейинги;
3. чақалоқлардаги гемолитик камқонлик.

Бу касалликда ўтқир гемолитик кризлар фақат қатор дорилар: сульфаниламид (сульфадиметоксин, норсульфазол, сульфадимезин, диабетга қарши сульфаниламидлар) нитрофуранли дорилар (фуразолидон, фурудонин, фурагин), 5 - НОК, невиврамон, безгакка қарши дорилар (хинин, акрихин, примахин) изоникотин кислота ҳосилалари (тубазид, фтивазид), ПАСК, антипириин, фенацитин, викасол, амидопирин, ацетилсалицил кислотаси ва бошқалар буюрилганда келиб чиқиши мумкин.

Дорилар қабул қилинишидан сўнг 2-3 кун ўтгач гемализ аломатлари: қора сийдик (томир ичи гемолизи), кўз оқ пардасининг сарғайиши пайдо бўлади. Дорилар қабулини тўхтатиб гемолитик кризни олдини олиш мумкин. Агар дорилар қабул қилиш давом эттирилса, 4-5 кундан сўнг гемолитик криз (юқоридаги ўтқир гемолитик кризга қараган) ривожланади. Овқат маҳсулотидаги от ловияси истеъмоли оқибатида келиб чиққан гемолитик камқонлик — фавизм, клиник кўриниши 1-2 соатдан кейин пайдо бўлиб, диспептик бузилишлардан иборатдир. Билинар-билинемас гемализ аломатлари юқоридаги ўсимликлар чангининг ҳидидан ҳам юзага келиши мумкин.

Янги туғилган чақалоқларнинг Г-6-ФДГ етишмовчилигида криз киндикка дорилар билан ишлов берганда, яллиғланиш касалликлари, эмизувчи онанинг сутли даврида дорилар қабул қилиши ва бошқаларга боғлиқ. Ташхис анамнез, клиник, лаборатор ва бошқа кўрсаткичларга асосланиб қўйилади. Солиштирма ташхис доирасига аутоиммун гемолитик камқонлик, сурункали кечувчи гемоглобинопатия, эритроцитлар пардаси тузилишидаги нуксонлардан келиб чиққан камқонлик, она ва бола қонй мос бўлмаган антигенли изоиммунли гемолитик камқонлик, Г-6-ФДГ фаоллигини аниқлаш, Кумбс, агрегат - гемагглютинация синамаси ва бошқаларни киритиш керак.

Талассемия - нишонли хужайра камқонлиги сабабчиси бўлиб глобин занжирларидан бирининг ҳосил бўлишининг бузилиши ҳисобланади. Аутосом доминант йўл билан наслга ўтади. Соғлом одамда гемоглобин A1 96 - 98%, гемоглобин A2 2 - 3% ва гемоглобин F (фетал) 1 - 2% ташкил этади. Талассемия сабаби глобин бирор занжири тузилишининг бузилишидир. Занжир ортиқчалиги хужайра пардасини шикастлайди, майдалайди, йиғилади, сўнгра эритроцитларни ҳалокатга учратиб, гипербилирубинемия (боғланмаган билирубин) га олиб келади. Талассемия кагта, кичик ва энг кичик турларга бўлинади.

А) Катта, ёки гомозиготли (β)бета - талассемия кўпинча кичик болаликдан аниқланади ва A1 гемоглобини бета занжирлари синтези бузилишидан ва шу сабабли камайишидан келиб чиқиб, F (фетал) гемоглобиннинг ҳаддан ташқари кўпайишидан (20 - 90%) пайдо бўлади. Фетал гемоглобиннинг ғоят ўхшаш кўринишидан беморларда эритропоэтин миқдори ортиб, у қон ишлаб чикувчи тўқималарнинг жиддий гиперплазияси, эритропоэз кучайиши, аъзолар сидерозига олиб келади; тўқималарнинг кислород билан таъминланиши юқори даражада бузилади.

β - талассемия 3 хил даражада бўлади:

- оғир, бунда беморлар бир йил давомида вафот этади;
- ўртача, болалар 5-8 ёшгача яшайди;
- енгил, бунда катта ёшгача етиши мумкин.

Клиникаси: камқонлик, тери қатлами ва шиллик пардалар сарғайиши, талоқ катталашиши аломатлари, суяк илиги эритроид куртаги гиперплазия сабабли скелетнинг ўзгариши, жағ яссиланиши, ёноқлар дўппайиши, тўртбурчак (минорасимон) бош суяги, кўпинча болдирда яралар.

Қонда: гемоглобин кескин камайган, гипохромия билан кечувчи гемолитик камқонликнинг ягона хили - ранг кўрсаткич пасайган, ўртача ретикулоцитоз, зардобда темир миқдори кўпайган, суяк илигида - сидеробластлар кўп. Нишонли эритроцитлар, нуқтали базофил мавжуд, эритроцитлар осмотик турғунлиги ошган. Узоқ давом этувчи гемолиз қатор қайтмас асоратлар: тегишли белгили аъзолар гемосидерози (қандли диабет, жигар циррози), ўт пуфагида пигмент тошлар тўплиши, буйрак фаолияти бузилишига олиб келади.

Б) Гетерозиготли β - талассемия - касаллик ота - онанинг биттасидан наслий ўтиб, A2 ва фетал гемоглобин миқдори 3,5 - 8% ва 2,5 - 7% кўпаяди.

Белгилари - камқонлик, сариклик, спленомегалия учраши, ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Барча гемолитик камқонликлардагидек суяк илиги эритроцит куртаги қўзғалган, қонда ретикулоцитоз аниқ.

Эритроцитлар нишондор, базофил нуқтали, гипохромли, темир миқдори бир оз ошган, суяк илигидаги сидеробластлар меъёр чегарасида ёки бир оз кўпайган, кўпроқ боғланмаган билирубин ҳисобига гипербилирубинемия аниқланади.

Клиник кўриниши ТТКга ўхшаб кетади, аммо сидеропеник синдромнинг йўқлиги, зардобдаги темир микдорининг ошганлиги, гипербилирубинемия, кўзгалган эритропоз белгилари: ретикулоцитоз, эритроцитларнинг базофил нукталилиги, нишонли эритроцитлар (агар улар топила), касаллик наслга боғлиқлиги талассемия ташхисини қўйишга ёрдам беради.

В) Альфа - талассемия гемоглобин таркибидаги барча фракцияга тааллуқли альфа-занжирнинг бузилишидан келиб чиқади. Аммо гемоглобин ҳамма фракцияларининг пасайиши бир хилда, уларнинг мувозанати бузилмасдан β - талассемияга ўхшаш клиник кўринишда ривожланиши мумкин. Баъзан она қорнидаги боланинг альфа - занжири бутунлай йўқлигидан фетал гемоглобин ҳосил бўлмайди ва ҳомила ўлади. Кўпроқ билинмайдиган гипохром камқонлик, бир оз сариклик ва талоқ катталашиси, зардобда темир ошиши, гипербилирубинемия кузатилади. Уни ТТК, мегалобласт камқонлик, гемолитик камқонлик бошқа шаклларида ажратиш керак. Ташхис қўйишга клиник - лаборатор кўрсаткичлар, суяк илиги пункцияси, эритроцитлар морфологиясини текшириш, зардоб оксид хилларини ўрганиш ва бошқалар ёрдам беради.

Г) Н-гемоглобинопатия - талассемия хили иккала ота-онадан насл орқали ўтади. Бунда ҳар хил даражали гипохром камқонлик, гемоглобин 70 - 80 г/л дан паст эмас, яққол намоён бўлмаган сариклик, гипербилирубинемия ва ретикулоцитоз ривожланади. Касаллик оғир кечмайди, жигар ва талоқ анчагина катта, шу боисдан тарқоқ шикастланган жигар соясида кечувчи ТТК билан фарқлаш муҳимлиги келиб чиқади.

Талассемия ташхиси анамнез, *клиник кўриниши*: камқонлик, сариклик, спленомегалия, скелетнинг ўзгариши (айниқса,, гомозиготли β - талассемияда), қон таҳлили (ретикулоцитоз, эритроцитларда патологик қўшилмалар), суяк илиги пункцияси (эритроид куртак гиперплазияси, сидеробластлар), зардобда темирнинг ортиши, гипербилирубинемия (боғланмаган фракцияси), бош суягини рентген текшириш (бош суяги куббаси кўмик қаватининг қалинлашиши, остеопорозли қисмлар - «типратикан» ёки «шёткалар»), гемоглобин фракцияларининг ажралиши, эритроцитлар осмотик турғунлигини текшириш ва наслга асосланиб қўйилади.

УАВ тактикаси беморларни доимий равишда назорат қилиш, лаборатор таҳлилларга асосланиб махсус шифохонага юборишдан иборат.

Орттирилган гемолитик камқонлик иммун ва иммун бўлмаган турларга бўлинади:

- изоиммун (чакалоқлар ёки Rh ва ABO тизим мос келмаганда посттрансфузион);
- гетероиммун (дори, бактериал ёки вирусли инфекция сабабли);
- аутоиммун гемолитик камқонлик, ўз эритроцитлари ёки суяк кўмигидаги эритрокариоцитларга нисбатан сенсбилланган лимфоцитлар ёки антитаначалар мавжудлиги билан кечиши.

Гемолиз уни келтириб чиқарган сабаб бартараф этилмагунча давом этади ва аксарият ҳолларда симптоматик тури учрайди.

Унда асосий касаллик сабабли эритроцитлар гемолизи ривожланганда кузатилади. Кўп ҳолларда клиник кечиши бир хил бўлиб ўткир бошланишида қалтираш, иситмалаш, умумий ҳолсизлик, бош айланиши, бел соҳасида оғрик ва оғирлик ҳисси, хансираш, юракнинг тез уриб кетиши, юрак соҳасида оғрик, тери қопламлари, шиллиқ қаватлар, склеранинг рангпар бўлиши ва сариқлик кузатилади. Ўткир ости бошланишида субфебрилитет, артралгия, қорин ва бел соҳасида симилловчи оғрик кузатилиши мумкин. Бир оз гепатоспленомегалия беморларнинг 2/3 қисмида аниқланади. Камқонлик нормохром ёки гиперхромга мойил, ретикулоцитоз доимий, билирубин (боғланмаган фракцияси) миқдорининг ортиши, эритроцитларга нисбатан антитаначалар мавжудлигини аниқловчи гемагглютинацион синаманинг мусбатлиги (бевосита Кумбс синамаси), зардобда ва сийдикда эркин гемоглобин (тўқ сийдик), зардобдаги темир миқдорининг бир оз ортиши, эритроцитлар осмотик резистентлигининг пасайиши. ЎБЕ ривожланиш хавфи мавжудлиги сабабли буйрак фаолиятини кузатиб бориш лозим.

Аутоиммун гемолитик камқонликни даволаш ихтисослаштирилган шифохоналарда амалга оширилади ва ГКС гемолизни бартараф этувчи дозаларда қўллашдан бошланади. Даволаш самарадорлигининг кўрсаткичи бўлиб тана ҳароратининг пасайиши, аҳволнинг яхшиланиши, гемоглобиннинг кўтарилиши ва ретикулоцитоз, билирубин, антитаначалар миқдорининг пасайиши ҳисобланади. УАВ тактикаси аниқ ва оператив бўлиши лозим - беморни ихтисослаштирилган гематологик бўлимга жўнатиш.

Апластик камқонлик

Апластик гипозэритропозтик камқонлик, этиопатогенези номаълум, аммо суяк илиги ўзаги шикастланган ва шу туфайли унда қон ишлаб чиқариш пасайиши сабабли панцитопения келиб чиқади. Кўпинча бир зақтнинг ўзида қон ишлаб чиқарувчи учта куртак - эритро, лейко, тромбопоэз шикастланади. Ривожланиши кўпинча аутоиммун (суяк илиги қайси бир куртагининг етилмаган хужайраларига қарши тана - антителалар) пайдо бўлиши, қон ишлаб чиқаришнинг алоҳида бир куртагини шикастловчи гипоапластик камқонликнинг шакллари ҳам учраши мумкин. Бунда ретикулоцитлар меъёрида ёки бир оз ошган бўлади. Апластик камқонлик баъзи бир дорилар, кимёвий моддалар, миелотоксик таъсирга эга доривоситалар (цитостатиклар, амидопирин, сульфаниламидлар, левомецетин, бензол, маргумуш, кўрғошин, рентген нурулари, радиоактив моддалар) қабул қилишдан кейин ҳам ривожланади. Шунинг учун апластик камқонликлар:

а). маълум сабаб (миелотоксик) ли;

б). номаълум сабаб (эссенциал, идиопатик) ли турларга бўлинади.

Апластик камқонликда беморларнинг лимфоцитлари эритроидли колониялар пайдо бўлишига тўскинлик қиладилар, гранулоцитлар табақаланиши ва суяк илиги хужайралари кўпайиши (пролиферацияси) ни бузадилар. Гематологик кўрсаткичлари: ранг кўрсаткич меъёрида ёки баланд, панцитопения, ретикулоцитлар паст, қон зардобиди темир микдори меъёрда бир оз микро ва макроцитоз бўлиши мумкин. ЭЧТ тезлашган. Суяк илигида ҳар хил даражадаги ўзгаришлар: суяк илиги толалари ўрнини ёғ клетчаткаси эгаллаган; миелоцитлар сони камайган, мегакариоцитоз, лимфоцитоз, плазмацитоз.

Шикоятлар камқонлик оғирлашганда (панцитопения) пайдо бўлади (чуңки бемор гипоксия шароитига мослашади) ва қон ишлаб чиқариш учала куртаклари шикастланганлиги белгилари: камқонлик, тромбоцитопения, лейкопениядан таркиб топади. Парциал гипоплазияда шикастланишга қараб эритроцит ёки (кўпроқ) лейкоцитлар сони камаяди. Камқонлик синдроми рангсизлик, умумий дармонсизлик, тез чарчаш аломатлари, ортостатик бош айланиши, кардиалгия, юрак ўйнаши, ишлаш қобилиятининг пасайиши билан намоён бўлади. Кўпроқ бурун, милқдан қон кетиши, метрорагиялар, шамоллаш касалликлари, стоматитлар учрайди. Умумий кўришда ҳар хил катталикдаги тери ости қон талашлари аниқланади. Жигар ва талок катталашади.

Эшитганда: тахикардия, юрак тонлари пасайган ва чўққиди систолик шовқин аниқланади. Ташхис шикоят, клиник, гематологик белги (камқонлик, лейкопения, лимфоцитоз, геморрагик синдром) лар асосида қўйилади. Касалликни аниқлашда тўш илигини пункция қилиш зарур ва муҳим аҳамиятга эга, чуңки унда ўзига хос ўзгаришлар аниқланиб, ташхисни тўғри қўйишга асос бўлади. Геморрагик синдром, панцитопения, лимфоцитоз, қон ишлаб чиқишни қўзғовчилар таъсир этмаслиги шунга ўхшаш кечувчи бошқа камқонликлардан ажралиб туради. Метапластик камқонликларда суяк илигига ўтувчи метастатик ўсмалар, лейкозларда пайдо бўлувчи метапластик камқонликларда ҳам панцитопения билан кечсада, суяк илиги ўзига хос кам хужайрали, лимфод инфильтрацияли бўлади.

Касалликнинг лаборатор мезонлари: Умумий қон таҳлилида панцитопения, лимфоцитоз, ретикулоцитлар пасайган, ЭЧТ бир оз тезлашган. Миелограммада - суяк кўмигининг кам хужайрали ёғли инфильтрацияси.

Даволаш ихтисослаштирилган шифохоналарда амалга оширилади ва ГКС, ўринбосар, симптоматик терапия қўлланилади, булар самара бермаса, спленэктомия, суяк кўмиги трансплантацияси ўтказилади. УАВ тактикаси - беморни ихтисослаштирилган гематология бўлимга жўнатиш ва гематолог чақириш.

Иккиламчи камқонлик ёки сурункали касалликлардаги камқонликлар

Иккиламчи камқонлик ёки сурункали касалликлар камқонлиги қуйидагилар ҳолатларда кузатилиши мумкин:

- ▶ инфекция - яллиғланиш касалликлари;
- ▶ тизимли касалликлар;
- ▶ ўсма касалликлари;
- ▶ гемобластозлар;
- ▶ қон изиш тизими ёки тромбоцитлар патологияларида;
- ▶ сурункали интоксикациялар (СБЕ, жигар етишмовчилиги, алкоголизм, наркомания, баъзи дори воситаларини қабул қилиш ва бошқалар).

Иккиламчи камқонликлар ривожланишида асосий касаллик патогенези муҳим аҳамиятга эга ва бу жараённинг намоён бўлиш даражаси, фаоллиги, давомийлиги, даволаш самарадорлиги ва бошқалар билан узвий боғлиқ. Барча ҳолатларда УАВ тактикаси асосий касалликни аниқлаш ва уни астойдил даволашдан иборат. Камқонликларнинг ўрта ва оғир даражаларида гематолог маслаҳати зарур.

Камқонликнинг сабаби аниқланмаган ҳолларда (қон яратиш депрессияси, бирламчи ёки бирор касаллик асорати, яширин қон кетишлар, аралаш генезли камқонлик) беморни ихтисослаштирилган гематология бўлими ёки шифохонага юбориш, таххис аниқ бўлгандан сўнг даволаш тактикасини ишлаб чиқиш керак.

УАВ қуйидагиларни ёдда тутиши лозим:

- а) барча лаборатор текширувлар дори-дармон тайинлангунича ўтказилиши керак;
- б) қон тахлилини ўтказиш эрталаб оч қоринга амалга оширилади;
- в) қоннинг қуюқлашиши (дегидратация, қайт қилиш, диарея, ГКС, диуретиклар қабул қилиш) ёки гемодилюция (шишлар, регидратация) периферик қон тахлилининг нотўғри чиқишига сабаб бўлади;
- г) гемотрансфузиялар гемоглобин ва эритроцитлар кўрсаткичига 2-3 кун давомида таъсир этади;
- д) витамин В₁₂ инъекцияси суяк кўмиги манзараси ўзгаришига бир кун давомида таъсир этади;
- е) темир сақловчи воситалар феррокинетика кўрсаткичларини ўзгартиради, шунинг учун бу тахлиллар охириги ферровосита қабул қилинган, 7-10 кундан кейин ўтказилиши лозим.

ТТҚни даволаш давоми, узоқ муддат, монанд, комплекс бўлиши зарур ва бир неча босқичда ўтказилади:

- 1) гемоглобин ва эритроцитлар кўрсаткичи меъёрига етгунча;
- 2) темир депосини тўлдириш камида 3-6 ой давом этиши зарур;
- 3) қуйидаги ҳолларда профилактик даво (хайз кунларида, ҳомиладорлик ва лактация даврида, болалар ва ўсмирларнинг ўсиш даврида ва бошқа ҳавфли гуруҳларда) ўтказилади.

Ташхис қўйиш намуналари

Камқонлик ташхиси кўп компонентли бўлиб, ўз ичига касалликнинг нозологияси, шакли, оғирлик даражаси, кечиши ва асоратларини олиши лозим.

✓ Асосий: Темир танқислиги камқонлиги постгеморрагик этиологияли (геморраидал тугундан қон кетиши) оғир даражаси.

Асорати: дисциркулятор энцефалопатия. Нейроциркулятор дистония.

Ёндош: Геморрой.

✓ Асосий: Ошқозон яра касаллиги. Ошқозондан қон кетиши.

Асорати: ўткир постгеморрагик камқонлик.

1-илова

Организмда темир моддаси етишмовчилигини савол-жавоб варақаси ёрдамида шифокорсиз аниқлаш (керагининг тагига чизилади)

----- отангизнинг исми	гансиз?----- 8. Неча йили чида?----- -----
----- исмингиз	9. Нечта тукқансиз?----- 10. Неча йил ичида?----- 11. Ҳар бир болангизни неча ой---
Турар жойингиз ----- ----- ----- -----	----- ----- 12. ----- -----
Тўлдирилган вақти----- ----- -----кун-----ой-----й.	13. Ҳозир ҳомиладормисиз? ха, йўк
1. Ёшингиз----- 2. Мутахассислик----- 3. Миллатингиз----- 4. Сизда ёшликда камқонлик бўлганми? 5. Сизда ҳомиладорлик пайтида камқонлик бўлганми? 6. Хасталик туфайли ошқозон ва ўн икки бармоқли ичагингизда жарроҳлик амалиёти ўтказилганми? 7. Неча мартаба ҳомиладор бўл-	14. Муддати----- 15. Ҳайз кўриш неча ёшдан бошланган?----- 16. Ҳайз кўриш неча кундан? ----- 17. Ҳайз кўрганда қон кетиш кўп-лиги: кам ха, йўк ўртача ха, йўк кўп ха, йўк 18. Ҳайз кўриш оралиғи 24-кундан озми? ха, йўк

19. Сизда бачадондан қон кетадими?
ха, йўқ
20. Бурундан қон кетадими?
ха, йўқ
21. Ошқозон ва ичак орқали-чи?
ха, йўқ
22. Бавосил хасталиги бўлиб қон йўкотганмисиз?
ха, йўқ
23. Бошқа қон кетишлар-чи?
ха, йўқ
24. Қанақа-----
25. Сизда ошқозон, ингичка ва йўғон ичак шамоллаши борми?
ха, йўқ
26. Ошқозон ва 12 бармоқли ичагингизда яра борми?
ха, йўқ
27. Гепатит билан оғриганмисиз?
ха, йўқ
28. Ҳар хил шамоллашлар билан тез-тез касалланганмисиз?
ха, йўқ
29. Гўштли овқатларни кўпроқ истеъмол қиласизми?
ха, йўқ
30. Сутли овқатларни кўпроқ истеъмол қиласизми?
ха, йўқ
31. Хамирли овқатларни (нонни) кўпроқ истеъмол қиласизми?
ха, йўқ
32. Сабзавотли овқат ва меваларни кўпроқ истеъмол қиласизми?
ха, йўқ
33. Ёки овқатингиз аралашми?
ха, йўқ
34. Сиз ҳар куни ўз вақтида овқатланасизми?
ха, йўқ
35. Бошингиз айланадими?
ха, йўқ
36. Бошингиз оғрийдими?
ха, йўқ
37. Тез чарчайсизми?
ха, йўқ
38. Тез жаҳлингиз чиқадиими?
ха, йўқ
39. Кундуз куни кўп уйқунгиз келадими?
ха, йўқ
40. Уйқусизлик борми?
ха, йўқ
41. Қулоғингиз шанғиллайдими?
ха, йўқ
42. Ҳавоси оғир жойларда ҳушингиздан кетасизми?
ха, йўқ
43. Бирдан ўрнингиздан турганда кўз олдингиз қоронғилашадими?
ха, йўқ
44. Ютиш пайтида кийинчилик борми?
ха, йўқ
45. Иштаҳангиз пасайганми?
ха, йўқ
46. Хотирангиз пасайганми?
ха, йўқ
47. Юрак атрофида оғрик бўладими?
ха, йўқ
48. Жисмоний меҳнатдан кейин нафас бўғилишини сезасизми?
ха, йўқ
49. Рангингиз оқарганми?
ха, йўқ
50. Бўр, кесак егингиз келадими?
ха, йўқ
51. Терингиз курукми, оғиз бурчаги ёриладими?
ха, йўқ

52. Сочларингиз тушадими, синадими?
ха, йўқ
53. Товонингиз ёриладими?
ха, йўқ
54. Илгари темир препаратлари билан даволанганмисиз?
ха, йўқ
55. Бўйингиз? -----
56. Оғирли ингиз? -----
57. Қандай касаллик билан илгари оғригансиз? -----

ЭСЛАТМА: Биринчи, иккинчи ва учинчи саволлардан ташқари, қолган барчасида жавоб ижобий ёки олтитасида жавоб ижобий бўлса, текширилувчи “шартли бемор” гуруҳига киради.

2-илова

Тиббий текшириш варақаси
(керагининг тагига чизилади)

Варақа тартиб рақами-----

Исми, -----

- Ёши-----
- | | |
|-----------------------------------|---------|
| 1. Тери ва шиллиқ парда оқариши | ха, йўқ |
| 2. Терининг қуруқлиги | ха, йўқ |
| 3. Койлонихия | ха, йўқ |
| 4. Тишлар кариеси | ха, йўқ |
| 5. Глоссит | ха, йўқ |
| 6. Озиш 10 %дан ортик | ха, йўқ |
| 7. Товон ёрилиши | ха, йўқ |
| 8. Пульс тезлашган | ха, йўқ |
| 9. Юрак тонлари пасайган | ха, йўқ |
| 10. Систолик шовқин | ха, йўқ |
| 11. Тил яссилаган | ха, йўқ |
| 12. Жигар катталашган ва оғриқли | ха, йўқ |
| 13. Жигар катталашган ва оғриқсиз | ха, йўқ |
| 14. Талоқ катталашган ва оғриқли | ха, йўқ |
| 15. Талоқ катталашган ва оғриқсиз | ха, йўқ |
| 16. Нажас нормал | ха, йўқ |
| 17. Понос – ич кетиш | ха, йўқ |
| 18. Запор - қабзият | ха, йўқ |
| 19. Гемоглобин----- | |
| 20. Эритроцит миқдори----- | |

21. Ранг кўрсаткичи-----
 22. Гематокрит-----
 23. Ретикулоцит-----
 24. Трансферрин-----
 25. Ферритин-----
 26. Бошқа таҳлил
- Ташхиси:

Фойдаланилган адабиётлар

1. Балабина Н. М. Факторы риска развития и неблагоприятного прогноза железодефицитных состояний. Дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. Иркутск, 2005.
2. Димитров Д.Я. Анемии беременных. София: Медицина и физкультура, 1980.
3. Идельсон Л. И. Хроническая железодефицитная анемия, связанная с перенесенной в детстве резекцией части подвздошной кишки. Терапевтический архив. 2005. Т. 77, № 7. С. 88-90.
4. Козловская Л. Кардиоренальный анемический синдром. патогенез, прогностическое значение, принципы лечения. // Врач. 2005. № 6. С. 37-39.
5. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням для врача общей практики от симптома и синдрома – к диагнозу и лечению. Москва: Издательство медицинское информационное агенство, 2007.
6. Матюшичев В. Б. Изменения показателей тромбоцитов периферической крови при железодефицитной анемии. // Гематология и трансфузиология. 2005. Т. 50, № 2. С. 29-32.
7. Путинцев А. Б. Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. Наук. Железо-дефицитная анемия и современные методы ее коррекции у беременных. Москва, 2005.
8. Сергеева А. И. Показатели феррокинетики и состояния эритропоэза при ранней анемии недоношенных детей. // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. 2006. № 1. С. 26.
9. Kotisaari S. Reticulocyte indices rapidly reflect an increase in iron availability for erythropoiesis. et al. // Haematologica 2003 Dec; Vol. 88 (12), pp. 1422-3.
10. Lozoff B. . et al. Behavioral and developmental effects of preventing iron-deficiency anemia in healthy full-term infants // Pediatrics 2003 Oct; Vol. 112 (4), pp. 846-54.
11. Starklint J. et al. Hypochromic reticulocytes, hypochromic erythrocytes and p-transferrin receptors in diagnosing iron-deficient erythropoiesis. // Scand J Clin Lab Invest 2004; Vol. 64 (8), pp. 691-702.

ГЕМОРРАГИК ДИАТЕЗЛАР

*Касалликни фақат номи бўйича эмас,
балки бутун организмни даволаш лозим.*

М.Я.Мудров

Геморрагик диатезлар (ГД) тиббиётнинг муҳим муаммоларидан биридир. Унинг турли хил клиник кўринишлари билан барча шифокорлар, шу жумладан, УАВ ҳам тўқнашиши мумкин. Ҳозирда қон ивишининг 13 омили ва бир нечта босқичи ўрганилган. Тромбоцитлар тизим ва капиллярлар физиологияси ҳақида янги маълумотлар олинганига қарамай, ГД кузатадиган айрим жараёнларнинг назарий асослари тўлиқ ўрганилмаган.

ГД йиғма тушунча бўлиб, ушбу гуруҳга табиатан ҳар хил, лекин умумий белгиси – «қонаш» бўлган касалликлар бирлаштирилган. Улар ҳар хил сабабга ва клиник манзарага эга бўлиб, туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Замонавий тасавурларга кўра, умумлаштирилган ҳолда ГД қуйидаги 3 гуруҳга бўлинади:

1. вазопатиялар - қон томирлар жароҳати билан боғлиқ касалликлар;
2. коагулопатиялар - қон ивиш тизимининг патологияси билан боғлиқ касалликлар;

3. тромбоцитопатиялар ва тромбоцитопениялар-тромбоцитларнинг сифати ва миқдори ўзгариши билан боғлиқ бўлган касалликлар.

УАВ ГД тўғрисида мукаммал тасавурга эга бўлиши учун қон ивиш босқичларини яхши билиши лозим ва улар 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Қон ивиш босқичлари

Босқич-лар	1 босқич	2 босқич	3 босқич
	Тромбопластин ҳосил бўлиши	Протромбинни тромбинга айланиши	Фибриногенни фибринга айланиши
Зарур омиллар	VIII, IX, X, XI, XII 3-тромбоцит омили, Ca ++	Протромбин Тромбин V, VII, витамин К	Фибриноген, Фибрин XIII

Рим сонлари-плазма (қон зардоби) омиллари; *араб сонлари* - тромбоцитлардаги омиллар.

Жадвалдан кўриниб турибдики, тромбопластиннинг ҳосил бўлиши энг мураккаб босқичдир.

Қон ивиш тизимининг зардобда 13 омили мавжуд ва улар қуйидагилар:

- Фибриноген;
- Протромбин;
- Тромбопластин;
- Са ионлари;
- Проакцелерин;

- Акцелерин;
 - Проконвертин;
 - Антигемофил глобулин А;
 - Тромбопластиннинг зардоб компоненти-антигемофил глобулин В,
- Кристаммас омили;

- Стюарт-прауэр омили;
- Тромбопластинни зардобдаги ўтмишдоши;
- Хагеман омили (контакт омил);
- Фибринни мўътадиллаштирувчи.

Куйида ГД патогенетик омил асосида тавсия этилган классификацияси келтирилган:

1. Тромбопластин ҳосил бўлишидаги (ивишнинг 1 босқичида) ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ГД (омиллар танқислиги ёки специфик ингибиторларнинг таъсири);

А. Пластинкаларнинг тромбопластин (учинчи) омили:

- а) идиопатик тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги);
- б) симптоматик тромбоцитопения;
- в) тромботик тромбоцитопеник пурпура;
- г) органик мегакариофтизлар (лейкозларда, ўсманнинг иликка метастаз бериши ва бошқа ҳолларда).

Б. Зардобнинг тромбопластин омиллари:

VIII омил-гемофилия А;

IX омил –гемофилия В;

XI омил –гемофилия С;

2. Тромбопластин ҳосил бўлишидаги (қон ивишининг 2 босқичи) ўзгаришлар билан боғлиқ ГД (омил танқислиги ёки специфик ингибиторларнинг таъсири);

II омил – гипопротромбинемия;

V омил - Оврен парагемофилияси;

VII омил - а) гипоконвертинемия; б) гипопроконвертинемия;

3. Фибрин ҳосил бўлишидаги (қон ивишининг 3 босқичи) ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ГД (омил танқислиги ёки специфик ингибиторларнинг таъсири).

I омил -а) фибриногенопения; б) афибриногенемия.

Амалиётда қон қуйилишининг 5 хили тафовут этилади:

- гематомли - катта, чуқур, оғрикли қон қуйилишлар;
- петехия - доғли, оғриксиз, атрофдаги тўқималарни эзмайдиган юзаки қон қуйилишлар;
- аралаш - гематома ва петехияли - доғли қон қуйилишлар - юкорида кайд этилган қон қуйилишларнинг биргаликда намоён бўлиши;
- васкулит – пурпуралли - майда қон томирларнинг яллиғланиши билан боғлиқ бўлган қонашлар;
- ангиоматоз - тез-тез, битта ёки кўп жойларга қон қуйилиши.

Вазопатиялар

Геморрагик васкулит (Шенлейн-Генох касаллиги) – бошқа ГДга нисбатан кўпроқ учрайди. Касаллик майда қон томирлардаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, иммун табиатга эга бўлганлиги сабабли иммунли микротромбоваскулит деб ҳам аталади. Кўзгатувчи омилнинг (узоқ вақт таъсир қилувчи захарланишлар, паразитлар ва бошқалар) таъсири оқибатида ҳосил бўлган ва қонда айланиб юрган иммун комплекслар майда қон томирларнинг деворига чўкиб, уларнинг шикастланиши ва яллиғланишига олиб келади деб ҳисобланилади. Ўзгарган майда қон томирлари унинг нормал схимига тўсқинлик қилиб, реологик ўзгаришларга сабаб бўлади ва натижада тромб юзага келиб қон куйилади, яъни қонни томир ичида ивиши-синдромига ўхшаш ҳолат юзага келади. Майда томирларнинг кўпроқ қайси соҳада зарарланишига кўра қуйидаги синдромлар фарқланади: тери, бўғим, қорин, буйрак синдромлари ва ундан касаллиқнинг тери, бўғим, қорин, буйрак ва аралаш шакллари келиб чиқади.

Тери шакли оёқ-қўллар, думба, тананинг бошқа қисмларида майда, нуктали, оғриқсиз, симметрик, геморрагик тошмаларнинг ҳосил бўлиши билан юзага чиқади. Босиб кўрганда, тошмалар йўқолмайди ҳамда қайтгач ўзига хос доғ қолдиради. Баъзида тошмалар кўшилиб, ўчоқсимон, некротик тошмалар ҳосил килади.

Бўғим шакли катта бўғимларда тез тарқаладиган оғриқлар билан юзага чиқиб, кўп ҳолларда тери шаклидан сўнг кузатилади. Касалликнинг бўғим шаклида бўғимнинг синовиал қобиғидаги майда томирлар шикастланади ва бунда бўғимларда учиб юрувчи оғриқлар кузатилади. Ташқи томондан бўғимлар ўзгармаган бўлади. Тошмалар босиб кўрилганда йўқолмайди ва узоқ сақланувчи доғлар қолдиради.

Қорин шакли хуружсимон ва айрим ҳолларда бураб қолувчи доимий характердаги кучли қорин оғриқлари билан намоён бўлади. Клиник белгиларнинг энгил ёки оғирлиги ичак деворлари субсероз қавати чарвисида қон қуйилишларнинг сони ва катталигига боғлиқ. Бу синдромда кўпинча ичак ўтказувчанлигининг бузилиши, қайт қилиш, нажасда қон пайдо бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, лейкоцитоз, постгеморрагик камқонлик, қолапс белгилари кузатилади.

Геморрагик васкулитнинг қорин шаклини унинг бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик касалликларидан фарқлаш лозим. Одатда абдоминал синдром қисқа вақт ичида (2-3 кунда) ўз-ўзидан йўқолади, кучли оғриқлар оғриқсиз вақтлар (1-3 соат) билан алмашилиб туради. Касалликни аниқлашда теридаги васкулитга хос ўзгаришлар ва гепарин билан даволашдан сўнг юзага келган ижобий натижалар (хуружлар йўқолади) ёрдам беради. Қонда тромбоцитоз, гиперкоагуляция аниқланиши мумкин.

Буйрак шакли геморрагик васкулит билан оғриган кишиларнинг яримида учрайди ва касаллик бошланишидан 1-4 ҳафта ўтгач ривожланади. Касаллик ўтқир ва сурункали гломерулонефрит белгилари билан намоён бўлиб, протеинурия, гематурия, цилиндрүрия кўринишида кечади.

Геморрагик васкулитда деярли барча синдромлар асоратларсиз йўқолса, унинг буйрак шаклида сурункали гломерулонефритга хос белгилар сақланиши ва оқибатда СБЕ ривожланиши буйракда чуқур ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Бунда тана харорати кўтарилади, лейкоцитоз, эритроцитларни чўкиш тезлиги ошади, зардобда α 2 β -глобулинлар кўпаяди, гиперфибриногенемия, анемия, ретикулоцитоз кузатилиши мумкин.

Геморрагик телеангиэктазиялар (Рандю-Вебер-Ослер касаллиги) - наслий вазопатия ҳисобланиб субэндотелийнинг тўлиқ ривожланмаганлиги (унда коллагеннинг камлиги) оқибатида ичак деворларининг юпқалашиши ва майда томирлар кенгайиши кузатилади. Касаллик томир деворларининг эластиклиги камайиши ва ундаги ўзгаришларга мос равишда ривожланади. Клиник кўриниши – лабда, айникса, унинг ички юзасида, милкларда, тилда, буруннинг шиллик қаватида кўплаб телеангиэктазиялар юзага келиши, касалликнинг кучайиши билан уларни тананинг барча қисмида, шу жумладан, ошқозон-ичак тизимида, юрак-қон томир, нафас, жигар ва бошқа аъзоларда таркалиши кузатилади. Шунинг учун қонашлар бурундан бошланиб, касаллик оғирлашиб борган сари тўхтатиб бўлмайдиган қон кетишларга айланади ва баъзан ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

КОАГУЛОПАТИЯЛАР

Коагулопатияларнинг наслий ва орттирилган турлари бор. Гемофилия унинг энг кўп учрайдиган тури ҳисобланади. Касалликнинг VIII (гемофилия А 87-94%), IX (гемофилия В 6-13%) ва IX омилларнинг стишмовчилиги (гемофилия С-кам учрайдиган) билан боғлиқ турлари мавжуд. Агар юқоридаги омиллар меъёрга нисбатан 45% дан паст бўлса, гемофилия одатда наслдан-наслга ўтувчи бўлиб ҳисобланади. Кейинги йилларда гемофилия А билан касалланганлар қонида VIII омилга қарши антителалар борлиги ҳақида маълумотлар мавжуд.

1. Гемофилия А - қон ивиш VIII омилининг бўлмаслиги ёки унинг кам бўлишидир. Касалликнинг клиник кўриниши омил танқислиги билан бевосита боғлиқ ва унинг қуйидаги оғирлиг даражалари фарқланади:

- жуда оғир -0-1%;
- оғир 1-2%;
- ўрта оғирликда -2-5%;
- енгил -5% дан юқори.

Қон кетиш тури - гематомали. Касаллик кўпинча эрта болаликдан маълум бўлади ва йиқилганда, шикастланганда, тиш ёриб чиққанда давомли қон кетиб, гематомалар ривожланади. Бола ўса бошлаган сари бўғимлари (тизза, тирсак ва бошқалар) зарарлана бошлайди.

а) ўтқир гемартрозлар - бирламчи ва қайталанувчи, тўсатдан пайдо бўлади ва оғрик бўғимнинг шишиши, қизариши ва флюктуацияси билан кечади;

б) сурункали геморрагик - деструктив остеоартрозлар билан;

в) иккиламчи - иммун ревматоид синдром билан.

Бўғимларнинг зарарланиши клиник рентгенологик кўрсаткичларга қараб 4 босқичга бўлинади:

I. Бўғим катталашган, тирқиши кенгайган, пўстлоғи қалинлашиб, зичлашган (гемосидероз), аммо фаолияти ўзгармаган.

II. Эпифизларнинг субхондрал қисмида - аниқ нақшлар, катакли деструкция, кисталар, остеопороз, бўғим тирқиши бир оз торайган ва фаолияти енгил сусайган.

III. Бўғим жуда катталашган, усти ғадир-будир, тузилиши ўзгарган, оёқ мушаклари атрофияси. Бўғим семирган, гиперостозлар туфайли эпифизлар кенгайган, диафизлар кичрайган, бўғим тирқиши торайган, остеопороз. Бўкса суягида кратернинг ҳосил бўлиши, суякларнинг туннелга ўхшаш бузилишлари, бўғим ичи, тизза усти пайларининг қисман бузилиши юзага келиши. Бўғим ичида ивиган қон, пай қолдиклари, фаолияти чегараланган.

IV. Бўғим тирқиши торайган, склероз ва кистоз, оёқлар узоқ муддат қотиб қолганлиги туфайли суяк анкилозлари бўлиши.

2. Гемофилия В IX омилнинг танқислиги туфайли юзага келади.

Омилнинг ген тузилмаси X-хромосоманинг бошқа томонида жойлашган ва VIII омил гени билан боғлиқ эмас. Касаллик кам учрайди ва клиник кўриниши А гемофилияга ўхшайди. Уларни кўрсаткичларига асосланиб фарқлаш мумкин.

3. Гемофилия С қон ивишининг XI омили-тромбопластиннинг зардобдаги ўтмишдошининг танқислиги билан боғлиқ. Аутосом йўл билан наслдан-наслга ўтади ва шунинг учун иккала жинс ҳам касалланади.

Клиник шакллари:

а) латент-қонашлар йўқ, лекин у асосан катта жароҳатлар, операцияларда кузатилади. XI омил миқдори-30% дан кўп;

б) енгил шакли - қонашлар тез-тез кузатилади;

в) яққол намоён шакли - баъзида бурундан қон оқишлар, гематомалар, жароҳат ва операцияларда узоқ муддатли, кўп миқдорда қонашлар юзага келади.

Виллебранд касаллиги наслий ва орттирилган когулопатиялар гуруҳига мансуб. Касалликни келиб чиқишига фон Виллебранд омили, яъни VIII омил аутосом компоненти синтезининг бузилиши ёки ундаги сифат ўзгаришлари сабаб бўлади. Виллебранд омили томир – тромбоцитар гемостазида катнашади ва асосий антиген бўлиб ҳисобланади. VIII омил комплекс маркери (VIII омил). VIII Виллибранд омили молекула синтези функционал етилмаган бўлиши мумкин. Гемофилия билан касалланганларда VIII, VIII К омилининг коагулянт қисми камаяди, VIII Виллибранд омили меъёрда бўлади. Виллебранд касаллигида эса бу омиларнинг ҳаммаси камаяди (VIII ФВ, VIII К). Шунинг учун ҳам гемофилия билан касалланган бемор конини Виллебранд касаллигига чалинганда беморга VIII омил куйилганда

кон тўхтайти. Ушбу омил эндотелиал хужайралар ва мегакариоцитларда ишлаб чиқарилади ва қонда VIII омил билан бирга айланиб юради ҳамда қуйидаги иккита вазифани ўтайди:

- тромбоцитлар адгезияси;
- VIII омил молекулаларини мўтадиллаштириб, уларни гемостатик пробкалар ҳосил бўлишига йўналтириш.

Касаллик 1926 йилда илк бор Эрик фон Виллебранд томонидан ёзилган ва кенг тарқалган ГД лардан бири бўлиб (ер шари аҳолисининг 1% га яқини) ҳисобланади ҳамда унинг I (кенг тарқалган), II A, II B, II c, ва III турлари фаркланади. Касаллик клиникаси VIII ФВ, VIII К омиллар танқислигига қараб, ҳар хил оғирлик даражаларда кечиши мумкин.

Виллебранд касаллиги энгил геморрагик синдромдан кўп кон кетишгача бўлган белгилар билан намоён бўлиши мумкин. Одатда кон кетишлар эрта болалиқдан бошланиб, хуруж ва ремиссия даврлари такрорланиб туради ҳамда ёш ўтган сари белгилар камайиб боради. Ҳар иккала жинсдаги беморларда бурундан кон кетиш ҳоллари кузатилса, аёлларда ва ўсмир кизларда ҳайз даврида кон келиши кўпаяди.

Касалликнинг унча оғир бўлмаган кечишида терида геморрагик тошмалар ва шиллик пардалардан кон келиши, оғир кечишида тери остига оғир кон қуйилишлар мушак ичи гематомалари ва гемартрозлар кузатилиши мумкин. Шунингдек, беморларда жароҳатлар, тишларни олиш ва жарроҳлик амалиётидан сўнг оғир кон кетишлар юзага келади.

Виллебранд касаллигига чалинган беморларнинг умумий қон (бундан гипохром камқонлик мустасно), сийдик ва биокимё таҳлилларида специфик ўзгаришлар аниқланмайди. Коагулограммада қон кетиш ва қисман фаоллашган тромбопластин вақтини узайганлиги аниқланади. Ихтисослаштирилган лабораторияларда тромбоцитлар агрегацияси ва иммун фермент усули ёрдамида Виллебранд омилини аниқлаш ташхисни аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Орттирилган коагулопатиялар - иккиламчи ҳисобланиб, кўп омилли генезга эга ҳамда аксарият ҳолларда қон ивиш тизимида ҳар хил ўзгаришлар билан намоён бўлади.

1. *К - витаминга боғлиқ омиллар танқислиги*, шу жумладан, антикоагулянтларни нотўғри қўлланилиши II, VII, X, IX омиллар синтезининг яқунловчи қисми ўзгариши билан характерланади. Масалан, жигар тўқимасининг ўзгаришларида (жароҳатларида) К-витамини етишмайди ва у юқоридаги омиллар синтезини эрта бузилишига олиб келади. IX омилнинг етишмаслиги гематома туридаги оғир қонашларга сабаб бўлади. VII омилнинг етишмовчилигида эса аралаш турдаги қонашлар кузатилади; X ва II омилларнинг етишмовчилиги майда қон томирларда қон айланишининг ўзгаришини келтириб чиқаради.

2. *Гепарин ортиқчалиги* – гипокоагуляцияга олиб келади. Бу ўз навбатида, қон зардобидидаги антитромбин III миқдорига тўғри боғланган

бўлиб, клиник жиҳатдан қонашлар тери ичи ва ости қон талашлари (инъекция ва жгут боғланган жойларда), бачадондан қон кетишлар ошқозон-ичак тизимида қонашлар, гематуриялар кўринишида намоён бўлади. Ёки касаллик баъзан ички аъзоларга ҳаёт учун хавфли (мияга, юракга) қон қуйилиши билан кечади.

3. *Коагулопатиялар* - қон ивиш омилларига антитаначаларнинг пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Кўпроқ VIII омилнинг иммун ингибиторлари (гемофилияда, ҳар хил иммун касалликларда, хомиладорлик ва туғиш пайтида, қариликда) учрайди. Касалликнинг клиник кўринишида турли соҳаларда қон қуйилиш белгилари аниқланади. Уларнинг оқибати қон қуйилишнинг ўлчами, чуқурлиги, ички аъзоларнинг жараёнга қўшилиши, давомийлиги, ўз вақтида қўлланилган самарали давога боғлиқ. Шунингдек, V, XIII омилга антитаначаларнинг ҳосил бўлиши билан боғлиқ бўлган ГД ҳам мавжуд.

4. *Томир ичи диссиминерланган синдроми (ТДС)* - қатор майда томирлар ичида қон таначаларининг агрегацияси, тромбозлари ва қонашларига олиб келадиган ивиши ҳисобланади. Ушбу синдром ҳар хил касалликларда юзага келиб, уларнинг кечишини оғирлаштириши мумкин. Касаллик ўткир, сурункали, қайталанувчи кўринишда кечиб, унда 4 босқич фарқланади:

I босқич - гиперкоагуляция ва агрегация қисқа вақт давом этиб, кўп ҳолларда аниқлаш қийин бўлади;

II босқич - гиперкоагуляция - қонда ивиш омилларининг кўп ишлатилиши, уларни издан чиқиши ва парчаланиши;

III босқич - чуқур гипокоагуляция. Бунда қон ивиш омиллари кўплаб сарфланади ва тўсиққа учраб парчаланаяди. Қонда протеолиз сабабли йиғилган моддалар кўпаяди. Компенсатор антикоагуляция механизмлари тугайди (антитромбин III, плазминогенлар), шунинг учун IX а, X а омиллар ва тромбин фаоллиги пасаяди ҳамда ёмонлашади. Гемостазнинг компенсатор механизми ишдан чиқиши босқичида юборилган дори препаратлари тескари таъсир кўрсатиши мумкин (рикошет синдроми). Масалан, фибриногенни парчаланиши гипо ёки афибриногенемияга олиб келади. Айнан шу сабабли бу вақтда қонга фибриноген юбориш тўсатдан гиперкоагуляцияга олиб келиши мумкин. Шу билан бир қаторда, қон зардобиди фибринолиз маҳсулотлари бошқа патологик антикоагулянтларга қараганда кўпроқ миқдорда бўлади. Физиологик антикоагулянтлар III босқичга келиб қамайиб кетади;

IV босқич - қайталанувчи, (қолдиқ тромбозлар, геморрагиялар, микроциркулятор ўзгаришлар, аъзолар дистрофияси) тикланувчи.

Шундай қилиб, ТДС да қоннинг ивиш тизими, тромбоцитлар гемостази, қон ивишига қарши бўлган механизмлар қамайиб (кучсизланиб) қолади ва жараён бошқариб бўлмайдиган ҳолатга келади. Микроциркуляция ўзгаришлари касалликнинг турли хил оғирлашишларига сабаб бўлади. Жумладан, жигар ўпка циркулятор егишмовчилиги, цианоз, ўпка шиши каби ҳолатлар кузатилади. Айрим беморларда учрайдиган ўткир буйрак

етишмовчилиги - буйрак микроциркуляцияси бузилишининг оғир оқибати ҳисобланади. Юқоридагилардан ташқари, микроциркулятор ўзгаришлар церебрал томирларда, буйрак усти безлари ва бошқа аъзоларда ҳам кузатилиши мумкин.

Тромбоцитопениялар

Тромбоцитопениялар кўп ҳолларда тромбоцитларнинг меъеридан кўп миқдорда (соғлом киши тромбоцитлари 7-10 кун, тромбоцитопеник пурпурада эса улар бир неча соат яшайди) нобуд бўлиши билан боғлиқ бўлади. Шунингдек,, тромбоцитопения тромбоцитларнинг кам ҳосил бўлиши ва кўп ишлатилиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин.

Тромбоцитопенияларнинг куйидаги турлари фарқланади:

I. Наслий - тромбоцитлар мембранасида кемтик бўлиши, тромбоцитинлар ишлаб чиқарилиши ва ферментлардаги камчиликлар туфайли келиб чиққан тромбоцитларнинг камлиги;

II. Орттирилган:

а) иммун бўлмаган - тромбоцитларнинг механик шикастланиши, апластик анемиялар, радиацияни сурункали таъсири, метапластик жараёнлар, ТДС, фолат кислотаси ёки В12 танкислигида, тромбоцитларнинг кўп ишлатилиши (тромб ҳосил бўлиши) оқибатида ва бошқаларда пайдо бўлади;

б) иммун - улар орасида кўп учрайдигани аутоиммун тромбоцитопения ҳисобланади.

Шунингдек,, тромбоцитопенияларни симптоматик (турли хил касалликларнинг асорати кўринишида учраб, уларни кечишини оғирлаштириши мумкин) ва идиопатик (тромбоцитопеник пурпура - Верльгоф касаллиги), яъни келиб чиқиш сабаби номаълум бўлган турлари фарқланади.

Иккала ҳолатда ҳам касалликнинг клиник кўриниши бир хил бўлиб, тромбоцитопения натижасида қон талашлар (танада, оёқ-қўлларда, инъекция жойларида) ҳосил бўлади. Ўткир даврида вақтинча тана ҳарорати кўтарилиши ва лимфа безлари катталашиши мумкин. Симптоматик тромбоцитопенияда аксарият ҳолларда жигар ва талок ўлчами катталашади. Касалликнинг тез-тез қайталаниши ва ўткир даврлар билан кечиши постгеморрагик анемия шунингдек,, ретикулоцитозни юзага келтиради. Тромбоцитлар сони сезиларли камайиб, ўлчамлари ўзгариши, лейкоцитлар сони меъерида ёки кўпайиши, қонаш вақти чўзилиши, ивиган қон ретракцияси ўзгариши, илиқда мегакариоцитлар сони кўпайиши мумкин.

Тромбоцитопатиялар

Тромбоцитопатиялар тромбоцитларнинг сифатий камчилиги билан боғлиқ бўлган гемостаз ўзгаришларидир. Улар наслий ва орттирилган бўлиб, қатор касалликларни кечишини оғирлаштиради ва унда қуйидагилар кузатилади:

а) тромбоцитларнинг функционал, морфологик, биокимёвий ўзгаришлари, улар сони меъёрига келгандан сўнг ҳам йўқолмайди;

б) тромбоцитопения даражасига геморрагик синдром манзарасини (чуқур ёки юзаки) мос келмаслиги;

в) тромбоцитларнинг наслий касаллиги тромбоцитопатияларга (айниқса, улар бошқа туғма аномалиялар билан бирга қўшилиб келса) тааллуқлиги.

Иммун тромбоцитопатияларда тромбоцитлар дисфункцияси иккиламчи ҳисобланади. Агар қон пластинкаларининг сони меъёрлашганда сифатий камчилиги йўқолса, унда тромбоцитопатия иккиламчи ҳисобланади. Бу ГДда қонашлар, петехиялар, меноррагиялар, милк ва бурун қонашлари, тиш олдирганда, кесилганда ва шунга ўхшаш бошқа кўринишларда бўлади. Қон мияга, кўз тўр пардасига қуйилиши мумкин. Агар қонашлар тромбоцитларнинг меъерий ёки аҳамиятга эга бўлмаган даражада камайиши шунингдек, кам ўзгарган коагулограмма негизида кузатилса, тромбоцитлар сифатий ўзгарган бўлади.

Гланцман тромбоастенияси – тромбоцитлар агрегациясининг ўзгариши билан боғлиқ бўлган наслий ГД дир. Тромбоцитлардаги камчилик улар қобиғидаги АТФ билан ўзаро таъсирлашиш учун керак бўлган гликопротеидлардан бирининг йўқлиги туфайли юзага келади. Бу касалликда фибриноген ва айрим ферментлар миқдори доимий бўлмайди. Петехиал қонашлар одатда енгил кечса ҳам, баъзан беморларда узок давом этувчи, кўп миқдордаги метрорагиялар, масалан, қон кетишлар кузатилади. Орттирилган тромбоцитопатиялар келиб чиқиши мураккаблиги туфайли клиник манзараси ҳам бир хил кўринишда ўтмайди. Бир беморнинг ўзида ҳар хил вақтда тромбоцитларнинг адгезия, агрегация, коагуляция ва ретракция ҳоссаларининг турли кўринишлари қайд этилади. Тромбоцитларнинг наслий аномалияси каби аниқ ва барқарор функционал кўринишга эга бўлган, дорилар ва токсик воситалар таъсирида юзага келган тромбоцитопатиялар бундан мустасно ҳисобланади.

Геморрагик диатезнинг ташхис қўйиш босқичларида УАВ қуйидагиларга аҳамият бериши лозим:

Қонашлар борлигининг объектив асослари билан биргаликда анамнез ва наслга;

Объектив текширишда геморрагиялар хусусиятига, жумладан:

а) геморрагик тошмалар характериға;

б) кўпроқ қаерларга тошишиға;

в) шиллик қаватларда қонашларнинг мавжудлигиға;

г) ички аъзолар ва бўғимларда қон талаш жойлар борлигиға.

3. Ташхисни аниқлаш учун қуйидаги қўшимча лаборатор текширишлар режасини белгилаш лозим:

- қон ивиш вақтини аниқлаш;
- рекальцификация вақтини аниқлаш;
- протромбин ишлатилишини аниқлаш;
- протромбин индексини аниқлаш;
- протамин сульфатга бўлган толерантликни аниқлаш;
- фибриногенни аниқлаш;
- тромбоцитлар сифати ва сонини аниқлаш;
- қон томир синамаларини (қисим, жгут, банка) аниқлаш.

Рекальцификация ва қон ивиш вақтларини аниқлаш тромбоцитопения ва Виллебранд касаллигини –коагулопатиялардан (қон ивишида ўзгаришлар сўнгисиди кўпроқ кузатилади) фарқлашга ёрдам беради. Тромбоцитопениялар ва Виллебранд касаллигида қонаш вақтининг узайиши, тромбоцитлар сонининг камайиши, нормал рекальцификация ва қон ивиш вақтида мусбат қон томир синамалари кузатилади. Виллебранд касаллигида тромбоцитопениялардан фарқли ўлароқ, тромбоцитлар сони кам ўзгариб, онда-сонда камайиб туради. Қон қуйқаси ретракцияси меъёрида бўлиб қонаш вақти узаяди. Агар тромбоцитлар сонини санашнинг иложи бўлмаса, қон қуйқаси ретракциясининг ҳолати мўлжал бўлиши мумкин. Верльгоф касаллигида ретракция доим нотўғри ўзгарган бўлади. Қон қуйқаси ретракцияси, қонаш вақти ва тромбоцитлар сони меъёрида бўлганда кузатиладиган рекальцификация ва қон ивиш вақтининг узайиши беморда коагулопатия мавжудлигидан дарак беради.

Қон ивишининг қуйидаги бузилишлари фарқланади:

Қон мутлақо ивимаиди ёки унинг ивиши узаяди. Бу қонда фибриногеннинг йўқлиги (дефибринация-фибринолитик синдром) ёки унда бевосита антикоагулянт-гепариннинг кўпайиб кетиши натижасида бўлиши мумкин. Бу шаклларни бир-биридан фарқлаш учун протаминсульфат билан синама ўтказиш лозим. Агар у ивимайдиган қонга қўшилса, қон ивиш ва рекальцификация вақти гепарин ортикча бўлган ҳолларда меъёрига келади. Агар протаминсульфат қон ивиш вақтини тикламаса, демак қон ивишидаги ўзгариш қонда фибриннинг йўқлиги (дефибринация) билан боғлиқ.

Қон ивишида яхши қуйқа ҳосил бўлиш вақти жуда узаяди. Бу гуруҳга гемофилиялар (VIII, IX, XI қон ивиш омиллари) ва хагеман омил танқислиги (XII омил) киради. Протромбин кўрсаткичи меъёрида бўлиб, унга бўлган талабнинг бузилиши буни тасдиқлайди. Бундай беморни тўғри даволаш учун гемофилия турини аниқлаш зарур. Текшириш натижасида қон ивиши меъёрида бўлса, вазопатиялар (Шенлейн-Генох касаллиги) ёки коагулопатияларни яширин шакллари ҳақида фикр юритиш мумкин. Чунки бундай ҳолларда қон ивиши бузилишлари умумий текширишларда ўз аксини топмайди. Геморрагик васкулитларда махсус текширишлар ёрдамида ТДС гиперкоагуляция фазасига ўхшаш ҳолат тасдиқланади.

Агар текширилаётган қон зардобига эски нормал плазма ёки 37° да 2 соат киздирилган нормал зардоб қўшилса, АС-глобулин (V омил), проконвертин

ва Стюарт-Прауэр омиллари (VII ва X) етишмовчилигини аниқлаш мумкин. Агарда плазма ёки зардоб қўшилгандан сўнг қон ивиши меъёрига келса, юқорида қайд этилган омиллар танқислигидан далолат беради.

Ташхис қўйишда юқорида келтирилган ГД клиникасига асосланилади ва уни шакллантиришда касалликнинг лаборатор белгилари, у тегишли бўлган гуруҳ, қонаш тури ва асоратлар борлигини эътиборга олиш лозим. Дастлабки ташхисни аниқлашда УАВ қуйида тавсия этилаётган 2-5 жадвалларга асосланиши мақсадга мувофиқ.

2-жадвал

Қон кетишнинг қиёсий ташхиси

Қонаш тури	Геморрагик диатез мавжудлиги эҳтимоли	Қонаш хавфи юқорилигининг бошқа сабаблари
Спонтан геморрагиялар		
Бурун қонаши	±	Маҳаллий дефект (ринит, киссельбах томирлар тутами дефекти) ёки артериал гипертензия
Милк қонаши	±	Пародонтоз
Меноррагиялар	±	Гениталий полиплари, эрозиялар, ўсмалар
Гематурия	±	Сийдик чиқариш йўлларининг маҳаллий (тошлар, ўсмалар, полиплар) жароҳатлари
Меъда ва ичаклардан қон кетиш	±	Меъда ва ичак тизими шиллик қаватининг ярали зарарланишлари, ўсмалар
Қон тупуриш	±	Ўпка артерияси тромбозмболияси, ўпка раки ёки сили
Шикастланишда кузатиладиган реакциялар		
Петехиялар, экхимозлар	++	Шикастланишга жавобан қонаш хавфи юқори бўлган беморда ГД мавжудлиги, қонаш даражаси ва уни бартараф этишда қўлланилувчи гемостатик воситалар ГД даражасини кўрсатади.
Тери ости гематомалари ("кўкаришлар")	++	
Гемартрозлар	++	

Узоқ вақт ёки кўп миқдорда (кесилганда, жароҳатда) қон кетиши		
Тиш олдиришда		
Тонзиллоэктомияда		
Операция вақтида ёки ундан кейин		
Қиндик қонаши (туғилганда)		

Илова: ± ГД эҳтимоли кам; ++ ГД эҳтимоли мавжуд

3-жадвал

Гемостаз тизимидаги патологияга ҳос қон кетиш характери

Геморрагия тури	Қон кетиш характери Тромбоцитлар темир дефекти	Плазма компоненти дефекти
Юзаки жароҳатлар оқибатида қон кетиш	Тез-тез, кўп миқдорда ва узоқ муддат	Онда-сонда, яққол намоён бўлмайди
Тўсатдан кўкаришлар ва гематомалар	Қатта бўлмаган ва юзаки кўп сонли бўлиши мумкин	Қатта ва чуқур, кўпроқ чегараланган
Тери ва шиллик қават пурпураси	Тез-тез такрорланади	Қам ҳолларда кузатилади
Бўғимларда қон куйилиши	Қам учрайди	Кўп кузатилади
Чуқур жароҳатлар, тиш олдириш ва шунга ўхшаш ҳолатларда қон кетиш	Кўпинча тўсатдан бошланади ва маҳаллий воситалар таъсирида тез тўхтайд	Кечроқ намоён бўлади, маҳаллий гемостатик воситалар таъсирида деярли тўхтамайди
Кўп намоён бўлувчи ҳолатлар	Пурпура, экхимоз ва меноррагиялар, меъда-ичаклардан қон кетиши	Чуқур қон куйилишлар (сабабсиз ёки шикастланиш-дан кейин), кўпроқ бўғим ларга ва мускуллар орасига, жароҳатдан кейин анча вақт ўтган, узоқ муддатли

**Геморрагияларнинг бошқа белгилар билан
кузатилишининг ташхис қўйишдаги аҳамияти**

Геморрагик диатезлар билан бирга кузатиладиган клиник белгилар	Эҳтимоли юқори бўлган ташхис
Тери ва шиллик қаватларда тарқалган геморрагиялар+ иситмалаш.	Сепсис, ўткир промиелоцитар лейкоз
Якқол, некрозгача бўлган тери геморрагиялари + иситмалаш + артериал гипертензия.	Яширин кечувчи пурпура
Тери ва шиллик қаватларнинг тарқалган геморрагияси	Тромботик тромбоцитопеник пурпура
Тери геморрагиялари + гемолитик анемия ўткир буйрак етишмовчилиги	Гемолитик-уремик (Гассер)
Тери пурпураси (полиморф, симметрик)	Шенлейн-Генох касаллиги
Тери ва шиллик қаватлар геморрагияси- гемолитик анемия	Фишер-Эван синдроми
Тери ва шиллик қаватлар геморрагияси	Тромбоцитемия

**Айрим патологик ҳолатларда кўп учрайдиган
геморрагияларнинг асосий сабаблари**

Патологиялар	Қон кетишга мойилликнинг сабаблари
Ўсмалар	ТДС, тромбоцитопения (суяк илигида метастаз), ўсмани томирларга ўсиб кириши
Юқумли касалликлар	ТДС, тромбоцитопения (суяк илиги фаолиятини пасайиши тромбоцитларнинг аутоиммун зарарла- ниши)
Ўткир лейкоз	ТДС, тромбоцитопения (суяк кўмигининг зарар- ланиши)
Шок ҳолати	ТДС
Экстракорпорал қон ай- ланиши ва оксигенация- дан кейинги ҳолат	Тромбоцитопения (диализ мембраналарида тром- боцитларнинг ўтириб қолиши)

Дориларга бўлган ножўя реакция	Васкулитлар (ўта сезувчанлик), тромбоцитопения (суяк илиги фаолиятини пасайиши, иммун механизмлар томонидан тромбоцитларнинг кўп емирилиши), тромбоцитопатия
Сурункали алкоголизм	Тромбоцитопения
Жигар хужайралари етишмовчилиги билан кечувчи касалликлари	Гепатоцитларда қоп ивиш омиллари синтезининг пасайиши тромбоцитопения (гиперспленизмда)
Обтурацион сариқлик	Витамин К танқислиги туфайли протромбин комплекси (II, VII, IX, X) омиллари синтезининг пасайиши
Сурункали миелопролифератив синдром (Вакез касаллиги, сурункали миелолейкоз)	Тромбоцитемия
Миелом касаллиги	Томирларнинг зарарланиши, тромбоцитопатия, тромбоцитопения
Вальденстром макроглобулинемияси	Томирларнинг зарарланиши, тромбоцитопатия, тромбоцитопения
Криоглобулинемия	Томирларнинг зарарланиши, тромбоцитопатия, тромбоцитопения
Амилоидоз	Томирларнинг зарарланиши, тромбоцитопатия, тромбоцитопения
Гипотироз	Тромбоцитопения (суяк илиги гипоплазияси)
Уремия	Тромбоцитопения (суяк илиги гипоплазияси), тромбоцитопатия
Гемотрансфузиялар	Иммун аллергия реакция оқибатида тромбоцитопения, тромбоцит сакламайдиган “эски” кон трансфузияси, ТДС
Коллагенозлар (тизмли кизил волчанка, ревматоид артрит, дерматомнозит ва бошқалар)	Тромбоцитопения (иммун механизмлар томонидан тромбоцитларнинг кўп емирилиши), ингибитор (қайсидир ивиш омилга қарши антитанача ишлаб чиқилиши), васкулит

Геморрагик диатез клиник ташхиси кўп қисмли бўлиб, ўз ичига касалликнинг нозологияси, шакли, оғирлик даражаси, кечиши ва асоратларини олиши лозим.

Геморрагик диатезларда умумий амалиёт врачининг тактикаси

ГДга чалинган беморлар ихтисослаштирилган гематология бўлимларида даволанишлари ва кузатувда бўлишлари шарт. Шунингдек, улар тегишли ҳудуд УАВ томонидан мунтазам назорат қилинадилар. Беморда ГД шубҳа қилинганда, уни зудлик билан энг яқин гематология бўлимига юбориш ва гематологни чақириш лозим. Муолажалар гематолог томонидан ўтказилса ҳам, УАВ қуйидагиларни билиши керак:

- коагулопатияларни даволаш учун ўрин босувчи терапия, яъни бемор қонига уни ивиши омилига эга бўлмаган гемопрепаратларни юбориш;
- жигар циррози, буйрак касалликлари сабабли келиб чиққан орттирилган диспротромбияларда қон қуйиш билан бир қаторда, витамин К ёрдамида муолажалар ўтказиш.

Тромбоцитопенияларни даволашда гармонлар қўлланилади ва оғир ҳолларда спленэктомия ўтказилади. Иммуно бўлмаган тромбоцитопенияларда тромбоцитар масса қуйиш мумкин. Афибриногенемия ва ўткир фибринолитик синдромларда тезкор жарроҳлик амалиёти қўллаш, гармонотерапия, томирга фибриноген суяқликлари ва эпсилон-аминокапрон кислотаси, трасилол, контрикал, гордокс юбориш керак.

Геморрагик васкулитда (Шенляйи-Генох касаллиги) гиперкоагуляция ва микротромбозларни ҳисобга олган ҳолда кичик дозаларда гепарин ва бошқа дезагрегация воситаларини буюриш мақсадга мувофиқ.

Гепаринотерапия врач назоратида олиб борилиши лозим. Бунинг учун антикоагулянтли ва икки паракоагуляцияли-этанол ва протамин сульфатли синама ўтказилади. Улар бемор қонида фибрин мономерли комплексларни холи бўлганидан далolat беради. Қонашларнинг кўп турларида қон томир деворларини муътаҳамловчи (фақат протромбин комплекси омилига таъсир қилмайдиган, аммо фибрин қон тўпламларининг ҳосил бўлишига таъсир қилувчи) ва уларни эластик, зич ва компакт қилувчи витамин Кни қўллаш фойдалидир. Эпсилон-аминокапрон кислотаси фибринолизни тўхтатиш мақсадида қўлланилади.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Геморрагик васкулит, аралаш шакли, фаол босқич, оғир кечиши, сурункали рецидивловчи кечиши.

Асорати: ўнг болдир трофик яраси, сурункали буйрак етишмовчилиги I даража.

Ёндош: сурункали тонзиллит.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Балуда В.П., Балуда М.В., Деянов И.И. Тлепшуков И.К. Физиология системы гемостаза. М.; 1995.
2. Баркаган З.С. Введение в клиническую гемостазиологию. М.: Ньюдиамед; 1998.
3. Баркаган З.С. Патология системы гемостаза. В кн.: Патологическая физиология. Под ред. В.В.Новицкого. Глава 13.5. Томск; 2001.
4. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед; 2001.
5. Баркаган З.С., Момот А.П., Бишевский К.М., Мамаев А.Н. Определение и оценка участия клеточных мембран в процессе свертывания крови. В кн.: Актуальные вопросы службы крови и трансфузиологии. СПб.: 1995.
6. Баркаган Л.З. Нарушения гемостаза у детей. М.: Медицина, 1993.
7. Бышевский А.Ш., Зубаиров Д.М., Терсенов О.А. Тромбопластин. Новосибирск: Изд. – во Новосибирского университета, 1993.
8. Зубаиров Д.М. Молекулярные основы свертывания крови и тромбообразования. Казань: Фэн; 2000.
9. Кузник Б.И., Баркаган З.С. Современные представления о процессе свертывания крови, фибринолизе и действии естественных антикоагулянтов. Гематология и трансфузиология 1991; 11: 22-25.
10. Мамаев А.Н. Прокоагулянтная активность плазменных фосфолипидных мембран при тромбофилиях. Автореф. дис. канд. мед. наук. Барнаул, 1997.
11. Andrews B S., Rehmelulla A., Fowler B.J. et al. Conservation of tissue factor sequence among three mammalian species. Gene 1991; 98: 265-269.
12. Bauer K.A., Rosenberg R.D. Activation markers of coagulation. In: Baillieres's Clinical Haematology. Thrombophilia. – Ed. by T.W. Meade, 1994: 523-540
13. Bajzar L., Manuel R., Nesheim M.E. Purification and characterization of TAFI, a thrombin-activable fibrinolysis inhibitors. J.Biol. Chem. 1995: 270 14477-14484.
14. Boneu B. Bes G., Pelzer H. et al. D-dimers, thrombin-antithrombin III complexes and prothrombin fragments 1+2 diagnostic value in clinically suspected deep vein thrombosis. Thromb. Haemost. 1991; 65: 28-31.
15. Brummel K.E., Jenny N.S., Mann K.G. Molecular and cellular hemostasis and fibrinolysis. In: PanVascular Medicine. Eds: P.Lancer, E.J.Topol. – Springer Ver., Berlin – Heidelberg. –N.Y., 2002, part 18: 287-318.
16. Campbell G.R., Efendy J.L., Campbell J.H. Vascular smooth muscle cells. In: PanVascular Medicine. / Eds: P. Lancer, E.J. Topol - Springer Ver., Berlin -Heidelberg –N.Y., 2002, part 12: 205-216.
17. Colten D. The plasminogen (fibrinolytic) system. Thromb. Haemost. 1999; 82(2): 259-270
18. Davie E.W., Fujikawa K., Kisiel W. The coagulation cascade: initiation, maintenance, and regulation. Biochemistry 1991; 30: 10363-10370.
19. Dempfle C.-E. The use of soluble fibrin in evaluating the acute and chronic hypercoagulable state. Thromb. Haemost. 1999; 82(2): 673-683.
20. Esmon C.T. The roles of protein C and thrombomodulin in the regulation of blood coagulation. J.Biol. Chem. 1989: 264: 4743-4746.

ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

Тери – табиат томонидан юқори аниқликда яратилган, инсон танасини тухум қобигига ўхшаб ўраб турувчи тузилма ва шу сабабли ҳар бир инсонда уни алоҳида синчковлик билан ўрганиш лозим.

У.Хогарт

Барча мутахассислар ва биринчи навбатда, УАВ ўз меҳнат фаолиятида беморлар терисидаги патологик ўзгаришлар билан тўкнашади. Одатда ундаги ўзгаришлар кутилмаганда аниқланади ёки беморнинг асосий шикоятлари бўлиши мумкин. Уларни тўғри баҳолаш ва зарур чора-тадбирларни кўриш учун шифокор тери анатомияси ва физиологияси тўғрисида қисқача тушунчага эга бўлиши зарурлигини эътиборга олиб, қуйида биз унга қисқача тўхталиб ўтамиз.

Инсон териси 3 қаватдан - эпидермис, ўрта - асл тери қавати ва тери ости ёғ қаватларидан таркиб топган.

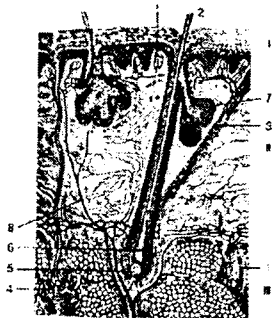
Эпидермиснинг ўзи базал, тикансимон, донадор, ялтирок ва мугуз қаватлардан иборат. Терининг устки мугуз қавати чуқур жойлашган базал ҳужайралардан шаклланади ва унда жуда кўп нерв толалари мавжуд. Бу қават иссиқ-совуқ ва ташқи муҳитнинг барча таъсирларига анча чидамли, агар у шикастланмаган бўлса, касаллик кўзгатувчисини ўтказмайди.

Асл тери қавати - сўргичли ва тўрсимон қисмларга бўлинади. Унда коллаген, эластик ва ретикуляр толалар мавжуд бўлиб, терининг асосини ҳосил қилади. Тери ости ёғ қавати тананинг турли жойларида ҳар хил қалинликда бўлади: қорин, думба, қўл қафтларида яхши, қулок супраси, лабларнинг қизил ҳошиясида жуда суст ривожланган. Семиз кишиларда тери кам ҳаракатли, озгин одамларда эса енгил силжийди. Тери ости тўқималарида ёғ захиралари ҳосил бўлади ва улар касаллик вақтида ёки бошқа ҳолларда сарфланади. 1-расмда терининг тузилиши катталаштирилиб келтирилган.

1-расм. Терининг тузилиши. I - эпидермис; II - асл тери; III - тери ости ёғ тўқимаси. 1 - нерв рецепторлари; 2 - соч; 3 - сочни кўтарувчи мушак; 4 - тер бези; 5 - соч сўргичи; 6 - соч пиезчаси; 7 - ёғ бези; 8 - қон томирлари.

Тери ости тўқимаси организмни лат ёйишдан, совуқдан ҳимоя қилади. Асл тери ва тери ости тўқимасида қон ва лимфа томирлар, нерв охирилари, соч фолликулалари, тер ва ёғ безлари, мушаклар жойлашган.

Артерия томирлари терида юзаки ва чуқур тармоқни ҳосил қилади. Биринчиси унинг



сўрғичлари асоси даражасида, иккинчиси хусусий тери ва тери ости тўқимасининг чегарасида жойлашган. Юзаки артерия тармоқлари чуқурлари билан боғланган. Эпидермис хужайралари асл теридан келаётган лимфа билан таъминланади. Терида жуда кўп нерв охирилари мавжуд.

Тер безлари. Кўл ва оёқ кафтида, пешона терисида жуда кўп миқдорда бўлади, лекин лабларнинг қизил хошиясида бўлмайди. Тер ажралиши терморегуляцияда муҳим роль ўйнайди ва ҳар қандай ҳароратда ҳам узлуксиз содир бўлади. Ҳавонинг ўртача ҳароратида инсон ҳар куни 80 мл атрофида тер чиқаради. Агар атрофдаги ҳаво ҳарорати тананикига тенг ёки ундан баланд бўлса, ажралаётган тернинг миқдори сезиларли даражада кўпаяди. Кучли жисмоний иш вақтида тер ажралиши 6-10 литргача кўпаяди ва унга ҳаво намлиги сезиларли таъсир қилади. У қанча юқори бўлса, тер шунча кўп ажралади. Ҳаво ўтказмайдиган кийим тер ажралишини кучайтириб, тананинг хаддан ташқари исиб кетишига олиб келиши мумкин.

Теридаги ёғ безлари асосан сочлар билан боғлиқ бўлиб, унинг фолликулаларида бир нечтадан мавжуд. Безларнинг йўллари соч фолликулалари юқори кенгайган қисми - воронкасимон косага очилади. У терини мойлаш учун хизмат қилиб, ёрилишдан ва қуришдан сақлайди. Бирок ёғнинг хаддан ташқари кўп ажралиши (масалан, бошнинг сочли қисмида) себорея (кепак) ривожланишига олиб келиши мумкин. Ёғ безлари фаолияти бузилиши турли хил касалликлар - себорея, шиш пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Терининг вазифалари. Тери яхлит организмнинг аното-физиологик қисми бўлиб, жуда кўп хилма-хил вазифаларни бажаради. Улардан энг муҳимлари - организмни атроф-муҳитнинг (лат ейиш, чўзилиш, босим, йиртилиш) ва радиациянинг (инфракизил ва ультрабинафша нурлар) зарарли таъсирларидан сақлайди.

Шикастланмаган тери бактерицид хусусиятларга эга, бу организмни микроорганизмлар киришидан ҳимоя қилади. Тери нафас олиш функциясини бажаради - карбонат ангидрид газини ажратади ва кислородни ютади, нагигада газ алмашинуви содир бўлади (организмни бутун газ алмашинувининг 2% ни ташкил қилади).

Тери рангининг ўзгариши кўпроқ цианоз кўринишида намоён бўлиб, тери ва шиллиқ қаватларнинг кўкимтир рангга кириши ҳисобланади. Цианоз қонда кислород миқдорининг камайишидан вужудга келади: кислород билан бирикмаган гемоглабин тўқ рангда бўлади. У аксарият ҳолларда қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, юракдан узокда жойлашган тананинг айрим қисмларида кўпроқ кузатилади. Нафас этишмовчилиги оқибатида пайдо бўладиган цианоз ўпка касалликлари (зотилжам, плеврит, пневмосклероз) сабабли вужудга келади. Яққол кўзга ташланадиган цианоз тугма юрак нуқсонларида кузатилиб, веноз қоннинг бир қисмини ўпкага тушмасдан артериялар тизимига аралашиб кетиши туфайли юзага келади. Тана ёки оёқ-қўлларнинг маълум бир қисмида қон томирларнинг торайиши

ёки тикилиб қолиши туфайли ҳам баъзан цианоз пайдо бўлади. Айрим захарланишларда (захарлар таъсирида қондаги гемоглабин тўқ рангдаги метгемоглабинга айланади) ҳам тери кўкимтир тусга киради.

Қорайиш - одам терисининг қуёш нури ёки сунъий манбалар (симобли кварц лампалари) таъсирида қорамтир тус олиши, баданнинг тобланиши; бунда ультрабинафша нурлар таъсирида терининг мугуз қаватида меланин пигменти тўпланadi ва тери қорамтир тусга киради. Қорайиш киши организмнинг химоя реакцияси бўлиб, ультрабинафша нурлар таъсирида терининг базал қават ҳужайралари яхши ўсади, мугуз қават қалинлашади, натижада ультрабинафша нурларини терининг ички қаватларига ўтказмайди, ҳужайраларни нобуд бўлишидан ва қуёш нури таъсиридан қуйиш ёки офтоб уришидан сақлайди. Терлаш кишини офтоб уришидан химоя қилувчи омилларидан ҳисобланиб, киши терлаганда уроканин кислота ультрабинафша нурларини кўп ютади, натижада организм қуёш нури таъсиридан сақланиб қолади. Қорайиш ҳамма учун ҳам фойдали деб бўлмайди. Кекса кишилар, икки ёшгача бўлган болалар, ҳомиладор аёллар, шунингдек, ўпка сили, юрак томир касаллиги, невротения, ТҚВ касаллиги билан ўғриган беморлар қуёш нурида тобланмаганлари маъқул.

Тери қичиши ҳашаротлар чақиши, қичитқи ўт таъсирида, баъзи тери касалликлари (экзема, нейродермит, қичима) да, аллергия ҳолатларда (айрим овқат маҳсулотлари ёки дориларни кўтара олмаслик) да юзага келади. Тери қичиши меъда-ичак тизими, жигар, буйрак касалликлари, қандли диабет, подаграга ҳамроҳ бўлиб, турли хил асаб ва рухий ҳамда қон тизимининг баъзи касалликлари (лимфагранулематоз, лимфосаркома ва бошқалар) да қайд қилинади.

Тери қичиши тарқалган (бутун тери бўйлаб) ёки тананинг чекланган жойларида кузатилиши мумкин. Масалан, орқа чиқарув тешиги атрофида қичишиш - бавосил, гижжа инвазияси, тўғри ичак яллиғланиши (айникса, бунда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаганда) кузатилади; аёлларда жинсий аъзолар соҳасида қичишиш уларнинг яллиғланиши ва климакс даврида бўлади. Болаларда орқа чиқарув тешиги ва жинсий аъзолар соҳаси қичиши гижжа инвазиясининг белгиси ҳисобланади. Баъзида қичишиш ўта салбий таъсир кўрсатиб, қашлаш вақтида терининг йирингли касалликлари юзага келиши мумкин.

Ҳашаротлар (чивин, майда пашша, бурга) чақиши натижасида пайдо бўлган қичишишда терини спирт эритмалари (арок, салицил спирти, календуланинг спиртли эритмаси) ёки ичимлик содасининг сувли эритмаси (1 стакан сувга 1 чой қошиқ) билан артиш тавсия қилинади. Чақилган жойларни петрушка баргларининг шарбати билан артиш ёки кўк пиёз (ёки баргизуб барглари)дан тайёрланган аралашмани қўйиш мумкин. Бу қичишишни камайтиради.

Тери тошмалари ҳақида тушунча

Тери касалликларида, асаб тизими фаолияти, витамин, гармон, оксил, сув, туз алмашинуви бузилганда, терида турли морфологик элементлар пайдо бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда улар терининг чекланган жойларини эгаллаб, ичкарига тарқалмайди ва из қолдирмасдан тез ўтиб кетади, баъзида эса бутун тана терисини шикастлаб, сурункали тарзда кечади. Тери ва шиллик қаватлардаги тошмалар турли хил дорилар қабул қилиш натижасида ҳам (антибиотиклар, кортикостероидлар, сульфаниламид препаратлар, лосьон, кремлар ва бошқалар) пайдо бўлиши мумкин. Тери тошмалари бирламчи ва иккиламчи элементларга бўлинади ва уларга қуйида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Бирламчи элементлар

Доғ (*macula*) - терининг чегараланган ранг ўзгариши бўлиб, у тери сатҳидан кўтарилиб турмайди ва пайпасланганда сезилмайди. Доғ келиб чиқиш сабабларига қараб, қон томирли, пигментли, сунъий турларга ва яллиғланган ҳамда яллиғланмаган доғларга ажратилади.

Қон томирга алоқадор доғлар - уларнинг вақтинча рефлектор кенгайиши, яллиғланиши ёки уни жароҳати ҳисобига кузатилади. Яллиғланишли қон томирли доғларга розеола ва эритема киради. Розеола ўлчами 1 сантиметргача (эритема эса 1 см дан каттарок), қон томирларини вақтинча кенгайиши натижасида пайдо бўлган, пушти-қизил рангли доғ. Уни буюм ойнаси билан босиб кўрилса (диаскопия) йўқолади, босим йўқотилса - қайтадан пайдо бўлади ва субъектив ачишиш, қичишиш, кам ҳолларда эса оғриқ безовта этиши мумкин. Кейинчалик устки қисми кепакланиб ёки бирдан йўқолиб кетади. Бу тошмалар дерматит, захмнинг иккиламчи даврида ва бошқа касалликларда учрайди.

Яллиғланишсиз доғларга қон томирларни патологик кенгайиши, жароҳати ёки ўтказувчанлигининг ўзгариши натижасида пайдо бўлган доғлардан ташқари, пигментли ва сунъий доғлар киради. Қон томирлар ўтказувчанлигининг ортиши ёки томирлар жароҳати оқибатида пайдо бўлувчи доғлар - геморрагик доғлар деб аталадилар ва улар диаскопияда йўқолмайди ва вақт ўтгач рангги ўзгариб боради. Тўғри чизикли геморрагик доғлар катталигига қараб - петехия, пурпура, экхимоз ва қон тўплами деб аталади.

Пигментли доғлар – тери хужайраларида пигмент меланин йўқолиши (депигментация ёки витилиго), камайиши (гипопигментация) ёки кўпайиши (гиперпигментация) натижасида пайдо бўлади. Сунъий доғлар - тери орасига биронта бўёк ёки кимёвий моддаларни кириб қолиши натижасида пайдо бўлади. Сунъий доғлар кўпинча турли касб эгаларида юзага келади ва «стигма», яъни касбий белги деб ҳисобланади.

Тугунча (*papula*) – бирламчи, пролифератив, бўшликсиз, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, катталиги 1 см.гача бўлган юза элемент бўлиб,

эпидермис ва дерманинг юза қисмида рўй берадиган патологик ўзгаришлар натижасида пайдо бўлади. Вақт ўтиб ўзгариб, сўрилиб кетади ва ўрнида доғ қолади. Тугунча кипикли темиртки (псориаз), қизил ясси темиртки ва захмнинг иккиламчи даврида учрайди.

Дўмбоқча (*tuberculum*) – бирламчи, пролифератив, бўшлиқсиз, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, катталиги 1 см.гача бўлган, чуқур элемент бўлиб, дерма қаватида патологик ўзгаришлар натижасида пайдо бўлади. Дўмбоқча кейинроқ некрозга учраб, яраланади ва ниҳоят яра чандиқ ҳосил қилиб битади. Айрим ҳолларда дўмбоқча сўрилиб, ўрнида атрофик чандиқ ҳосил қилади. Дўмбоқча тери сили (туберкулез), мохов (лепра), ёмон жароҳат (лейшманиоз) ва захмнинг учламчи даврида учрайди.

Тугун (*nodus*) – бирламчи, пролифератив, бўшлиқсиз, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, катталиги 1 см.дан то тухумдай, чуқур элемент бўлиб, дерма ва тери ости ёғ қаватида ҳосил бўлиб ўсади. Кейинчалик тугун сўрилиб, атрофик чандиқ ёки яраланиб чандиқ ҳосил қилиб битади. Тугун тери сили, мохов, ёмон жароҳат ва захмнинг учламчи даврида учрайди.

Пуфакча (*vesicula*) – бирламчи, экссудатив, бўшлиқли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, бўшлиғида сероз суюқлик ёки қон сакловчи, катталиги 1 см гача бўлган юза элемент. Пуфакчанинг томи, туби ва уларни орасида суюқлик билан тўлган бўшлиқ тафовут этилади. Кейинчалик пуфакча қуриб, қоқоқ ҳосил қилиши ёки ёрилиб эрозия ва кейин қоқоқ ҳосил қилиши мумкин ва вақтинчалик пигментли доғ ҳосил қилиб йўқолади. Пуфакча ҳар хил учук касалликларида (герпес) учрайди.

Пуфак (*bulla*) – бирламчи экссудатив, бўшлиқли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, ўлчамлари 1 см дан катта бўлган, юза элемент. *Пуфак* - пуфакчадан фақат катталиги билан ажралиб туради. Пуфак сероз суюқлик саклаб, ўзидан сўнг қалок, эрозия ва пигментли доғ ҳосил қилади. Бу тошма дерматитларда ва пўрсилдоқ яра касалликларида учрайди.

Йирингча (*pustula*) – бирламчи, экссудатив, бўшлиқли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, бўшлиғида йиринг суюқлик сакловчи юза ёки чуқур элемент бўлиши мумкин. Йирингча соч фолликули атрофида ёки эпидермиснинг юзаки ва чуқур дерма қаватларида жойлашиб, кейинчалик ёрилиб, ўз ўрнида эрозия ёки яра, қалок, пигментли доғ ёки чандиқ қолдириши мумкин. Бу тошма терининг йирингли касалликларида ва иккиламчи захмда учрайди.

Бўртма ёки қаварчиқ (*urtica*) – бирламчи экссудатив, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, бўшлиқсиз, тез пайдо бўлиб, тез ўтиб кетадиган ҳужайралар ичидаги шиш ҳисобига вужудга келади. Ўрнида асорат қолдирмайди ва эшак еми касаллигида, ҳашоратлар чаққанда учрайди.

Иккиламчи морфологик элементлар

Иккиламчи доғ – пигментли доғ (*pigmentatio, depigmentatio*) барча бирламчи тошмалардан кейин улар ўрнида пайдо бўлиши мумкин. Пигментли доғ терини, меланин пигментини вақтинча бирор соҳада тўпланиши, йўқолиши ёки камайиши ҳисобига пайдо бўлади. Пигментли доғлар терининг асл рангига нисбатан тўқ (гиперпигментация) ёки оқрок (гипопигментация), айрим ҳолларда эса унинг бир қисмида умуман пигмент йўқолади - бу витилиго ёки депигментация дейилади.

Кепакланиш [қипиқланиш] (*Squama*). Терининг мугуз қавати хужайраларининг ривожланиш натижасида пўст ташлаб, ажралиб кетиши физиологик ҳодисадир. Баъзи бир касалликларда меъёридан ортиқ кепакланиш ёки қипиқланиш ҳолати учрайди. Кепаклар турли рангда ва ўлчамларда бўлиб, шу белгиларига асосан: унсимон, кепаксимон, пластинкасимон кепакланишлар фаркланади ва кепакларнинг йирик пластинкасимон кўчиши эксфолиатив кепакланиш деб аталади. Кепаклар ҳам бирламчи ривожланиши мумкин: қазғоқланиш, юмшоқ лейкоплакияда, эксфолиатив хейлитда паракерототик кепаклар юзага келади. Ихтиозда эса гиперкератотик кепаклар ҳосил бўлади.

Эрозия, шилиниш (*erosio*) - тери, шиллиқ пардалар ёки лаб қизил хошиясининг юза, эпидермисдаги юзаки дефекти ҳисобланиб, шу сабабли улар исзиз битадилар. Эрозия бирламчи бўшликли элементлар: пуфак, пуфакча ва йирингчалар томир ёрилиши натижасида ҳосил бўлади.

Яра (*ulcus*) - терининг чуқур дефекти бўлиб, унинг туби дерма ёки гиподермада жойлашади. Шунинг учун яра доимо чандик ҳосил қилиб битади. Яралар асосан дўмбоқча, тугун ёки чуқур йирингчадан кейин юзага келади. Унинг четлари ва туби тафовут этилади. Яра ўлчамлари, шакли, чуқурлиги, четларининг кўриниши ва туби ҳар хил бўлиб, турли дерматозларда ўзига хос кўринишга эга бўлади. Агар якка жойлашиб, бир-бирига кўшилмаган дўмбоқча яраланса, диаметри 0,5 см гача бўлган яра ҳосил бўлади. Тугун яраланса, бир мунча катта ва чуқур яра ҳосил бўлади. Яра четлари уйилган, тубига осилган, товоксимон кўринишга эга бўлиши мумкин. Яра туби ва четлари юмшоқ ёки зич консистенцияли, туби йирингли, некротик, йиринг-қон аралаш масса ва сўрғичсимон грануляция билан қопланган, осон жароҳатланиб, қоновчи бўлиши мумкин. Чуқур яралар баъзан суяккача бориб, уни жароҳатлайди. Ярани кўздан кечирганда, нафақат унинг шакли ва ўлчамлари, балки тубига ҳам эътибор бериш керак. Яра четларида кўп ҳолларда патологик жараён колдиқлари, унинг тубида характерли ажратмаларнинг бўлиши, ярага олиб келган жараён ҳақида маълумот бериши мумкин.

Ёриқ (*fissura, ragades*) - тери қуриб, эластиклигининг йўқолиши ҳисобига юзага келадиган тери бутунлиги бузилиши. Ёриқлар тўғри чизикли бўлиб, кўп ҳолларда терининг чўзилувчи соҳаларида: бурмалар,

оғиз бурчакларида учрайди. Агар ёриқ етарли даражада чуқур бўлиб, дерма ҳатто гиподермани ҳам жароҳатласа, кучли оғриб, юзаси қонли қалок билан қопланади, битгач эса, чандик ҳосил бўлади. Юза ёриқлар эпидермис соҳасидагина кузатилиб, қалокланмайди ва чандиксиз битади.

Қалок (*crusta*) - пуфакча, пуфак, йирингчалар ичидаги экссудатлар қуришидан ёки эрозия, яралар юзасидаги ажралма қуриши натижасида кузатилади. Шу сабабли қалоклар сероз, қонли, йирингли бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб турадилар. Янги ҳосил бўлган қалоклар юмшоқ бўлиб, осон кўчади, улар остида эрозия ёки яралар кузатилади. Узоқ сақланган қалоклар қалин, қаттик бўлиб, остидаги тўқимага зич ёпишган бўлади. Қалок ранги экссудат характериға боғлиқ, агар сероз экссудатдан ҳосил бўлган бўлса, кўнғир - сарғиш қалок, сероз - йирингли, ажратмадан эса сарғиш-кўкимтир қалок, йирингли экссудатдан эса кир-кўнғир ёки кўкимтир қалок, геморагик ажратмадан эса қора қонли қалок вужудга келади. Қалоклар қалинлиги турли хил бўлиб, кўп ҳолларда теридаги жараёнға ҳамда унинг қачон ҳосил бўлганиға боғлиқ. Бир-бириға ёпишган, натижада қалинлашиб, теридан кўтарилиб турувчи қалоклар - рупия деб аталади. Қалок кўриниши, ранги, ўлчамига қараб, уни қайси бирламчи элементлардан ҳосил бўлган эканлигини аниқлаш мумкин. Қалокдан ташқари, кепакли қалоклар ҳам тафовут этилади ва улар эпидермис сероз экссудатини шимиб, бир-бириға ёпишган қалоклардир. Қалоклардан фарқли ўларок, кепакли қалоклар синмайди ва майдаланмайди.

Чандик (*cicatrix*) - дерма, гиподерманинڭ чуқур жароҳатланиши натижасида ҳамда яранинڭ битиши оқибатида ҳосил бўлган янги тўқимадир. Чандик асосан коллаген толалардан таркиб топади. Чандик юзасидаги тери одатда текис, ялтироқ бўлиб, тери расми ва соч фолликулалари бўлмайди. Янги чандиклар ранги оч-пушти, кейинчалик оқаради ва айрим ҳолларда чандиклар гиперпигментли бўлади. Айрим касалликлардан сўнڭ чандик юзалари қатлам, ғадир-будир, чўтир-чўтир, сўрғичсимон, айримлари -чўнтаксимон кўринишға эға. Чандик ўлчамлари ва шакли ҳар хил бўлади. Атрофик чандиклар одатда тери сатҳидан чўккан, юмшоқ консистенцияли, юпка. Айрим ҳолларда дағал, зич консистенцияли. қалин бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб туради ва гипертрофик ёки келоид чандик деб аталади. Агар чандик ярасиз пайдо бўлса, уни чандикли атрофия (чандикли юпка тери) деб аталади ва уни остидаги томирлар кўриниб, осон бурмага йиғилади ва ғижимланган папирос қоғозини эслатади. Турли касалликларда турли кўриниш ва шаклдаги чандиклар кузатилади: юлдузсимон, тамғасимон, мозаикасимон, кўприксимон, чўнтаксимон, келоид - гипертрофик, атрофия турлари тафовут этилади.

Вегетация (*vegetatio*) – кўпайиб тарқалиш маъносини англатади. Эпидермисни тиканаксимон қаватининڭ қалинлашиши ва дерманинڭ сўрғичсимон қаватини ўсиб кетиши билан кечади. Вегетация кўриниши хўроз тожисини ёки гул карамини эслатади, юмшоқ консистенцияли, юзаси қурук, кўнғир тусда, айрим ҳолларда эрозияланади, қизғиш тусда бўлиб,

сероз, сероз-йирингли экссудат ажратади. Вегетация кўпинча шилиниш, яра ёки тугунчалар юзасида ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда бирламчи тошма ҳам бўлиши мумкин (ўткир учли кандиломалар).

Лихенизация (lichenificatio) – терини куруклашиб, зичланиб дағалланиши, эпидермис ва терининг сўргичсимон қаватида кучли инфильтрация ва акантоз ҳисобига кузатилади. Тери расми кучаяди. Бундай тери турғун гиперемияли, зич бўлиб, юзаси кепакланади. Лихенизация одатда майда тугунчалар кўшилиши, сурункали яллиғланган инфилтрат ва кучли қичима билан кечади, нейродермит ҳамда бошқа сурункали тери касалликларида учрайди.

Чақа - қашима излари, шилиниш, тирналиш (excoriatio) чизиксимон тери дефекти ҳисобланиб, (кўпинча терининг юза дефекти), асосан қашланиш, тирналиш, шилиниш натижасида пайдо бўлади. Агар дефект эпидермисни юқори қисмидагина бўлса – тўғри чизикли кепакланувчи йўл-йўл кўриниш юзага келади. Кучли қичишиш оқибатида эса чуқурроқ дермагача борадиган қашима излари пайдо бўлиб, юзасида қонли қалоклар пайдо бўлади ва эксқорациялар ўрнида гипо-депигментли доғлар ва чандиқ ҳосил бўлиши кузатилади. Эксқорация тери қичиши билан кечадиган тери ва тизимли касалликларда кузатилади.

Атрофия (atrophia) - тери трофикаси бузилиши ҳисобига юзага келади, тери юпқалашиб, атроф териларига нисбатан бир оз ботган, табиий расмини йўқотган, ранги гипо-депигментли ўчоқ ҳолида кузатилади. Атрофия тошмаси склеродермия, қизил волчанка каби касалликларда учрайди.

Юқоридагилар терида 8 хил бирламчи ва 10 хил иккиламчи тошмалар учрашини кўрсатади. Беморнинг терисида бирламчи тошмалар бир хил кўринишда бўлса – мономорф, масалан, қипикли темираткида – терида бир хил тошма, яъни тугунчалар бўлади. Икки ва ундан кўпроқ, бир неча хил бирламчи тошмалардан ташкил топган бўлса, буни чин полиморф тошма, яъни ҳар хил тошмали кўриниш деб аталади. Масалан, захмнинг иккиламчи даврида беморнинг терисида бир вақтда тугунча, розеола, йирингча кўринишидаги тошмалар бўлиши мумкин. Лекин, терида ҳақиқий бўлмаган, сохта полиморф тошма ҳам бўлиши мумкин. Бунда терида бир хил бирламчи тошмалар турли даврда бўлиши ва уларнинг ўзгариши натижасида пайдо бўлган бир неча хил иккиламчи тошмаларни кўриш мумкин. Масалан, терида бир неча пуфакчалар ва шу билан бир қаторда, шилиниш, қалок, йирингча иккиламчи тошмалар бор. Яъни, пуфакчаларнинг бир қисми ёрилиб, шилиниш, пуфакча қуриб, қалок ва пуфакчага инфекция ўрнашгани натижасида пайдо бўлган (йирингча) иккиламчи тошмалар мавжуд.

Бемор терисидаги мавжуд тошмани излаб, тўғри аниқлай билиш талаба ва УАВ учун жуда муҳим. ҚВП ва ОПларда ишлаётган врачларнинг тез ташхис қўйишларини енгиллаштириш мақсадида юқорида қайд этилган теридаги ўзгаришлар кузатиладиган касалликлар I-иловада келтирилган.

УАВ фаолиятида теридаги ўзгаришлар кўп учрайдиган касалликларнинг белгиларидан биридир. Шунини инобатга олиб, қуйида тиббиётнинг бирламчи тизимига мурожаат қилган беморларда кузатиладиган ва теридаги ўзгаришлар билан намоён бўладиган касалликлар келтирилган.

Қичишиш билан кечадиган тошмалар

Чов битлаши (Pediculus Pubicus) – паразитлар, яъни хўжайинларда яшашга мослашган битлар қақрайдиган, юғумли касаллик. Улар одамдан одамга ўтади ва хўжайинининг қони билан озиқланади. Битларнинг 3 хил – бош бити (Pediculus capitis), кийим бити (Pediculus corporis) ва чов бити (Pediculus pubis) каби турлари фарқланади.

Чов сатҳида – битлар чаккан жойларда олдин кизил рангли экхимоз тошмаси, кейин, вақт ўтгач, ранги ўзгариб кулранг, юмалок шаклда, устидан босганда йўқолмайдиган доғлар ҳосил бўлади. Доғ ўртасида нуктадек эрозия – бит қон сўрган жой ўрни туради. Доғлар одатда 7–10 кун сақланади. Бит чаккан жой териси қаттиқ қичишиб, шу соҳаларда тирналишлар пайдо бўлади ва бутунлиги бузилган тери юзасига иккиламчи пиодермия ва улар билан бир қаторда, бошқа жинсий алоқа йўли билан юқадиган инфекциялар ҳам юқтиришнинг ҳам эҳтимоли юқори бўлади.

Давоси:

- даволашдан олдин жинсий аъзолар, анус атрофи ва бошқа соҳалардаги жунлар кириб ташланади;
- 2-3 кун 10% ли симобли малҳам, 20% ли бензилбензоат, олтингугурт малҳами;
- Спрей-Пакс-(таркибида пиретрум экстракти ва пиперанил бутоксид саклайди) фақат чов битлашида қўлланилади – аэрозол шаклида чиқарилиб, қовнинг жунли соҳаларига сепилади ва 30 дақиқадан сўнг совунлаб, ювилади.

Ички кийим ва кўрпа-тўшак жилдлари дезинфекцияланади ёки совун билан иссиқ сувда ювилиб, алмаштирилади ёки 10% ли совунли-сольвент пастали эритмасида бир неча соат сақланади ва қуёшда қуришиб дазмолланади.

Кўтир (Scabies) – юқумли паразитар ва кўпроқ кечаси қучаядиган тери қичишиши билан кечадиган касаллик.

Асосий белгилари. Соғ терига кана тушгандан кейин 7–14 кун ўтгач, бемор унда қаттиқ қичишиш ва тошмаларга эътибор беради. Терида майда пуфакча, тугунчалар ва эгри-бугри, кулранг, узунлиги 5-10 мм келадиган чизиклар (кўтир йўллари) кўриниб туради. Кўтир йўлининг учи очик (майда эрозия), охири ёпик бўлиб, у ерларда пуфакчалар (тугунча) бўлиб, улар доим жуфт жойлашадилар (тугунча - эрозия). Одатда бу соҳаларда каналар жойлашган бўлади.

Даволаш: Катталарда 33% ли олтингугурт малҳами, 1 кунда 1 мартаба (4-6 кунгача сурилади), кейин душ қабул қилиниб, кийимлар

алмаштирилади. Сўнгги йилларда кўп ҳолларда бензилбензоатнинг 20% ли сувдаги эритмаси қўлланилади (4 кун, кунига 10 дақиқа давомида 10 дақиқа танаффусдан сўнг 2 марта суркалади).

Демьянович усули: 1/1 эритма, яъни 60% ли натрий тиосульфат 10 дақиқа орасида бутун тана, қўл-оёқ терисига суркалади (тананинг ҳар қисмига 2 дақиқадан ва 5 дақиқа танаффусдан сўнг 2 маротаба) 10 дақиқа танаффусдан сўнг 1/2 эритма билан, яъни хлорид кислотанинг сувдаги 6% ли эритмаси худди шу усул билан суртиб чиқилади. 4 кундан сўнг бемор чўмилади ва унинг кўрпа-тўшаги, ички кийимлари алмаштирилади. Албатта, беморнинг оила аъзолари, яқин мулоқотда бўлган кишиларни кўриқдан ўтказиб ва даволаб, эпидемия ўчоғни йўқотиш зарур.

Дерматит – терининг яллиғланиши ҳисобланиб, унинг оддий контакт, аллергик ва токсикодермик турлари фаркланади.

Оддий контакт дерматит клиникаси - одатда оддий контакт дерматитга учраган бемор терида пайдо бўлган тошмалар сабабини (шартсиз таъсиротни) аниқ кўрсатиб беради ва кўпинча яллиғланиш ўчоғида ачишиш, оғриқ ва камрок қичишишдан шикоят қилади. Терида ташки таъсир ўрнида чегараси аниқ бўлган эритематоз доғ, пуфаклар, ва некроз ҳолати бўлиши мумкин.

Шартсиз таъсиротни кучли ва қисқа вақт таъсири оқибатида вужудга келадиган тери яллиғланишини ўткир оддий контакт дерматит (куйиш) ёки узок вақт қайталама кучсиз таъсир оқибатидаги тери яллиғланишини сурункали оддий контакт дерматит (узок вақт механик ишқаланиш оқибатида қадок пайдо бўлиши) дейилади.

Даволаш:

- этиологик омилни бартараф этиш;
- 2% ли резорцин, Буров суюқлигини 1: 40 аралашмаси билан совук примочкалар қўйиш;
- аэрозоллар (“Оксикорт”, “Оксициклозоль”, «Полькортолон»);
- анилин бўёқлари, кастелла бўёғи, метил кўкининг 2% ли сувдаги эритмаси;
- юкори фаолликдаги глюкокортикоид суртмалари (синафлан, целестодерм, оксикорт);
- иккиламчи инфекция кўшилганда – антибиотиклар (гентамицин, эритромицин, грамицидин).

Токсикодермия - озик-овқат маҳсулотлари ва дори-дармонлар умумий таъсирида тери ва шиллик қаватларнинг ўткир яллиғланиши. Токсикодермиянинг клиникаси ҳар хил катталиқда ва шаклда бўлган кўпроқ эритема, тугунча, пуфаклар ва бўртма тошмалари билан намоён бўлиши мумкин ва кўпинча қаттиқ қичиш ва ачишиш билан кечади.

Даволаш тамойиллари:

- ▶ дорилар қабул қилишни тўхтатиш;
- ▶ аллергенни бартараф қилиш ва кўп суюқлик қабул қилиш;

- ▶ дезинтоксикацион, антигистамин ва десенсибилизацияловчи терапия;
- ▶ маҳаллий кортикостероид малҳамлари;
- ▶ жуда оғир кечганда, ГКС препаратлари инъекция ёки per os.

Чегараланган нейродермит (Neurodermitis circumscripta) - терида, лихенизация ўчоғи бўлиб, улар майда, зич эластик тугунчалардан ташкил топганга ўхшаб туради. Ўчоқда кепакланиш кучли ривожланмаган бўлади. Пайпаслаганда, тери зичланган, қалинлашиб, дағаллашган, кўздан кечирилса, соғ терида унча сезилмайдиган, тери расми кучайган ва гиперпигментли, юзасида тўғри чизикли қашима излари – экскориациялар, қонли калоклар кузатилади. Пахтали тампон билан секин-аста силанса, кучли кичима кузатилади, соғ терида эса бу рефлекс кузатилмайди. Ўчоқлар шакли думалоқ, чўзинчоқ (қашланиш йўналиши бўйича чўзилган) ва чегараси одатда аниқ. Ўчоқлар бетартиб жойлашган, бир ёки бир неча ўчоқлар ҳолида кузатилади. Чегарали нейродермит кўпинча бўйин орқа юзаси (аёллар)да, бошнинг сочли қисмида, тизза бўғимининг букувчи юзасида, билак бурмасида, уларни ёзувчи юзаларида, вульвада, қов, чов, перианал соҳаларида, перианал, ёргоқ терисида жойлашади. Ок дермографизм кузатилади:

Давоси:

- бемор доимо терини ишқаламаслиги ва қашимаслиги ҳақида огоҳлантирилади;

- кечалари кўйилган окклюзион боғламлар жуда яхши самара беради: терини қашланиш - тилинишидан ҳимоя қилиб, дори воситалари сўрилишини енгиллаштиради;

- маҳаллий - кортикостероид мазлари сурилиб, устидан қурук дока боғланади. Ўчоқларга ГКС инъекцияси ҳам самарали ҳисобланади. Триамцинолон 3 мг/мл микдорда қўлланилади. Агар патологик ўчоқ оёқ- қўлларда жойлашса, қурук боғлаш остида қора мой, цинк оксиди ва ўртача кучга эга бўлган кортикостероидли аралашма сурилади ва устидан боғлаб кўйилади. Бундан ташқари, синтетик боғламлар ҳам ишлатилади. Кортикостероидли пластрин яхши самара беради ва бир кун давомида кўйилади. Цинк – желатинли боғлаш. Дока Унна пастаси билан шимдириб олинади, сўнг йирик лихенизация ўчоғига боғланади ва бу жараён бир ҳафта давом эттирилади.

- Дезинтоксикация;
- Яллиғланишга қарши (антигистамин ва десенсибилизацияловчи препаратлар) дорилар;
- Психотроп препаратлар;
- Транквилизаторлар;
- Иммуномодулинлар;
- Физиотерапия.

Экзема (Гуш) - терининг невроаллергик, кучли кичиш билан кечадиган, чин полиморфизм ва асосий тошмаси ўтқир яллиғланган терида, майда-

майда пуфакчалар (қайнаб турган сувни эслатади) кўринишида кечадиган қайталама сурункали касаллик.

Клиник кечиши бўйича экземанинг ўткир, ўртача ўткир ва сурункали турлари фарқланади. Патогенетик хусусияти, клиник кўриниши ва этиологик омилларига кўра, касалликнинг – чин, микробли, себореяли, профессионал ва болалар экземаси каби турлари мавжуд.

Клиник кўриниши:

Чин ёки ўткир экзема (Exema acutum) - тўсатдан бошланиб, терининг қаттиқ кичиши ва ўткир яллиғланиш белгилари, яъни терининг кизариши, шишиши, кўплаб пуфакчалар ва тугунчалар, сероз қудукчалар ва намланиш пайдо бўлиши билан кечади.

Микробли экзема - микробли экземада юқорида келтирилган чин экземага хос тошмалар бўлиши мумкин, аммо кўпроқ йирингчалар кўзга ташланиб, теридаги яллиғланган ўчоқлар чегараси аниқ ва ассиметрик жойлашади.

Касбга алоқадор (профессионал) экзема - касбга алоқадор экзема, кўпроқ тана терисининг очик қисмларида жойлашади ва касалликнинг бошланиши ҳамда авж олиб, қайтарилиб туриши беморнинг иш жойидаги аллергенларнинг узок таъсири оқибатида сенсibiliзация ривожланиши сабаб бўлади.

Себореяли экзема (Exema seborrhoicum) - кўпроқ бошнинг сочли қисми, кулок атрофи, юз, қўлтиқ ости, кўкрак ва бошқа ёғ ажралиб турувчи безлар кўп жойлашган тери қисмларида ривожланади.

Болалар экземаси - болалар экземаси кўпроқ экссудатив диатезга хос ўзгаришлар билан бошланиб, ёш оналар нарҳезни бузишлари, болани эмизиш ва кўшимча овқатлантиришдаги хатолар ушбу касаллик ривожланишида ва кўзишига олиб келади.

Давоси:

- касалликни юзага келтирувчи аллергенларни бартараф этиш;
- аллергенсиз, кам тузлик ва кам суюклик парҳез;
- ГКС сақловчи малҳамлар;
- яллиғланишга қарши (антигистамин ва десенсибилизацияловчи препаратлар) даво;
- транквилизатор ва седатив препаратлар;
- ички аъзолардаги касалликларни аниқлаш ва даволаш.

Эшакеми (Urticaria) - аллергик касалликлар гуруҳига кириб, тери ва баъзан шиллик қаватларда фақат қаварчиқлардан иборат тошмалар билан кечади.

Клиникаси. Эшакемининг клиник кўриниши турлича бўлиши мумкин. Ҳозирги даврда унинг ўткир, сурункали қайталаниб турувчи, куёш таъсиридаги, контакт ва Квинкенинг ўткир чегараланган шиши каби турлари фарқланади.

Турғун тугунчали ва болалар эшакемида қаварчиқлар кейинчалик тугунча ва тугунча-пуфакчага айланишини кўзда тутиб, кўп олимлар

уларни қичима касаллигининг турларига киритганлар. Эшакеми касаллиги терида бўртмали (каварчик) тошмалар тошиши билан характерланади. Оқиш-қизғиш бўртмалар, пилакчалар эпидермисда ва дерманинг юзак қисмида, қиска муддатли ҳужайралар ичида шиш ҳосил бўлиши ҳисобига вужудга келади. Квинке шиши дерма ва гиподермада қатта-қатта юзали шишлар кўринишида кузатилади. Ҳар иккала касаллик ўткир ёки сурункали қайталовчи шаклда кечиши мумкин. Эшакеми ва Квинке шиши биргаликда ёки алоҳида ҳолда учрайди. Наслдан-наслга ўтувчи Квинке шишида эшакеми камдан-кам ҳолларда биргаликда кузатилади.

Синонимлари: эшакеми-urticaria; Квинке шиши-oedema Quincke, ангионевротик шиш, гигант эшакеми.

Ўткир эшакем (Urticaria acuta) – тўсатдан бошланиб, бемор терисида турли қатталиқдаги, пушти-қизил кавариклар ва қаттиқ қичишиш билан кечади. Уларнинг шакли турлича, кўпинча юмалоқ, тезда бир-бирига қўшилиб, ўрта қисмининг ранги булутлашиб атрофи пушти, ноаниқ чегарали бўлади.

Квинкенинг ўткир чегараланган шиши кўпроқ оддий ўткир эшакеми билан бирга кечиб, беморнинг юзида, жинсий аъзоларида, шиллик парда ва тери ости ёғ тўқимасининг чегараланган гигант қатталиқдаги шиши бўлиб, айрим ҳолатларда жуда хавfli кечади. Масалан, ҳиқилдоқда жойлашган кавариклар стеноз ва асфиксиянинг сабаби бўлиб, беморни жуда қийнаб, зудлик билан тиббий ёрдам талаб қилади.

Давоси:

- антигистамин хусусиятига эга бўлган воситалар: Н1-блокаторлари гидроксизин ёки терфенадин, агар улар самарасиз бўлса, Н2-блокаторлари ва семиз ҳужайраларни стабиллаштирувчи препаратлар (кетотифен);

- преднизолон инъекцияси ёки per os;
- десенсебилизацияловчи препаратлар (кальций хлорид ёки глюконатнинг 10% ли эритмаси томир ичига);
- теридаги ўзгаришлардан келиб чиқиб маҳаллий даво.

Қичимасдан кечадиган тошмалар Эритематоз ва пигментли дерматозлар

Себория (Seborrhoea) – ёғ безлари дисфункцияси бўлиб, тери ёғининг сон ва сифат ўзгаришлари билан кечади. Балоғат ёшига етган даврда ёғ безларининг фаол секрецияси оқибатида улар кўп ажралади ва терининг ёғли соҳалари (себореяли) жароҳатланади. Юз териси, бошнинг сочли қисми, кулоқлараро соҳалар, елка камари ва тўш соҳалари шулар жумласидандир. Беморлар тери ёғи таркибида озод ёғ кислоталари камаяди, холестерин ортади, ёғнинг рНи ўзгаради.

Клиник турлари:

1. **Ёғли** – тери ёғли, ялтироқ, ёғ безлари учлари кенгайган.

2. Курук – тери ва сочлар курук, каттиқ, синувчан, ялтироклиги йўқолган, бошда қазғоқ ва қичишиш.

3. Аралаш.

Давоси. маҳаллий даво: терини махсус – нейтрал совунлар билан ювиш, лосьонлар ёрдамида тозалаш (камфора, олтингугурт сақловчи Selsun R, Sulfaset-R ва бошқалар).

Даволашда куйидагилар кўзда тутилади:

- эндокрин ўзгаришларни бартараф этиш;
- парҳез (ширинликлар, ёғли, аччиқ, шўр овқатлар истеъмол қилишни ва алкогольли ичимликлар ичишни камайтириш);
- асаб фаолиятини бир меъёрда ушлаш;
- ошқозон- ичак касалликларини даволаш;
- витамин дисбаланси етишмовчилигини меъёрлаш (А ва Е витаминларни узок муддат қабул қилиш, В, С витаминларни буюриш).

Базис даво:

- витаминлар;
- гипосенсибилизация;
- энтеросорбентлар;
- ферментлар;
- антигистамин препаратлар.

Соч тўкилиши (Alopecia) - уларнинг патологик тўкилиши алопеция деб номланади. Чандикли ва чандиксиз кечадиган алопеция фарқланади.

Клиник кўриниши

- Йирик ўчоқли алопецияда (alopecia areata) бошда аста-секин сочлар тўкила бошлайди ва бир неча ҳафта ёки ойлар ичида бир ёки бир неча ўчоқлар кўриниб қолади. Ўчоқдаги тери яллиғланмаган (фақат айрим ҳолатларда терида энгил кизариш), соч қопчалари сақланган бўлиб беморни безовта қилмайди. Жараён авж олганида ўчоқ яқинидаги сочлар тез тўкилиб, у катталашади. Вақт ўтиб, жараён тинчланиб, жароҳатланган терида янги сочлар ўсиб чиқиши ва айни вақтда янги сочсиз ўчоқлар ривожланиши мумкин;

- тотал алопеция (alopecia totalis) айрим ҳолатларда туғма бўлади ва нафақат бошда сочлар, ҳатто қош, соқол ва киприклар ҳам тўкилади;

- Универсал алопеция (alopecia universalis) ўчоқли соч тўкилишининг якуний даври бўлиб, мустақил касаллик ҳолида жуда кам учрайди;

- андроген соч тўкилиши (alopecia androgenica) кўпроқ наслий мойиллиги бор эркекларда кузатилади, жараён андрогенларнинг соч фолликуласига бўлган таъсири натижасида пешона ёки энса соҳасидан бошланади ва ўзига хос клиник кўринишга эга. Соч тўкилган тери ялтираб, силлик бўлади ва фолликула тешикчалар кўзга кўринмайди.

Давоси - маҳаллий даво: таъсирловчи воситалар билан маҳаллий микроциркуляцияни яхшилаш (Tct. Capsici, Tet. Veratri ва бошқалар).

Тизимли терапия:

- микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар (теоникол, андекалин, никотин кислотаси, трентал);
- седатив ва вегитотроп препаратлар;
- витаминлар (Aevit, Aerovit ва бошқалар);
- цинк препаратлари (цинк окиси 0,05- 0,075, кунига 3 маҳал, пирацин 0,15% - 1,0 м/о, кунора N 10);
- биоген стимуляторлар;
- марказий асаб тизими фаолиятини яхшиловчи препаратлар.

Фотодерматозлар (терининг қуёш нурига жавобан реакцияси) – терида қуёш нури таъсирида вужудга келувчи ўзгаришлар фотодерматозлар деб аталади.

Давоси ва профилактикаси. Фотодерматозларни даволаш ва профилактикасининг умумий тамойиллари:

- ▶ фотосенсибилизация таъсир кўрсатиш хусусиятига эга бўлган барча дорилар ва бошқа турдаги воситалардан фойдаланмаслик;
- ▶ соат 10:00 ва 16:00 оралиғида қуёш нури таъсиридан сакланиш;
- ▶ юқори даражада ҳимоя қилиш хусусиятига эга бўлган фотоҳимоя воситаларидан фойдаланиш;
- ▶ антигистамин препаратлар;
- ▶ маҳаллий даво - кортикостероидли мазлар.

Терининг замбуруғли касалликлари

Дерматофитиялар. Бу турдаги замбуруғли юқумли касалликлар эпидермис, дерма ва тери ҳосилаларини (сочлар, тирноқлар) зарарлайди. Дерматофитиялар ҳар хил аллергия реакцияларни чақириши ва улар патологик ўчоқлардан узоқроқда жойлашиши мумкин.

Оёқ панжалари микози (Mycosis pedis) – панжалар ора терининг кўп учрайдиган, сурункали кечадиган яллиғланиши бўлиб, кўпинча баҳор-ёзда ўткир қайтарилиб туради. Оёқ панжаси микози турли дерматофитлар билан чақирилади ва фақат одамлар касалланади. Юктириш - ҳаммомда, бассейнларда ёзи бегона оёқ кийими кийганда кузатилади.

Оёқ панжалари эпидермофитиясининг (микози) **сквамоз** тури: тоvon ва панжалар оралиғидаги терининг кўриниб-кўринмай қизариб, яллиғланиши, устида майда кепаксимон пўстлоқ ташлаб, беморни узоқ вақт безовта қилмайди.

Оёқ панжасининг **интертригиноз** эпидермофитияси: кўпинча оёқни 3 ва 4-бармоқлар оралиғининг териси шишиб букканга ўхшаб (мацерация), ёрилиш ва пўст ташлаш билан кечади. Бармоқлар орасидаги терида шилинишлар ва майда субэпидермал пуфакчалар пайдо бўлади.

Оёқ панжасининг **дисгидротик** эпидермофитиясида – унинг турли соҳаларида пуфакчалар ва кўп камерали пуфаклар, улар ёрилиб, атрофида эпидермис бўлақлари осилиб турадиган эрозиялар пайдо бўлади.

Эпидермофитиянинг бу турида тезда янги пуфакчалар, йирингчалар, эрозиялар ҳосил бўлиб, намланиш кузатилади.

Тирноқлар эпидермофитияси. Оёқ панжаси ва бошқа соҳа замбуруғ касалликларининг этиологик ва клиник турларида тирноқ жароҳатланиши кузатилиши мумкин. Кўпроқ бош ва жимжилоқ бармоқ тирноқлари четида, устида ёки тирноқ ўсиб чиқаётган қисмида сариқ доғлар пайдо бўлиб кўпаяди, тирноқ хиралашади, қалинлашиб мўрт, усти нотекис ва енгил уваланадиган бўлиб қолади. Кейинчалик бошқа тирноқлар ҳам жароҳатланиши мумкин.

Оёқ панжаси микозини даволаш

Маҳаллий даво: оёққа даволаш ванналари (0,001% марганцовка суюқлиги, Буров суюқлиги, 2% сода, 3% ихтиол);

- замбуруғга қарши упалар;
- бармоқлараро, нитрофунгин, анилин бўёқлар, 1–2% йод;
- Фунготербин, тербизил кремлари;
- тирноққа Лоцерил лаки.
- Умумий даво:
- замбуруғга қарши антибиотиклар (орунгал, фунготербин);
- яллиғланишга қарши (антигистамин ва десенсибилизацияловчи)

препаратлар.

Чов эпидермофитияси (epidermophytia inguinale) – терлайдиган одамларда кўп учрайдиган замбуруғ касаллиги. Хасталик фақат одамларда учрайди, бемордан соғ одамга ички кийим ёки умумий ванналар ва туалет буюмлари орқали юкади.

Клиникаси. Кўпроқ беморнинг тери, қўлтик, сон-ёроқ бурмаларида, аёлларда эса сут безлари тагидаги бурмаларда қизғиш, инфильтрациялашган, аниқ чегарали, ажралиб турадиган доғлар пайдо бўлади. Кейинчалик улар четга қараб катталашади ва ўрта қисми оқариб, устида майда пўстлоқлар пайдо бўлади ва вақт ўтиб енгил пигментлашади. Патологик тошма атрофида озрок кўтарилиб турадиган кизил чегара кўзга ташланиб, устида майда пуфакчалар ҳамда қазлоқлар юзага келади ва беморни қаттиқ кичишиш безовта қилади.

Даволаш:

- травокорт, дермазолон, тридерм, фунготербин, нинзорал малҳамлари;
- десенсибилизацияловчи дорилар (кальций);
- яллиғланишга қарши дорилар (ўтқир ва ўтқир ости турларида);
- намлаш учун Буров суюқлиги;
- кератолитик малҳамлар.

Трихофития – кўзгатувчиси trichophyton гуруҳига мансуб замбуруғдир. Касаллик кўпинча болаларда учраб қуйидаги клиник турларга бўлинади:

- 1). бош териси сочли қисмининг (шу жумладан, соқол ва мўйлаб) юзаки ва чуқур трихофитияси;
- 2). силлик теридаги трихофития;

3). тирнок трихофитияси.

Бош ва силлик теридаги трихофития юзаки ҳамда чуқур клиник белгилар билан кечади. Юзаки трихофития замбуруғи сочнинг ичкарисиди жойлашади, жараён якқол намоён бўлмайди. Ташхис қўйиш учун шикастланган жойдан сочлар, пўстлоқлар, қалоклар ва тирноклар олиниб микроскопда кўздан кечирилади.

Силлик терининг юзаки трихофитияси унда бир нечта кизгиш доғлар пайдо бўлиши, атрофида эса жуда нозиккина жияклар кўриниб, четки қисмидаги туклар ҳам шикастланади ва доғлар юзаси кепакланиб, баъзан тугунчалар ҳосил бўлиши мумкин. Бошнинг юзаки соч қисми трихофитияси – майда қипиқланган доғлар тошиши ва сочларнинг тери сатҳидан 2–3 мм. юқорисидан синиб, қора нуқталарга ўхшаб туриши билан кечади ва кам яллиғланган ушбу ўчоқ кейинчалик секин катталашиб, қипиқланади.

Даволаш. Бунда умумий таъсирга эга антимикотик препаратлар ишлатилади.

- **Гризеовулфин** (0,125 г) – катталарга 50 кг тана оғирлигига кунлик дозаси 5 таблеткани кейин ҳар 10 кг. га 1 таблетка қўшилади. Бир кеча кундузлик доза 8 таблеткадан (1 г) ошмаслиги керак. Болаларга тана оғирлигининг 1 кг.га 18 мг тўғри келади. Антибиотик замбуруғни аниқлаш учун олинган синама манфий чиққанга қадар кун ора 3 маҳал ўсимлик ёғи билан чой қошиқда, сўнгра шу дозада 2 ҳафта кун ора ва яна 2 ҳафта ҳафтасига 2 маҳалдан қабул қилинади.

- **Тербинафин** (тербизил, фунготербин) – 250 мг кун ора 5-6 ҳафта давомида тавсия этилади. 20 кг дан кам тана оғирлигига эга бўлган болаларга кунда 62,5 мг, 20-40 кг вазнадагиларга кунда 125мг, 40 кг дан юқори бўлганларга кунда 250 мг буюрилади. Шунингдек,, беморлар ҳар 10 кунда 1 марта сочларини олдиришлари лозим.

Бошнинг соч соҳаси ва силлик терини ташки томондан даволаш:

Маҳаллий замбуруғга қарши воситалар:

- 10%ли олтингугурт суртмаси – 3%ли салицил кислотаси (кечкурун);
- 2%ли йоднинг спиртдаги эритмаси (эрталаб);
- азол бирикмалар- 1% ли бифоназол креми, 2% ли кетоконазол, 1% ли оксиконазол, 1% ли клотримазол кремлари.

Чуқур трихофития (*trichophytia profunda*) – ўткир кечиб, замбуруғ соч фолликуласига тушганда уни ва атрофидаги терининг йирингли яллиғланишини чақиради. Яллиғланиш ўчоғи бошида чегараланган, чуқур, ярим шарсимон шаклда бўлиб, устки қисмида катталашиб очилиб турган соч фолликуласининг тешикчалари кўриниб, улардан йиринг суюқлиги ажралиб туради. Клиник кўриниши карбункулни эслагани. Аста-секин яллиғланиш катталашиб, диаметри 6-8 см га етади ва кўздан кечирганда, бошнинг соч қисмида тери сатҳидан 1-2 см.гача кўтарилиб турган, ярим шарсимон, устида йирингли зич жойлашган фолликулалар кўринади ва улардан кўп миқдорда сариқ рангли йиринг чиқиб туради. Шу даврда унинг яқинидаги лимфа тугунлари (безлари) катталашиб,

беморда ҳарорат кўтариллади. Яллиғланган терида жойлашган сочлар ўрнидан енгил ажраллади ва инфилтрат устидан босилса, соч фолликулалари тешигидан осонгина йиринг ажралиб, арилар уясидан оқиб турадиган асални эслатади (kerion Celsi). Кейинчалик соч фолликуласи атрофияга учраб, яллиғланиш камаяди ва атрофисиз чандик ҳосил бўлади.

Бу терида бошқа янги сочлар чиқмайди.

Трихофитиянинг **инфилтратив – йирингли** шаклида:

Антисептиклар ва яллиғланишга қарши воситалар:

- тоза ихтиол;
- калий перманганат 1:5000 (малҳам шаклида);
- этакридин (риванол) 1:100 (малҳам шаклида);
- нитрофурал (фурациллин) 1:100 (малҳам шаклида)
- нитаммол 10% ли эритмаси (малҳам шаклида);
- 10% ли олтингугурт + қатрон.

Замбуруғларга қарши маҳаллий қўлланиладиган воситалар:

- азот бирикмалари;
- аллиламин ҳосилалари.

Силлик теридаги майин туклар жароҳатланганда, 10% ли сут ва салицил кислоталардан таркиб топган коллодий билан эпидермиснинг мугуз қаватини кўчириш ва майин тукларни қўл билан юлиб ташлаш.

Кератолитик ва яллиғланишга қарши воситалар:

10% ли сут – салицил коллодий. Даволаш давомийлиги 30, инфилтратив – йирингли шаклида – 20 кунни ташкил этади.

Микроспория (Mikrosporia) - унинг кўзғатувчиси антропозоофил замбуруғи бўлиб, кўпроқ мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар орасида тарқалган. Касаллик соғ одамга бемордан, касал хайвондан юқади ва силлик тери ҳамда сочларни кўп ҳолларда юзаки жароҳатлайди.

Клиник белгилари. Силлик тери ва уни соч қисми микроспорияси трихофитияни клиник кўринишини эслатади. Лекин, касаллик бошланишидан теридаги жароҳатлар сони 2–4, ҳар хил катталиқда бўлиб, кескин ажралиб устида асбестсимон майда кепакланиш билан қопланади. Бу яллиғланган доғлар доирани эслатиб, секин катталашиб доғ ўртасида янги зарарланиш пайдо бўлади ва оқибатда кичикроқ доирага айланиб, ирис ҳолатини эслатади. Яллиғланиш бошнинг сочли қисмида жойлашганда, юкорида келтирилган белгиларга, сочларнинг жароҳатланиб, 5-6 мм узунликда синиши қўшилади. Айрим ҳолларда яллиғланиш кучайиб, kerion Celsi га мос белгилар аниқланади.

Даволаш:

Замбуруғга қарши умумий препаратлар:

- **Гризеовулфин** (0,125 г) - катталарга 50 кг.тана вазнига кунлик дозаси 5 таблеткани, кейинчалик ҳар 10 кг.вазнга 1 таблетка қўшилади. Бир кеча-кундузлик доза 8 таблеткадан ошмаслиги керак. Болаларга тана оғирлигининг 1 кг.га 18 мг тўғри келади. Антибиотик замбуруғни аниқлаш

учун олинган синама манфий чиққанда кун ора 3 маҳал ўсимлик ёғи билан чой қошиқда, сўнгра шу дозада 2 ҳафта кун ора ва яна 14 кун давомида ҳафтасига 2 маҳалдан қабул қилинади.

- **Тербинафин** (тербизил, фунготербин) – 250 мг кунда биттадан 2-4 ҳафта давомида тавсия этилади. 20 кгдан кам тана вазнига эга бўлган болаларга кунда 62,5 мг, 20-40 кг. вазндагиларга кунда 125 мг, 40 кг дан юқори бўлганларга кунда 250 мг буюрилади.

Беморлар ҳар 10 кунда 1 марта сочларини олдиришлари керак.

Замбуруғга қарши маҳаллий воситалар:

- 10% ли олтингугурт суртмаси – 3% ли салицил кислотаси (кечкурун);
- 2% ли йоднинг спиртдаги эритмаси (эрталаб);
- азол бирикмалари - 1% ли бифоназол, 2% ли кетоконазол, 1% ли оксиконазол, 1% ли клотримазол кремлари.

Антисептиклар ва яллиғланишга қарши воситалар:

- калий перманганат 1:5000 (малҳам шаклида);
- этакридин (риванол) 1:100 (малҳам шаклида);
- нитрофурал (фурациллин) 1:100 (малҳам шаклида);
- нитаммол 10% ли эритмаси (малҳам шаклида);
- тоза ихтиол;

Даволаш давомийлиги 4-12 ҳафта.

Витилиго (Vitiligo) – сурункали касаллик бўлиб, терида пигментсиз доғлар пайдо бўлиши билан характерланади.

Клиникаси. Терининг турли қисмларида, юзда, танада, қўл-оёқнинг кўпроқ енгил шикастланадиган бўғимлари устида, чегараланган (ўчоқли тури), бир неча ўчоқли (сегментар) ёки тарқалган (генерализациялашган) симметрик депигментли, аниқ чегарали доғлар кузатилади. Оқ доғлар ранги гипопигментли кўринишдан тиник ок даражагача бўлиб, секин катталашиб боради ва бир-бири билан қўшилиб кетиши мумкин. Баъзан зарарланган тери устидаги сочларнинг оқариши кузатилади. Текширилганда терининг оғриқ, ҳарорат ва тактил сезувчанлиги сақланганлиги аниқланади.

Даволаш тамойиллари:

1). ички аъзоларни текшириб, мабодо уларда касаллик аниқланса, даволаш;

2). косметик препаратлар ёрдамида оқ доғларни вақтинча атрофдагиларга кўринмаслигини таъминлаш;

3). оқ рангли тери ўчоғларида пигментацияни ўз ҳолига қайтариш учун:

- ПУВА;
- “Купир” эритмаси;
- кортикостероидли препаратлар;
- “Мелагинин плюс” лосьони қўллаш;

4). атрофдаги соғлом терини оқартириш.

Меланома – тери хавfli ўсма касалликларининг 5% ни ташкил этади ва кўпроқ терисининг ранги оқ, оқ-сарик бўлган, кичик ва ўрта ёшдаги

кишиларда учрайдиган касаллик ҳисобланади. Беморнинг шифокорга ўз вақтида мурожаат этиши муҳим аҳамиятга эга, чунки бирламчи меланоманинг оқибати унинг ўлчами ва чуқурлиги билан узвий боғлиқ.

Юза тарқалувчи меланома - меланоцитар келиб чиқиши мумкин бўлган, хавфли ўсмалар ичида энг кўп учрайдигани ҳисобланади. Ўсма кўпроқ тананинг юқори, орқа соҳаларида пайдо бўлиб, жуда секин, йиллар давомида ўсади. Унинг ташқи кўриниши зичлашган, аниқ чегарали пилакча шаклида бўлиб, соғ теридан бир хил даражада кўтарилиб туради. Ранги турли хил – жигарранг, тўқ-жигарранг, кўк, қора ва кизил, регрессга учраётган қисмида эса кўнғир ёки кўкимтир-кўнғир тусда бўлиши мумкин.

Клиникаси. Теридаги патологик тошмалар: пигментли доғ, ясси тугунча, кейин пилакча. Унинг юзасидан бир ёки бир нечта тугун ҳосил бўлади. Оқ рангли доғлар ўз-ўзидан регрессга учраган ўсманинг айрим соҳаларида кузатилади. Диаметри ўртача – 8-12 мм, янги ҳосилалар 5–8 мм, эскилари эса 10–25 мм бўлиши мумкин. Шакли – нотўғри, кўпинча бир ёки бир неча ботиқлари бўлади. Чегараси – аниқ, тошмалар кўпинча якка бўлиб, бирламчи кўплаб ўсмалар кам учрайди. Жойлашиши – тананинг юқори, орқа соҳаси, болдир-тизза, тананинг олд, соннинг ёзилувчи юзаси ва кам ҳолларда тананинг ички кийимлар ёпиб турувчи қисмлари.

Ташхис қўйишда биопсия қўшимча текшириш усулларида бири ҳисобланади. Қасаллик ташхиси унинг қуйидаги олтита клиник белгиларига асосланган ҳолда қўйилади:

– шакли тери сатҳидан бир оз кўтарилган бўлиб, уни ён томондан ёритиб кўриш мумкин;

– ўлчамлари ўзгарувчан ва тез ўсувчан;

– чегаралари нотўғри, «кирқилган» дек;

– ассиметрия хос;

– ўлчамлари йирик, диаметри 6,0 мм.дан катта;

– ранги бир текис бўлмасдан – жигарранг, қора, кўнғир, пушти ранглار бетартиб жойлашган.

Иккиламчи захм, роzeолеz (Syphilis secundaria) – захмнинг иккиламчи даври одатда касаллик юққандан сўнг 9–12 ҳафта ўтгач бошланади. Терида тошмалар тошишдан 6–10 кун олдин беморлар дармонсизлик, иш фаолиятининг пасайиши, бош оғриғи, суяк, бўғим ва мушакларда оғрик ҳамда тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилишлари мумкин. Бу ҳолат турли беморларда турлича бўлиб, асосан, касаллик кўзгатувчиси рангсиз трепонеманинг кўп миқдорда, бирданига лимфада тўпланиб, қонга тарқалган даврига тўғри келади.

Роzeола (roseola corporis) - иккиламчи захмнинг дастлабки белгиси бўлиб, тўқ пушти, кейинроқ оч-пушти рангли, ўлчамлари 1 см.гача, думалок шаклда, унча аниқ чегарага эга бўлмаган, бир-бири билан қўшилмайдиган, текис юзали, субъектив безовта этмайдиган ва ўткир яллиғланмаган, контомирли доғ.

Розеолалар кўпинча тананинг олди-ён юзаларида, қўлларнинг букилувчи қисмларида жойлашади. Иккиламчи янги захмда уларнинг сони кўп, бетартиб, симметрик жойлашган, ўлчамлари нисбатан майда. Иккиламчи қайталанувчи захмда эса розеолаларнинг сони кам, йирик, гуруҳ-гуруҳ, ассиметрик жойлашади. Даволаш махсус тери-таносил касалликлари диспансерларида олиб борилади ва захмга шубҳа бўлганда, УАВ беморларни кечиктирмай мутахассис шифокорга юборишлари лозим.

Папулёз дерматозлар

Қипиқли темиртки (Psoriasis Vulgaris). Псориаз – терининг тарқалган, папуло-сквамоз, сурункали, қайталаниб турувчи, дунёнинг турли минтақаларида, турли ёш ва жинсдаги одамларда учрайдиган мультифакторли касаллик.

Клиник кўриниши. Псориаз терида мономорф, эпидермодермал тугунчалар тошиши билан характерланади. Тошмалар асосан бошнинг сочли қисми, қўл-оёқлар ва тананинг ёзувчи соҳаларида жойлашади. Тугунчалар аниқ чегарали, зич-эластик консистенцияли, ясси, пушти-қизғиш рангли бўлиб, юзалари кумушсимон-оқиш кепаклар билан қопланади. Кепаклар тугунчанинг ўртасида пайдо бўлиб, катталашади ва енгил кўчади. Тугунчалар ўлчами турлича – нуқтадек, мошдек, нўхотдек бўлиб, атрофга ўсиш эвазига катталашиб, бир-бирлари билан қўшилиб, йирик-йирик пилакчалар ҳосил қилади.

Псориазнинг клиник кечишида уч: прогрессив, шифохона ва регрессив босқичлар тафовут этилади. Прогрессив ёки бошланғич босқичига қуйидаги клиник кўриниш хос: янги, майда тўқ-қизил рангли тугунчалар ҳосил бўлиши ва уларнинг атрофга ўсиши, марказий қисмларидагина кепакланишлар кузатилиши, тугунчалар атрофида – «ўсиш халқаси», янада тўқ қизил ҳошияларнинг бўлиши ва псориаз учлиги белгиси: стеарин доғи, терминал парда ва қон шудринги феноменининг осон чакирилиши, Кебнер (Keбner) феномени, яъни ташки таъсирга жавобан янги тошмалар вужудга келиши. Юқоридагилардан ташқари: ушбу босқичда айрим беморларда қичишиш ҳиссиёти кузатилади. Шунингдек, турли стресслар, микротравмалар, рационал бўлмаган даво таъсиридан жараён авжланиб, тошмалар бутун тери юзасини қоплаб олиши ва псориастик эритродермия вужудга келиши мумкин.

Псориазнинг шифохона босқичида - янги тугунчалар пайдо бўлмайди, тугунчалар йирик, атрофидаги ўсиш халқачаси йўқ, ранги оч-пушти тусда, тугунчалар бутун юзаси бўйлаб мул кепакланиш кузатилади. Тугунчалар яссиланган, атрофида анемик халқа кўринади. Псориаз учлиги тўлиқ чакирилмайди, яъни қон шудринги феномени кузатилиши кийин. Кебнер феномени айрим ҳолларда кузатилса ҳам баъзи беморларда аниқланмайди ва қичишиш кам безовта қилади.

Касалликнинг регрессив босқичида - тугунча юзасидаги кепакланиш кам, деярли йўқ, тугунчалар эса марказдан сўрилиб, ҳалқасимон кўринишга киради (*psoriasis annularis*) ёки атрофидан сўрилиб йўқолади ва ўрнида депигмент ҳалқа кўринади. Кебнер ва псориаз учлиги феноменлари манфий. Тугунчалар сўрилиб бўлган соҳаларда гипер ёки депигментли юзалар ҳосил бўлади (*leucoderma psoriaticum*).

Касалликнинг пайдо бўлиши ёки авж олиши баҳор-ёз, баъзан куз-киш фаслларида кўпроқ кузатилади ва шунга кўра унинг ёзги ва қишки агар қишин-ёзин авжланиб турса аралаш тури тафовут этилади. Айрим ҳолларда экссудатив псориаз (*psoriasis exudativum*) кузатилади. Бу турда тўқ қизил қалоксимон тугунчалар вужудга келиб, юзасида қат-қат сарғиш ёки қўнғир-жигарранг кепакланиш кузатилади, кепаклар кўчирилса, кучсиз намланиш ўчоғи кўринади.

Касалликнинг кам учровчи хили – пустулез псориаз (*psoriasis pustulosa*). Бу хил псориаз танада, қўл оёқларда ҳамда қафт ва товон соҳаси териларида, одатда псориаз тошмалари билан бир қаторда, пустулёз элементлар тошиши, эритродермия, ҳарорат кўтарилиши, эт уюшиши, кам қувватлилик, лейкоцитоз билан кечади.

Псориастик эритродермия (*erythrodermia psoriatica*) – унинг оғир асоратларидан бири ҳисобланиб, кўпинча рационал бўлмаган маҳаллий даводан сўнг кузатилади. Бунда псориастик жараён терининг ҳамма қисмини эгаллаб, касаллик оғир кечади, бемор кўп миқдорда суюқлик йўқотади, ҳарорат кўтарилиб, эт уюшади ва кучли тери кичишиши безовта этади. Бу хил беморларда юрак ва буйрак етишмовчилиги вужудга келиш хавфи юқори бўлади.

Псориаз билан оғриган 10% беморларда псориастик артропатия (*arthropathia psoriatica*) вужудга келади. Асосан қўл-оёқ панжаларининг оралик ва умуртка поғонаси бўғинлари жароҳатланади. Бўғимларда клиник ўзгаришларсиз оғрик кузатилади ва касалликнинг илк белгиси ҳисобланади. Кейинчалик авжланиши оқибатида бўғимлар шишади, юзасидаги тери қизаради, ҳаракат чекланади ва оғрикли бўлади. Бўғимлар вақт ўтиши билан ҳаракатсизланиб беморлар ногирон бўлиб қоладилар.

Псориазда тионоклар ўзгариши кўп учрайди (*onychia psoriatica*), нукта-нукта ботиклар (ангишвона симптоми), уларнинг қалинлашиши ва синиши кабилар кузатилади.

Псориазнинг давоси:

Маҳаллий, унда касалликнинг клиник босқичини кўзда тутиш керак:

- витамин Д 3 сақловчи *psorcutan* (*Daivonex*) креми, кунига 2 марта жароҳатланган терига юпка қилиб сурилади.

- кортикостероидли мазлар (дексаметазон, целестодерм, лоринден, дермовеит, клобетазол, неризон, фторокорт). Самара 2 ҳафтадан сўнг кузатилади ва ундан ортиқ муддат суриш нохуш таъсирларни келтириб чиқаради;

- дитранол (0,5%, 1%, 2% крем ёки мазлар) тез таъсир кўрсатувчи даво.

Маз ёки крем кунига 1 марта (10 кун мобайнида) юпка суртилиб, 10, 20, 30 дақиқадан сўнг ювиб ташланади. Натижаси 15-25 кундан сўнг кузатилади;

- 1-3% салицил кислотаси ва 3-20% қора мой сакловчи мазлар кортикостероид мазлари билан ёки уларсиз, кунига 1 ёки 2 марта суртилади;

- асалари захари сакловчи мазлар – Ungariven ва Helag тери яллиғланиши мушак ва бўғимлар оғриғи билан кечса қўлланилади.

Умумий даво:

- седатив воситалар, тинчлантирувчи чойлар, бром препаратлари ва нейрорептиклар;

- зўрайиш даврида - антигистамин воситалари;

- витаминтерапияси – А витамини, В 12 витамини, фолат кислотаси билан биргаликда. Ёзги турида – никотин кислотаси, теоникол, трентал;

Оғир турларида (тез-тез қайталанишида):

- синтетик ретиноидлар (тигазон, неотигазон), кунда бир кг тана вазнига 0,2-1,0 мг 2 ой давомида кунда 2 марта ичиш учун;

- цитостатик воситалар (метотрексат) катта ёшдагиларга тавсия этилади ва 15 мг дан 1 хафта мобайнида (5 мг дан 3 маҳал). Салбий таъсири - жигар касалликларининг кечишини оғирлаштиради;

- иммунотерапия (тимостимулин, Т - активин, натрий нуклеинат, леакадин, иммуномодулин);

Оғир ҳолларда иммуносупрессорлар (Sandimmun) қўлланилади.

Физиотерапия:

- узун ва қиска тўлқинли ультрабинафша турлари;

- фотохимиотерапия, яъни фотосенсибилизаторлар (псорберан, псорален, пувален, ламадин) ичилгандан кейин узун тўлқинли ультрабинафша нурлари.

Иккиламчи захм, папулёз сифилидлар – ўткир яллиғланмаган, думалоқ-овал шаклда, зич эластик консистенцияли, қизғиш ёки қўнғир-пушти рангли, чегараси аниқ ва қўшилмайди, субъектив безовта этмайди. Тугунчалар сўрилиши даврида марказий қисмларида бир оз кепакланиш кузатилиб, кейинчалик эса устида ўзига хос кепакланувчи ҳалқа ҳосил бўлади. Тугунчалар кўпинча изсиз йўқоладилар, айрим ҳолларда эса пигментация пайдо бўлиши мумкин. Уларнинг катталиғи (ўлчами), юзаси ва шаклига қараб бир неча клиник турлари тафовут этилади: милиар, лихеноид, лентикюлар, нуммулар, намланувчи, эрозив, вегетацияланувчи ва сербар тугунчалар (кенг кантиломалар)

Даволаш ихтисослаштирилган тери-таносил касалликлари диспансерларида ўтказилади.

Қизил ясси темиртки (Lichen ruber planus) – сурункали касаллик бўлиб, тери ва кўринадиган шиллик пардаларда мономорф папулез тошмалар пайдо бўлиб, кучли қичишиш билан кечади. Айрим ҳолларда тугунчалар чегараланган ҳолда оғиз шиллик пардаси, лаб қизил ҳошиясида

ва жинсий аъзоларда жойлашади. Касаллик турли ёшда учраши мумкин бўлса ҳам, шиллик пардалар жароҳатланиши кўпроқ 40–60 ёшлардаги аёлларда кузатилади.

Клиникаси. Терида полигонал шаклли, кўкимтир қизғиш рангли, 0,2–1,0 см диаметрли, ясси қаттиқ қичишадиған тугунчалар тошади. Уларнинг юзаси мумсимон ялтироқ бўлиб, марказида киндиксимон ботик кўриниб туради. Уст қисмида бир-бирига перпендикуляр жойлашган чизикчалар бўлади. Оғиз шиллик пардасида жойлашувчи типик, экссудатив гиперемик, эрозив ярали, буллёз, гиперкератотик ва атипик турлари фаркланади.

Давоси. Ошқозон-ичак тизими текширилади, конда қанд миқдори аниқланади, қон босими ўлчанади, беморнинг асаб-руҳий ҳолати баҳоланади. Оғиз шиллик пардасида қизил ясси темирлатки кузатилса, беморларнинг оғиз бўшлиғи санация қилинади, ҳар хил металл қопламалар олиб ташланади. Бемор учун рационал протезлашнинг аҳамияти катта ва медикаментоз даволаш билан бирга олиб борилади. Иссик, дағал экссудатив-гиперемик ва эрозив-ярали турида эса ўткир ва ширин таомлар ман этилади.

Касалликнинг барча турида седатив терапия, типик экссудатив гиперемия турида ретинол- ацетат, “А” витамини концентрати (10 томчидан кунда 3 маҳал 2 ой давомида, 2 ой танаффус билан), узоқ вақт «В» гуруҳи витаминлари қабул қилиш, айниқса, никотин кислотаси тайинланади. Эрозив-ярали ва буллёз турида преднизолон кунда 20–25 мг (триамцинолон 16–20 мг, дексаметазон 3–3,5 мг), хингамин 0,25 г дан кунда 1–2 марта, 4–6 ҳафта давомида, никотин кислотаси (0,05 г кунига 3 маҳал овқатдан сўнг) ёки теоникол 1 таб х 3 маҳал ёки м/о 1–1,5 ой давомида). Преднизолон миқдори 7–10 кунда 5 мг дан камайтирилиб борилади.

Чегараланган эрозив - ярали турида гидрокортизон суспензияси ёки преднизолон тайинланади. Инъекция 3 кунда 1 марта 1–1,5 мл. Ҳар бир эрозия босқичида 8–12 та инъекция. Бу босқич ҳар 3–4 ойда қайтарилиб туради. Узоқ битмовчи якка эрозиялар бўлса, жарроҳлик усулида кесиб ташлаш ёки криодеструкция яхши натижа беради.

Сўғаллар - папилломатоз вирус чақиради. Оддий сўғал, асосан, қўлларда, юзда, лаб қизил хошиясида ва бурчагига яқин жойда, жуда кам ҳолларда оғиз шиллик пардасида учрайди. У диаметри 1 см гача борувчи тугунчадан ташкил топади. Тугунча тери сатҳидан анча кўтарилиб туриб, ранги кўнғир ёки тери рангида ҳамда зич консистенцияда бўлади. Узоқ сақланувчи йирик сўғал юзасида сўргичсимон ўсимта бўлиб, у мугузланиб туради.

Ясси сўғал кўпроқ болалар ва ёшларда кузатилади. Ўлчамлари 3 мм гача бўлган, ясси, тери сатҳидан бир оз кўтарилиб турувчи, кўпинча полигонал шаклдаги тугунчалардан иборат. Кўриниши тери рангида ёки пушти, кўнғир тусда. Уларнинг кўп учровчи соҳалари: қўл панжаси юзалари ва юз териси. Юзда кўплаб тошса, лаб қизил хошиясида ҳам кузатилади ва айрим болалар бир оз қичишишидан шикоят қиладилар. Сўғалларни даволашда вирусга қарши 3% оксалин, 5% теброфен,

0,5 % бонафтон мазлари ишлатилади. Сутгестив терапия, криотерапия ва электрокоагуляция яхши самара беради.

Ўткир учли кандиломалар - юмшоқ консистенцияли, бўлак-бўлақлардан ташкил топган ва кўриниши «гулқарам», «хўроз тожи»ни эслатувчи, ингичка «оёкча»да турувчи ҳосила. Ранги пушти ёки соғ тери рангида, таъсирланиш натижасида катталашади. Ўткир учли кандиломалар асосан жинсий аъзо, анал соҳа, олат тожи ва ёпқичи, қинга кириш соҳасида, болаларда эса бурун, ёнок, бурун-лаб бурмаларида учрайди.

Давоси: Лазер нури ёрдамида, жарроҳлик усулида олиб ташланади.

Пустулез дерматозлар

Ҳуснбузарлар (Acne). Оддий хуснбузар (*Acne vulgaris*) – себореяли беморларда учровчи соч қопчаси ва ёғ безларининг сурункали йирингли яллиғланишидир. Касаллик кўпроқ балоғат ёшидан бошланади.

Клиник кўриниши. Терининг себореяли соҳаларида (бетда, бўйинда, кўкрак соҳаларида, елка камарида), яъни ёғли терида, унинг кенгайган тирқишларида фолликулар, йирингчалар вужудга келади, асоси ва атрофи яллиғланган бўлади. Ҳуснбузарнинг ривожланиш босқичида эритематоз, папулёз ва пустулёз даврлар тафовут этилади. Шунингдек, унинг абсцесслашган ва шарсимон асоратланган турлари фарқланади.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- дезинфекцияловчи совунлар, гель, кремлар (3–10%) бензоилпероксид, Acne 10 lotion;
- Dalacin T (Clindamycin phosphati 1% эритма, гель);
- Betin A (0,025-0,05)ли гель, крем (рутин кислотаси сакловчи);
- крем Fucidin (2% фуцидин кислота);
- эритромицин, стрептомицин мазлари (2-5%).

Умумий даво:

- ўртача оғир ёки оғир ҳолатларда антибиотиклар (тетрациклин, окситетрациклин ёки эритромицин 0,5 г дан кунда 2 марта, доксациклин 0,1 г дан кунда 2 маҳал);
- аёллар перорал контрацептивлар, масалан Diane-35;
- синтетик ретиноидлар, хусусан Roaccutane кунда 1 кг. тана вазнига 0,1-0,5 мг 4 ой ва ундан ортиқ муддатда;
- физиотерапия - гелиотерапия, ультрабинафша нурлар.

Пиодермитлар (Piodermia) - терининг йирингли яллиғланиши (юнонча роуп – йиринг, derma – тери деган сўзлардан иборат) ҳисобланиб, унинг касалликлари орасида кўп учрайди ва йиринг тарқатувчи микроблар – стафилококклар, стрептококклар, гоҳо кўк йиринг таёқчаси кириши туфайли вужудга келади. Ноқулай меҳнат ва турмуш шароитлари, санитария-гигиена меъерининг бузилиши йирингли касалликларнинг тарқалишига сабаб бўлади.

Стафилококкли пиодермитлар – фолликуляр пиодермитлар деб аталади ва унга сабаб стафилококклар албатта теридаги соч фолликулаларини жароҳатлайди ва бир-биридан яллиғланиш жараёнининг чуқурлиги ва даражаси билан ажралиб туради. Стафилококкли пиодермитлар юза ва чуқур турларга бўлинади. Юза стафилококкли пиодермитлар кўпроқ терининг эпидермис қаватини жароҳатлаб, уларга остиофолликулит, фолликулит ва сикоз, дермани жароҳатлайдиган чуқур стафилококкли пиодермитларга эса фолликулит, фурункул, карбункул ва гидраденитлар киради.

Стрептококкли пиодермитлар (чақирувчиси стрептококклар) – фақат нозик ясси терини жароҳатлайди ва кўпинча юза жойлашган, ясси, юпка томли, бўшашган пуфакка ўхшаш, сероз суюқликни эслатадиган суюқ йиринг сакловчи йирингчаларни ҳосил қилади.

Стрептококкли импетиго (*impetigo streptogenes s.contagiosa*) – терининг тўсатдан бошланадиган юзаки, аммо ўта юқумли ўткир стрептококкли жароҳатланиши бўлиб, кўпроқ ёш болаларда учрайди.

Клиник кўриниши. Эритематоз қизарган тери юзаларида фликтена номли йирингча ҳосил бўлади. Фликтена – юпка ва бўш томли ясси пуфак бўлиб, ичида сероз суюқликни эслатадиган йиринг саклайди ва киска вақт ичида лойқаланади, томи эса тезда ёрилиб юзаси эрозияланади ёки куриб қолиб юпка, кўп қават сарғиш қазғоқлар ҳосил қилади.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- сув билан боғлиқ муолажаларни чеклаш (душ, ювиниш, чўмилиш) ва тошмалар атрофини салицил ёки камфора спирти билан кунига 2-3 марта ишлов бериш;

- пуфакларни ёриш;

- ажралган қазғоқларни иложи борида эҳтиёткорлик билан олиб ташлаш;

- дезинфекцияловчи линимент, крем, мазлар (Lin. Syntomycinum 2-5%);

- Ung. Nyrargyri oxidati flavi 2%, Ung. Mycitracini, Ung. Dermatoli 5%, Ung. Fucidin ва бошқалар.

Умумий даво:

- жараённинг тарқалиши кузатилса, кенг таъсирга эга антибиотиклар (Doxiciclinum 0,1 кунига 2 маҳал, Erythromycinum 0,5 кунига 4 маҳал) тайинлаш;

- поливитамиинлар.

Дўмбоқчали ва тугунли дерматозлар

Мохов (Lepra) – оғир, юқумли, узоқ яширин давр ва турли клиник белгилар ҳамда қатор ички аъзолар ва тизимлар зарарланиши билан кечадиган ва одамларда учрайдиган касаллик. У ўтмишда кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, одамзодга кўп қийинчиликлар келтирган. XII–

XIII асрларда Европа давлатларида эндемия ва пандемия ҳолатида кечган ва биринчи кураш ҳаракати сифатида касаллик белгилари пайдо бўлган одамлар шаҳар ва кишлоқлардан бадарға қилинганлар. Натижада моховхона ёки мохов кишлоқлари вужудга келган. Айрим давлатларда беморларга бўлган муносабат ундан ҳам даҳшатли бўлган. Бугунги кунда рўйхатга олинган беморлар сони 12 млн. атрофида бўлиб, уларнинг асосий қисми Африка, жануби-шарқий Осиё ва Осиё давлатларида яшайди. Касаллик кўпроқ аҳолининг ижтимоий ва иқтисодий аҳволи ночор ҳамда маданий савияси паст бўлган қатламлари орасида учрайди.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 1-2 йилдан 15-20 йиллар ва ундан ҳам кўпроқ бўлиши мумкин. Айрим олимлар, моховнинг биринчи клиник тошмалардан олдин продромал даври борлиги ва унда ревматоид оғриқлар, парестезия ва гиперстезиялар кузатилиши мумкинлигини эслатадилар. Моховнинг лепроматоз, туберкулоид ва дифференцияланмаган турлари фаркланади. Уларнинг энг оғири ва юқумлиси лепроматоз мохов ҳисобланади. Дифференцияланмаган турида бемор организмни химоя кучига боғлиқ ҳолда касалликнинг кечиши ўзгариб туради. Организм қаршилиги кучайса, касаллик туберкулоид, пасайса ёмон кечувчи лепроматоз турига ўтиши мумкин. Мохов касаллигида эритематоз, ялтирок, турли катталиқда бўлган овалсимон доғлар пайдо бўлади. Тезда улар занг рангли бўлиб, инфилтрация оқибатида зичлашиб боради ва ичида аста-секин катталашадиган тугунлар пайдо бўлади. Бу моховнинг асосий клиник тошмаси лепрома аталади. Касаллик бошланиш давридан терида сезувчанлик йўқолади. Текширилганда беморда иссиқ-совуқни, оғриқни, босимни сезиш йўқолгани енгил аниқланади. Вақт ўтиб унинг кош сочлари латерал томондан тушиб кетади ва ялтираб турган терида ривожланган инфилтратлар орасидаги катта тугунлар бир-бири билан қўшилиб, усти нотекис бўлиб, ўз оғирлигидан осилиб қолади. Моховга чалинган беморнинг юзи жуда характерли бўлиб, «шер афти»ни эслатадиган тус олади.

Айниқса, моховнинг лепроматоз турида бурун, оғиз, кўз шиллик пардалари жароҳатланиши кўп учрайди. Сероз суюқликлар ажралиши камайиши оқибатида буруннинг тоғай қисми жароҳатланиб кўтарилиб қолади, кўзлар эса бутунлай кўрмайди. Моховнинг туберкулоид турига кўпроқ асаб тизимининг зарарланиши ва терида юмшоқ дўмбоқчалар, гипопигмент доғлар, соч тўкилиши ва беморда терлаш хусусияти йўқолиши характерли ҳисобланади. Дифференцияланмаган моховда кўпроқ эритематоз, гипопигментли ёки гиперпигментли доғлар, асаб толаларнинг симметрик зарарланиши, параличлар, контрактулар ва чуқур атрофик яралар вужудга келади.

Таъхис мутахассис шифокор томонидан бемор тўлиқ текширилгандан сўнг қўйилади:

- терининг сезгирлик қобилятини аниқлаш;
- бактериоскопия – бурун шиллик қавати ва лимфа тугунидан пункцияси;

- гистамин синамаси – кизариш бўлмайди;
- минор синамаси –10% йод суртиб, устидан крахмал, кейин фаол ҳаракат. Терлаш оқибатида йод терини қора-бинафша рангга бўййди. Моховда терлаш кузатилмайди;

- ультрабинафша нулланишли синама – гиперпигментация бўлмайди;
- Лепромин синамаси (туберкулин синамасига ўхшаш).
- Даволаш:
- сульфон препаратлари – диаминдифенилсульфон, сульфетрон, лепросан, промин, диазон;
- беморнинг оила аъзоларини ва бошқа яқин мулоқотда бўлганларни текшириб, зарур ҳолатларда профилактик даво олиб бориш керак.

Тери лейшманиози (Leishmaniosis cutis) - эндемик, паразитар, юкумли трансмиссив касаллик. Унинг вужудга келиши учун албатта инфекция резервуаридан (бемор одам ёки ҳайвон) москит (инфекция ташувчи) қон билан бирга касаллик қўзғатувчисини (*Leishmania tropica*) ютиб олиши ва кейинчалик соғ одамни чақиб унга юктириши керак.

Клиникаси. Москитнинг қон сўриб терини жароҳатлаган жойида кейинчалик, инкубацион давр ўтиб касалликка хос тошмалар, яъни лейшманиомалар пайдо бўлади. Одатда, москит бир ўтирганда, сакраб-сакраб терининг бир неча жойида қонни сўради ва ҳар чакқан жойида кейинчалик биттадан бир неча юзтагача лейшманиомалар пайдо бўлиши мумкин.

Лейшманиознинг қишлоқ тури қисқа 2-3 ҳафталик инкубацион даврдан кейин, терида биринчи кундан ўткир яллиғланиш белгилари билан кечадиган фурункулсимон тугун, шаҳар лейшманиозида эса дўмбоқчалар билан бошланиши мумкин. Унинг марказида 1-2 ҳафта ўтгач некроз ҳосил бўлиб нотекис, чуқур чегарали яра вужудга келади. Яранинг ўрнида пайдо бўлган чандик, кўп йиллардан кейин ҳам беморнинг лейшманиоз билан касалланганини тасдиқлаб туради. Бу атрофик чандик штамп қўйилгандек, аниқ чегарали, усти текис ва ялтироқ, чегара қирраси нотекис фестонсимон, атрофида вақтинчалик гиперпигментация бўлиши мумкин. Бинобарин ўткир некрозланган қишлоқ лейшманиозида биринчи тошмалар вужудга келгандан то яралар битгунгача 2–3 ойдан 5–6 ойгача вақт ўтиши мумкин. Шаҳар лейшманиозида эса бу давр ўртacha 1 йилга тенг ва шу сабабли халқ орасида бу касаллик «йил яраси» деб ном олган.

Даволаш. Тери лейшманиозининг даволаш натижалари бугунги кунда қониқарли эмас. Унинг асосий сабаби самарадор ҳисобланган мономицин амалиётдан олингандан кейин (токсик таъсири борлиги учун), бошқа талабга жавоб берадиган специфик препарат топилмаган. Сўнгги йилларда маҳаллий криотерапия ва лазеротерапия ижобий натижа бермоқда.

Шифокорнинг асосий вазифаси беморни оғриқ безовта қилса аналгетиклар буюриш, яраларни иккиламчи инфекциялардан ҳимоя қилиш, антибактериал ва антисептик малҳамлар ёрдамида уларнинг тез тузалиб кетишига қаратилган тадбирлардан иборатдир.

Терининг ўсма касалликлари

Тери ва шиллик пардаларнинг ўсма касалликларини мустақил равишда ривожланадиган ва ички аъзолар рақ касалликлари билан боғлиқ гуруҳларга ажратадилар. Биринчи гуруҳ ўз навбатида, хавфли ва хавфсиз ўсмаларга бўлинади.

Базал хужайрали эпителиома (Epithelioma asocellulare) - (базалиома) амалиётда кўп учрайди ва тери рақ касалликларининг 80% ни ташкил қилади. Прimitив эпителиал ўсма бўлиб, базал хужайралар дифференциацияси натижасида ҳосил бўлади.

Клиник кўриниши. Базалиома, асосан, терининг қуёш нури тушувчи соҳаларида кузатилиб, кўпинча юз, қулоқ супраларида, камроқ ҳолларда эса тананинг кўкрак олд юзаси, елка камари қисмида учрайди. Базалиома ўзининг жуда секин ўзгариши ва метастаз бермаслиги билан характерланади. Касаллик майда доғ, чегараланган гиперкератоз ёки марваридга ўхшаш кичик тугунчалар тошиши билан бошланади. Ясси тугунчалар секин катталашиб, юза ва ўткир яллиғланиш белгиларисиз ялғирок, атрофида тери юқалигидан қон томирлари (телеангиэктазия) кўриниб турадиган кўрғон билан ўралган бўлади. Ялғирок валиксимон атроф қисми ажралиб турган, дурсимон тугунчаларни кўриш мумкин. Ўрта қисмидаги тугунча олдин эрозия, кейинчалик катталашган чуқурроқ яра ва сўнгра қазғоқлар ҳосил қилади.

Даволаш:

- рентген нури билан даволаш;
- крио ва лазеротерапия, жаррохлик усули.

Ясси хужайрали карцинома (Carcinoma spinocellulare) - ёмон сифатли ўсмаларнинг кўп учровчи тури ҳисобланиб, аксарият ҳолларда оқ танли кишиларда кузатилади. Ушбу ўсма базал хужайрали эпителиомага нисбатан 20–50% кам аникланади.

Клиник кўриниши. Тери жароҳати носпецифик, майда, кепакланувчи доғ холида ёки сурункали, битиши қийин тирналишлар ўчоғи кўринишида пайдо бўлиб, юзасида яллиғланиш ва қазғоқлар бўлади. Типик ясси хужайрали карцинома кератотик, кератоакантомага ўхшаш жароҳат бўлиб, марказида кератиноз ўчоқли ёки катта ярали тугунчалар кузатилади. Уларнинг юзаси яқиндан парсимон кўринади ва жароҳат ўчоқлари атроф тўқималарнинг кучли деструкциясига олиб келади. Жароҳат ўчоқлари энининг катталиги бир см.дан ортиқ бўлса, кўпроқ метастазланишга ҳамда томирлар ва иннервация зоналари бўйлаб тарқалишга мойил бўлади. Ўсма жойлашган соҳа чегараланган ҳолда чуқурлашиб яраланади. Ясси хужайрали карциномалар актиник кератоз ўрнида ёки кўзга кўринарли сабабларсиз юзага келиши мумкин. Янги пайдо бўлган жароҳатлар, айниқса, шиллик пардаларда агрессивроқ ксчадилар ва эрта метастазландилар.

Даволаш:

- электрокоагуляция, криодеструкция, жаррохлик усулида даволаш;
- нур билан даволаш;

– метастаз бўлса – химиотерапия.

Учламчи захмлар (*Syphilis tertiaria*) - фаол (актив) захмда дўмбоқчали (*Syphilis tuberculosa*) ва гуммоз захмда (*Syphilis gummosa*) кузатилади.

Клиник кўриниши. Дўмбоқчали захм специфик инфилтрат бўлиб (инфекцион гранулема), дерманинг тўрсимон қаватидан ҳосил бўлади. Терида бўлак-бўлак ёки гуруҳ-гуруҳ, оғриксиз, аниқ чегараланган, яримшар шаклдаги, ўлчамлари нўхот катталигигача бўлган дўмбоқчалар кузатилади. Улар зич-эластик консистенцияли, тўқ-кизил, кўкимтир ёки жигарранг тусли бўлиб, ойлаб ўзгармай сақланадилар. Дўмбоқчалар икки хил кўринишда регрессга учрайдилар: деструкциясиз, атрофи чандик ҳосил қилиб ёки яраланиб, чуқур чандик ҳосил қилиб. Ҳосил бўлган яра текис, чеккалари кўтарилган, сероз экссудатли, битгач ўрнида мозаиксимон чандик қолади ва унинг атрофи гиперпигментация билан ўралган бўлади. Дўмбоқчали захмларнинг 4 та клиник тури фаркланади:

– *гуруҳли дўмбоқчали сифилидлар (*Syphilis tuberculosa aggregata*)* кўп учрайди ва тошмалар гуруҳ-гуруҳ жойлашадилар ҳамда периферияга ўсмайдилар. Ўчоқдаги дўмбоқчалар ҳар хил ривожланиш босқичида кузатилиб, улар ўрнида мозаикасимон чандиклар ҳосил бўлади. Улар бир-бирларидан ўралган гиперпигментли хошиялар билан ажралиб туради;

– *ўрмалаб юрувчи дўмбоқчали захмга (*Syphilis tuberculosa serpigiosa*)* унинг гуруҳланиши ва инфилтратларнинг бир-бири билан кўшилиши хос. Ундан ташқари, дўмбоқчалар периферик-эксцентрик ўсадилар ва бир вақтнинг ўзида янги дўмбоқчалар ва ҳамда уларнинг деструкцияси кузатилади. Яралар мозаикасимон чандиклар ҳосил қилиб битади;

– *диффуз ўчоқли дўмбоқчали захм (*Syphilis tuberculosa diffusa*)*. Махсус инфилтрат тўқ-кизил ёки жигарранг, аниқ чегарали, сидирга ўчоқ ҳосил қилади ва бир-неча ой мобайнида яраланиб битади ҳамда чандик ҳосил бўлади. Тошмалар, асосан, кафт ва товон соҳаларида жойлашади;

– *карликсимон дўмбоқчали захм (*Syphilis tuberculosa nana*)*. Диаметрлари 1–2 мм, зич эластик консистенцияли, тўқ-кизил дўмбоқчалар дерманинг юза қаватида ҳосил бўлади. Улар бир-биридан ажралган ҳолда, гуруҳ-гуруҳ жойлашиб, турли шакллар ҳосил қилади. Қайта сўрилиб юзасида, майда чандиклар ҳосил бўлади.

Даволаш ихтисослаштирилган тери-таносил касалликлари диспансерларида олиб борилади. Шунинг учун унга шубҳа бўлганда, УАВ беморларни зудлик билан мугахассис шифокорга юбориши керак.

Везикулез ва буллез дерматозлар

Пўрсилдоқ яра (*pemphigus*) – акантолиз (акантолизис) туфайли ўткир яллиғланишсиз тери ва шиллик пардаларда ривожланган пуфак ҳосил бўлиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Пўрсилдоқ яра ҳар иккала жинсда кузатилиб, 40 ёшдан катталарда кўпроқ, болаларда камроқ учрайди.

Пўрсилдок яранинг 4 хили тафовут этилади: оддий (*P. vulgaris*), баргсимон (*P. foliaceus*), тарқалувчи (*P. vegetans*) ва ссбореяли (*P. seborrhoicus*). Оддий тури бошқаларига нисбатан кўпроқ учрайди. Оғиз шиллик пардаси жароҳатланиши баргсимон туридан бошқа ҳамма турларида кузатилади.

Клиникаси. Оддий пўрсилдок яранинг клиник кўриниши хос, мономорф пуфаклар тошиши билан характерланади. Кўринишидан соғ бўлган тери сатҳида ўлчамлари 0,5–1,0 см дан 5 см, ҳатто ундан катта ўлчамли, юпка томли пуфак пайдо бўлади. Пуфак суюқлиги шаффоф бўлиб, киска муддатда лойқаланади. Унинг томи осон ёрилиб, юзаки, тўқ кизил рангли чақалар ҳосил қилади. Улар узок битмайди ва четларида эпидермис бўлакчалари сақланади. Ушбу бўлакчалар пинцет ёрдамида секин тортилса, соғ кўринган тери сатҳидан эпидермисни осон кўчиши кузатилади ва шафтоли меваси терисининг енгилгина ажралишини эслатади. Бу ҳолат акантолизис ҳодисаси туфайли кузатилиб, Никольский симптоми деб аталади.

Даволаш. Пўрсилдок ярани даволашда ГКС (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон) ва цитостатиклардан фойдаланилади. Преднизолон катта дозада (кунда 50–80 мг) буюрилади, бемор ҳолати инобатта олинади. Дорининг юкори дозаси тошмалар тошнши тугаб, чақалар эпителизацияга учраганга қадар қабул қилинади, сўнг гармонлар миқдори камайтириб борилади. Сув-туз алмашинувини мувофиқлаштириш мақсадида диуретиклар: гипотиазид, фуросемид тайинланади. Пиодермиянинг олдини олиш учун антибиотиклар тавсия этилади.

Маҳаллий даво. Оғиз шиллик пардасини турли хил дезинфекцияловчи ва дезодорацияловчи воситалар билан чайиш, эрозияларга анилин бўёқлари билан ишлов бериш зарур. Эрозия ўчоқларининг мумкин қадар тез эпителизацияланиши учун оғиз бўшлиғини санация қилиш ҳамда рационал протезлар зарур. Лаб кизил хошияси жароҳатланса, антибиотиклар ва кортикостероид сакловчи малҳамлар ва 5% дерматол сурилади. Беморлар доимий диспансер кузатувида бўлишлари керак.

Оддий учук (*Herpes simplex*) - (пуфакчали темиратки) ёки оддий герпес (*herpes simplex*), терининг кўп учровчи вирусли касаллиги ҳисобланади. Касаллик ҳар иккала жинсда ва ёшдаги кишиларда кузатилади. Жойлашиши, кечиши ва оғирлигига қараб унинг бир неча тури фарқланади.

Клиникаси. Оддий учукнинг кўп учровчи соҳаси табиий ёриқлар атрофи бурун канотлари, оғиз бурчаклари, лаб кизил хошияси, жинсий аъзолар ҳисобланади. Дастлаб бир жойда, камроқ икки ва ундан ортик соҳаларда чегараланган гиперемия юзада ўлчамлари мошдек ёки майда нўхатдек пуфакчалар ҳосил бўлади. Ҳар бир ўчоқда улар сони 2–3 тадан 8–10 тага етади. Пуфакчалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашиб, шаффоф экссудат саклайди ва у 2–3 кунда хиралашади. Айрим ҳолларда пуфакчалар томи бирикиб, 1–1,5 см.ли кўпкамeрaли пуфак ҳосил бўлади ва четлари жимжимадор кўринишга эга. Кейинчалик улар қуриб, сарғиш-кўнғир қазғоққа айланади ва 5–6 кундан сўнг кўчади. Қазғоқлар ўрнида бир оз

кизгиш ёки пигментли доғ қолади. Айрим ҳолларда эса пуфакчалар 2–3 кундан сўнг ёрилади ва тўқ кизил ранги, атрофи хошияли эрозия ҳосил бўлади. Пуфакчалар тошиши санчиқ, ачишиш, айрим ҳолларда атроф тўқималарнинг шишиши билан кечади. Беморнинг умумий аҳволи одатда ўзгармайди, айрим беморларгина ҳолсизлик, мушаклар оғриши, эт уюшишига шикоят қиладилар. Тана ҳарорати 38–39° С гача кўтарилиши мумкин.

Аёллардаги жинсий аъзолар соҳаси учуғи кўзгатувчиси ҳомила ва янги туғилган чақалоқларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Бунда ҳомила тушиши, унинг ўлими ёки чақалоқда турли хил нуқсонлар кузатилиш эҳтимоли юқори. Шулар билан бир қаторда, вирус бачадон бўйни раки ривожланишининг асосий сабабчиси ҳисобланади.

Даволаш. Маҳаллий-анилин бўёқларининг спиртли эритмалари қўлланилиб, қазғоқлар ҳосил бўлгач вирусга қарши таъсирга эга бўлган воситалар сақловчи - 3% оксалин, 3–5% тебрафен, 5% ацикловир мазлари суртилади. Лейкоцитар интерферон яхши самара берганлиги сабабли эритма ҳолида ўчоққа кунда 6-7 марта томизилади. Уни касалликнинг дастлабки кунларидан бошлаб тайинлаш лозим. Шунингдек, декарис, гаммаглобулин, пирогенал, продигиозан, аскорбин кислоталари катта миқдорда тавсия этилади. Дибазол ҳам интерферонга хос таъсирга эга бўлганлиги сабабли 0,01 г дан кунда 2 марта 1 ой мобайнида тайинланади. Герпетик поливалент вакцина ҳам тери орасига 0,1-0,2 мл 2-3 кунда 1 марта юборилади ва 1-босқичга 10 инъекция кифоя қилади.

Умумий даво – Асусclovir (Ацикlostад, Валтрекс).

Қамраб олувчи темиртки (Herpes zoster) - филтрланувчи вирус чакиради. Ҳар иккала жинсда ҳам учраб, турли хил ёшларда кузатилади, аммо 10 ёшгача бўлган болаларда учрамайди. Касаллик ўткир кечиби, тана ҳарорати кўтарилади ва кучли невралгик оғриқлар кузатилади.

Клиникаси. Асосан периферик нерв толалари - кўпинча ковуғалараро бир томонлама жароҳатланиб, унинг йўналиши бўйича тошмалар пайдо бўлади ва беморни кучли оғриқ безовта қилади. Учламчи нервнинг биринчи ва учинчи шохи зарарланса оғиз шиллиқ пардасида тошмалар хуружлар кўринишида пайдо бўлади ва тана ҳарорати кўтарилади. Гиперемияланган тери юзасида гуруҳ-гуруҳ пуфакчалар пайдо бўлиб, улар дастлаб сероз суюқлик сақлайди, кейин аста-секин лойкаланади, қуриб сероз қазғоқ ҳосил қилади. Дастлабки гуруҳ тошмалардан сўнг навбатдагиси пайдо бўлиб, нерв толаси йўналишини қоплайди. Тошмалар бир вақтда тошмайди, шу сабабли бир беморда унинг ҳар хил кўринишлари: эритема, пуфакча, сероз қазғоқлар, эрозиялар кузатилади. Эрозиялар чети одатда майда хошияли бўлиб, қазғоқлар кўчиби, эрозия битгач, ўрнида иккиламчи доғ ҳосил бўлади.

Қамраб олувчи темиртки ўзидан сўнг иммунитет қолдиради ва қайталаниш кузатилмайди. Аммо оғир касалликлар билан оғриган кишиларда иммунитет сусайиши сабабли (рак, лейкоз) қайталаниш ҳоллари ва унинг тарқоқ тури кузатилиши мумкин. Айрим беморларда касалликдан сўнг неврологик оғриқлар узок муддат сақланади.

Давоси:

- аналгетиклар (аналгин, баралгин);
- ацетилсалицил кислотаси ёки амидопирин 0,5 г дан кунига 3-4 марта ;
- ацикlostад 400 мг дан кунда 5 маҳал 10 кун, валтрекс 500 мг дан кунда 2 маҳал 10 кун.
- витаминлар В12 – 500 м/о ҳар кун;
- маҳаллий-анилин бўёқларининг спиртдаги эритмалари, вирусга қарши таъсирга эга воситалар сақловчи малҳамлар (акловир 5%, теброфен 2%, оксалин 3%);
- ультрабинафша нурлар ультратовуш, диадинамик ток – нерв йўналиши бўйича.

Эрозив ярали дерматозлар

Бирламчи захм (Syphilis primaria) - клиник кўриниши классик кечганда, қаттиқ шанкр (ulcus durum) эрозия ёки яра бўлиб, трепонемаларнинг тери ёки шиллик пардалар соҳасига қирган жойида пайдо бўлади. Ривожланиб бўлган типик қаттиқ шанкр думалоқ ёки овал шаклдаги эрозия ёки юза яра кўринишида кузатилиб, четлари текис ва аниқ чегараланган, товоксимон шаклда, усти ялтироқ «лакланган», тўқ қизил рангли, туби зич-эластик консистентлиги, пластинкасимон инфильтратга эга. Яра юзасидан оз миқдорда сероз суюклик ажралиб туради ва микроскопда қоронғилаштирилган майдонда кўрилганда кўп миқдорда оқиш трепонема топиш мумкин. Шанкр атрофидаги терида ўткир яллиғланиш аломатлари (агарда иккиламчи инфекция билан асоратланмаса) кузатилмайди. Қаттиқ шанкр кўп ҳолларда жинсий аъзолар терисида ва унинг яқинида жойлашиб, касалликнинг жинсий йўл билан юққанлигини кўрсатади. Қаттиқ яра жинсий аъзолардан ташқари лаб, оғиз шиллик пардаси, тилда ва бошқа жойларда учраши ҳамда ҳар хил шаклда бўлиши мумкин. Даволаш ихтисослашган тери-таносил касалликлари диспансерларида олиб борилади. Захмга шубҳа бўлганда УАВ беморларни зудлик билан мутахассис шифокорга юборишлари лозим.

Орттирилган иммун танқислик синдроми

Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) ўта хавфли, юқумли, ретровирус гуруҳига мансуб вирус қўзғатадиган касаллик. 1980 йиллардан бошлаб омма орасида кенг тарқалиши ва бедавоти, ОИТС дунё мамлакатларида сезиларли ижтимоий ва иқтисодий зарар, инсонларда эса ваҳима келтирадиган муаммо ҳисобланади. Ушбу синдромнинг нафақат тиббий, балки муҳим ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини инобатга олиб қўлланмада ОИТСни алоҳида маъруза ҳолида мукамал баён қилдик.

Бактериал вагиноз, гарднереллез (Vaginosis bacterialis) – полимикроб келиб чиқишга эга бўлган клиник синдром ҳисобланиб унда қин

шираси ўзгариши кузатилади ҳамда лактобактериал флора ва анаэроб микроорганизмлар орасида силжиш кузатилади.

Клиник кўриниши. 50% бактериал вагиноз билан оғрувчи аёллар касаллик лаборатор текшириш ёрдамида тасдиқланган бўлса ҳам шикоят билдирмайдилар. Клиник ўзгаришлар яққол кузатилган беморларда нохуш ҳиссиёт, кичишиш, сийдик ажралишининг ўзгариши ва киндан ажралмалар кузатилиши мумкин. Яллиғланиш ўткир кечиб уретрада (urethritis) қин шиллиқ пардасида (colpitis), бачадон бўйнида (cervicitis) ва бачадон бўйни каналида унинг белгилари (endocervicitis) кузатилади. Қўнғир-оқиш ўзига хос хидли ажратмалар ажралади. Эркакларда Gardnerella vaginalis яллиғланиш чақирмайди, айрим ҳоллардагина уретрит кузатилиши мумкин. Касалликни даволаш тамойиллари куйидаги 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Бактериал вагинозни даволаш тамойиллари

Дорининг номи	Қўллаш йўли	Дозалари	Иловалар
Tinidazolom	ичишга	биринчи кун 2,0 бир марта, кейин 0,5 кунда 2 марта, 5 кун даомида	Ҳомиладорликда қўллаш мумкин эмас
Metronidazolom	ичишга	0,5 кунда 2 марта, 7 кун	Рецидив вақтида вагинал шамлар билан бирга буюрилади
Arilin 250	ичишга	0,5 кунда 3 марта, 3-4 кун ёки 0,5 кунда 3 марта, 5 кун давомида	Ҳомиладорликда қўллаш мумкин эмас
Arilin rapid	i/vag	кунда 1 марта, 2 кун давомида	Ҳомиладорликда қўллаш мумкин эмас
Clindamycin	ичишга	0,3 кунда 4 марта, 4-7 кун давомида	Ҳомиладорликда қўллаш мумкин эмас

Сўзак – гонорея (Gonorrhoea)

Сўзак – жинсий йўл орқали юқадиган касаллик бўлиб, бир қатор цилиндрли эпителия хужайралари билан қопланган шиллиқ парданинг яллиғланиши ҳисобланади.

Клиник кўриниши. Касаллик уретрадан йирингли суюқлик ажралиши ва ундаги нохуш ҳиссиёт билан бошланади, сийиш вақтида ва унда сўнг беморни ўткир оғрик ва ачишиш безовта қилади. Кўздан кечирганда, бемор

уретрасининг ташки тешиги гиперемияланган, шишган ва кенгайган бўлиб, суяк йирингли ажратма кўришиб туради. Икки стаканли (Томпсон) синама ўтказилганда, сийдикнинг биринчи порцияси – лойка, иккинчиси эса тиниқ бўлади. Уретра пальпациясида унинг сезилади.

Гонорея кўпинча простата беzi яллиғланишининг сабабчисидир. Субъектив ҳиссиётлар яллиғланиш жараёнининг фаоллиги ва таркоқлигига боғлиқ. Беморлар сийдик ажралиши ва жинсий ҳаётнинг ўзгариши ҳамда дефекациянинг оғрикли бўлишига шикоят қиладилар. Простата безини пайпаслаб, секин-аста текшириш простатит (prostatitis) турини аниқлашга имкон беради. Аммо юқоридаги шикоятлар уруғ пуфакчалари яллиғланганида (vesiculitis) ҳам кузатилишини ёдда тутиш лозим. Везикулитнинг клиник турларини аниқлаш учун уруғ пуфакчалари пальпация ёрдамида текширилиб, унинг суяқлиги лаборатория таҳлилидан ўтказилади.

Аёллар сўзаги – касаллик бошланганини кўпчилик беморлар сезмайдилар ва шикоят билдирмайдилар ёки кам безовталанадилар. Дастлабки белгиси йирингли ажралма ҳисобланади. Айрим ҳолларда оғриқ билан кечувчи тез-тез сийишга мойиллик кузатилади ва бу ҳиссиётлар деярли барча ҳомиладор аёлларда, климакс ёшдагиларда ва ёш қизчаларда кузатилади. Бу гуруҳ беморларда ташки жинсий аъзоларда яллиғланишлар кузатилиб, шу соҳалар оғриги, қичишиши ва қизишига шикоятлар бўлади. Кўрик пайтида катта ва кичик уятли лабчалар шиллик пардалари шиши, гиперемияси аниқланади. Бу белгилар ўткир вульвит (vulvitis acuta) ва вестибулит (vestibulitis acuta)дан дарак беради. Уретра гиперемияси ва шиши, уни массаж қилгандан сўнг йирингли ёки лойка томчи ҳолидаги ажратмаси эса янги ўткир уретрит (urethritis recens acuta) юзага келганини тасдиқлайди. Кейинчалик уретритнинг ўткир ости шаклига (urethritis recens subacuta) га ўтади.

Даволаш ихтисослаштирилган тери-таносил касалликлари диспансерларида олиб борилади.

Урогенитал трихомониаз (Trichomoniasis urogenitalis) – жинсий йўл билан юкувчи, кўп тарқалган паразитар касаллик бўлиб, фақат инсонларда учрайди ва асосан, сийдик йўллари дистал қисмларининг яллиғланиши билан кечади.

Аёллар ва қизларда клиник кўриниши. Трихомониаз қиндан ўткир кўпикли йиринг ажралиши билан бошланиб, беморлар ачишувчи оғриқлар ёки қичишга ва кўп миқдордаги оқиш ажралма ажралишига шикоят қиладилар. Вақт ўтган сайин субъектив шикоятлар камая боради ва бемор ўзини гўё «тузалаётгандек» сезади. Сурункали трихомониазга тез-тез қайталаниш хуружларни хос бўлиб, ўткир яллиғланиш жараёнларини жадаллаштиради. Кўпинча яллиғланиш қинда (colpitis), бачадон бўйни шиллик пардасида (cervicitis), уретрада (urethritis), кичик уятли лабчалар шиллик пардаларида (vestibulitis) ва катта (vulvitis) жинсий лабларда кузатилади. Камроқ ҳолларда бачадон бўйни канали (endocervicitis) ва бачадон (endometritis) шиллик пардаси яллиғланади.

Эркалардаги трихомонадалар уретра шиллик пардасига тушгач, ўткир ости, торпид клиник кўринишдаги ёки сурункали яллиғланиш чақиради. Бемор яхши даволанмаса ва парҳез сақламаса, уретра стриктураси, трихомонадли простатит ҳамда бошқа асоратлар кузатилиши мумкин.

Даволаш ихтисослаштирилган тери-таносил касалликлари диспансерларида ўтказилади. Шунинг учун трихомониазга чалинган беморларни УАВлари мутахассис шифокорга юборишлари лозим.

Кандидоз – тери, тирноқ, шиллик қаватларининг *Candida* таъсирида чақириладиган замбуруғли касаллиги.

Клиник кўриниши. Юза (ясси тери, шиллик пардалар, тирноқ кандидозлари) ва тизимли ёки висцерал, оралик ва сурункали тарқоқ (гранулематоз) кандидозлар тафовут этилади. Юза кандидозига тери шиллик пардалари, тирноқ ҳамда унинг атроф тўқимаси зарарланиши киради ва касаллик ясси тери, асосан, йирик бурмалар жароҳатланиши билан бошланади. Бурмалар соҳаси қавариб шишади, пуфакчалар, серопапулалар, пўстлоқлар, эрозия, намланиш кузатилади. Ўчоқлар аниқ, хошиядор чегарага эга, атрофида эпидермис кўчмаси аниқланади. Эрозия юзаси текис, ялтироқ, жойларда оқиш парда билан копланган. Ўчоқ атрофида якка-якка жойлашган шишли эритемалар, серопапулалар, везикуларлар, пустикулалар кузатилади. Бурмалардан тошмалар атроф териларга тошиб кўпаяди. Эритематоз турида унга хос шишган тургун-қизғиш рангли ўчоқлар кузатилиб, уларда эрозиялар ва намланиш аниқланади.

Шиллик пардалар кандидози, оғиз шиллик пардаси ва жипсий аъзоларда учрайди. Эпителий қисман кўчиб, бемор тишлаб тортади, сўнг тирналиш юзаси хосил бўлади. Текширилган материалдан замбуруғ топилмаслиги кандидоз таъхисини инкор қилади. Оғиз бурчаклари кандидози (кандидозли бичилиш) ва кандидозли хейлит, кўпинча оғиз шиллик пардаси, тил кандидози билан биргаликда учрайди, аммо алоҳида ҳолда ҳам бўлиши мумкин. Жараён кўпроқ болалар ва қарияларда кузатилади. Оғиз бурчакларида чуқур бурмалар бўлиши, бу қисмларнинг доимий сўлак билан намланиб, ишқаланиши замбуруғли бичилишга олиб келади. Оғиз бурчаклари териси яллиғланган, ишқаланиб қизарган, нам, осон кўчувчи оқиш парда билан копланган бўлади. Парда кўчирилгач, қизғиш эрозив юза кузатилади. Кўпинча жароҳат икки томонлама, айрим ҳолларда бир томонлама бўлиши мумкин.

Давоси. Антимикотиклар - дифлюкан, орунгал тайинланади. Ясси тери, бурмалар жароҳатланганда, кандидозда кўлланиладиган умумий дорилар тайинлашдан бошланади. Амфоглюкамин қунига 1 марта, овқатдан сўнг 200000-500000 шартли бирликда (ШБ) 10-14 кун давомида. Болаларга – 2 ёшгача – 25000 ШБ, 2 дан 6 ёшгача – 100000 ШБ, 6 дан 8 ёшгача – 150000 ШБ, 9 дан 14 ёшгача – 200000 ШБ қунига 2 марта тайинланади. Нистатин ёки леворин ичишга - 2 ёшгача 1 кг тана вазнига 1 мг 3-4 марта, 2 дан 6 ёшгача – 6-8 мг/кг, 6 ёшдан кейин 8-10 мг/кг қунига 3-4 марта, 7-10 кун давомида. Низорал ҳам бемор вазнини инобатга олиб, 2 ёшгача 15-20 кг вазнгача 25-30 мг,

6 ёшгача 20-30 кг вазнигача – 30 мг, кунда 1 марта. Юкоридагиларга қўшимча равишда В гуруҳ витаминлари, иммуностимулятор ва иммунокорректорлар буюрилади. Ўткир яллиғланиш билан кечиб, намланиш кузатилса, маҳаллий дорилардан 1% танин, 0,25-0,5% кумуш нитрати ва анилин бўёқларининг 1-2% эритмалари қўлланилади. Оғиз шиллик пардалари жароҳатланган бўлса, катталарга 10% тетраборат натрийнинг глицериндаги эритмаси, 1-2% анилин бўёқлари суртилади.

Урогенитал хламидиоз (Chlamydiosis urogenitalis). Хламидиоз – кўп учровчи ва жинсий йўл билан юқувчи касаллик ҳисобланиб, инфекция организмда узоқ кечувчи яллиғланиш жараёнларини чақиради ва турли асоратларга олиб келиб, бўғимлар ва кўз конъюнктиваси жароҳатланади.

Клиник кўриниши. Сийдик-таносил йўлларидаги ўзгаришлар, ўткир ости ва сурункали гонорейда кузатиладиган яллиғланишдан кам фарқ қилади. Одатда, уретрада нохуш ҳис, ачишиш ва кичишиш кузатилади. Уретра тешиги бир оз гиперемияланган бўлиб, оз миқдорда шилимшиқ ажралма ажралади. Аёлларда бачадон бўйни ва канали яллиғланиш характерли. Урогенитал хламидиоз гонорей сингари сийдик - таносил тизими бўйича тарқалиши ва асоратланиши мумкин.

Инфекциянинг кўз шиллик пардасига тушиши натижасида конъюнктивит ривожланади. Иммунопатологик реакцияли беморларда Рейтер касаллиги – реактив артрит, тугунчали эритема ва бошқалар кузатилади. Узоқ кечган инфекция бепуштлиқ, бўғимларнинг сурункали яллиғланиши ва бошқа тикланмас асоратлар чақиради. Рейтер касаллигининг классик варианты уретритдан бошланади, унга бўғимлар яллиғланиши ва конъюнктивит қўшилади. Айрим ҳолларда терида тошмалар кузатилиши мумкин. Касалликка, асосан, ёш эркаклар чалинадилар ва ўткир ёки ўткирости бошланиб, бирорта белгининг устунлиги билан кечади. Ўз вақтида ташхис қўйиб даволанмаса, касаллик қайталаниб, тикланмас асоратлар чақириси мумкин. Қуйидаги 2-жадвалда хламидиозни замонавий даволаш тамойиллари келтирилган.

2-жадвал

Хламидиозни даволаш тамойиллари

Дори воситалари	Юбориш усули	Асоратланмаган хламидиоз	Асоратланган хламидиоз	Изохлар
Doxicyclinum (Mynocyclinum)	Ичишга	1-доза 0,2; кейин 0,1 кунига 2 марта, 7 кун ёки 1-доза 0,2; кейин 0,1 кунига 1 марта, 7 кун	1-доза 0,2; кейин 0,1 кунига 2 марта, 14 кун ёки 1-доза 0,2; кейин 0,1 кунига 1 марта, 14 кун	Ҳомилдорлар, эмизикли аёллар ва болаларга мумкин эмас. Простатитда самарали

Tetracyclinum hydrochloridum	Ичиш-га	0,5 кунига 4 марта, 7 кун	0,5 кунига 4 марта, 14 кун	
Erythromycinum	Ичиш-га	0,5 кунига 4 марта, 7-10 кун ёки 0,25 кунига 4 марта, 14 кун		Ҳомиладорлар ва болаларга ҳамда тетрациклинга монелик бўлганда
Azitromycinum (Sumamed)	Ичиш-га	1,0 - 1 мартаба	1 ва 2 - кунлар 1,0; 3-кундан 0,25 бир кеча-кундузда 1 марта, 6 кун	Танлов препарати

Турли патологик жараёнларда теридаги элементларнинг жойлашишига қараб касалликларнинг учраши

Бош қисмида

Доғлар:

тизмли қизил волчанка,
тери шакли;
себореяли дерматит.
туғилча ва пиллакчалар:
оддий хуснбузар;
чегараланган нейродермит;
пигментли невуслар;
псориаз;
куёш таъсиридан кератоз;
кератома;

туғил:

яхши сифатли ўсмалар
пигментли невуслар);
ёмон сифатли ўсмалар
сиси ва базал хужайрали тери раки);
метастазлар.

ангичалар:

бошнинг сочли қисми
дермато-фитияси;

- дискоид қизил волчанка;
- диффуз нейродермит;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Лихенизация:

- чегараланган нейродерматит.

Пустлоқлар:

- базал хужайрали тери саратони;
- бошнинг сочли қисми дермато-фитияси;
- пиодермия;
- себореяли дерматит.

Пуфакча ва пуфаклар:

- герпетиформ дерматит;
- ўраб олувчи темиртки;
- ўткир кичимали дерматит;
- пуфакча.
- Йиригча:
- стафилакоккли фолликулит.

Юзда

Доғ:

- қизил волчанка;
- невус;

- себорейли дерматит;
- захм;
- фиксацияланган эритема.

Гиперпигментацияланган доғлар:

- ёмон сифатли лентиго;
- меланома;
- чегараланган хужайрали янги невус;
- Пейтц-Егерс синдроми;
- қарилар кератомаси;
- қарилар лентигоси;
- хлоазма.
- Гипопигментацияланган:
- курук стрептодермия;
- витилиго;
- ранг-баранг темиратки.

Тугунча ва пиллакчалар

Тери ранги меъёрида:

- контагиоз малюска;
- оддий хуснбузар;
- пигментли невус;
- ясси сўгал;
- оддий сўгал;
- куёшли кератоз.

Қизил:

- ангиофиброма;
- иккиламчи захм;
- гемангиома;
- дерматомиозит;
- қизил волчанка;
- ирсий геморрагик телеангиэ-ктазия;
- базал хужайрали тери раки;
- невус;
- оддий хуснбузар;
- оғиз атрофи дерматити;
- пушти хуснбузар;
- сарамас;
- ясси хужайрали тери раки;
- саркондоз;
- қуёш таъсиридаги кератоз;
- телеангиэктатик гранулема;
- эозинофилли фолликулит;

- эритропозтик протопорфери я

Гиперпигментациялашган:

- меланома;
- пигментли невус;
- базал хужайрали тери раки;
- чукур невус;
- қарилар кератомаси.

Тугун ва ўсмасимон ҳосиллаш

Тери ранги меъёрида:

- ангиофиброма;
- базал хужайрали тери раки;
- ясси хужайрали тери раки;
- трихоломма.

Қизил рангли:

- тарқалган амилоидоз;
- қизил волчанка;
- саркоидоз;
- телеангиэктатик гранулема.

Вегетация:

- кератоакантома;
- оддий сугал;
- қарилар кератомаси.

Қаварчиқ:

- Квинке шиши;
- эшак еми.

Қипиқланиш:

- дерматофития;
- рух етишмовчилиги;
- қизил волчанка;
- псориаз;
- себорейли дерматит;
- куёшли кератоз.

Пустлоқ:

- герпес;
- импетиго;
- ўраб олувчи темиратки;
- ўткир контакт дерматити.

Пуфак ва пуфакча:

- буллез импетиго;
- герпес;
- ўраб олувчи темиратки;
- ўткир контакт дерматити;
- пурсилдок яра.

Йирингча:

- дерматофития;
- пиодермиялар;
- оддий хуснбузар;
- пушти хуснбузар;

Яра:

- ёмон сифатли ўсмалар;
- чуқур пиодермиялар;
- меланома;
- патомимия.

Экскориация:

- невротик эксскориациялар;
- қичишишли дерматозлар.

Тугунча:

- тарқалган амилоидоз;
- ёмон сифатли ўсмалар;
- контагиоз моллюска;
- оғиз атрофи дерматити;
- Капоши саркомаси;
- сирингиома;
- қарилар кератомаси

Лихенизация:

- сурункали дерматит.

Қалок:

- импетиго;
- везикуляр тошмалар билан кечадиган дерматозлар;
- ўткир қичувчи дерматит.

Қулоқ супраси**Пилакчалар:**

- дискоид қизил волчанка;
- псориаз.

Тугун ва ўсмасимон ҳосилалар:

- ёмон сифатли ўсмалар;
- Лайм касаллиги;
- лимфома;
- пигментли невуслар
- қулоқ супраси тугунли хондродерматити.

Кепакланиш:

- дискоид қизил волчанка;
- ўткир ости дерматит;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Муғузланиш:

- куёш таъсиридаги кератоз;
- қарилар кератомаси;
- кератоакантома.

Лихенизация:

- сурункали кечувчи дерматит.

Оғиз**Пилакчалар:**

- оғизнинг сочли лейкоплакияси (тилнинг зарарланиши);
- кандидоз;
- қизил ясси темиртки;
- лейкоплакия.

Тугунлар:

- ёмон сифатли ўсмалар;
- телеангиэктатик грнулема.

Муғузланиш:

- оғизнинг сочли лейкоплакияси (тилнинг зарарланиши);
- лейкоплакия.

Пуфакча ва пуфак:

- герпес;
- ўраб олувчи темиртки;
- полиморф эксудатив эритема;
- пўрсилдоқ яра;
- яралар;
- гистоплазмоз;
- афталар;
- ёмон сифатли ўсмалар;
- қизил волчанка;
- захм(қаттиқ шанкр).

Қўз ва оғиз бўшлиғининг биргаликда зарарланиши:

- герпес;
- ўраб олувчи темиртки;
- полиморф эксудатли эритема.

Тери ва оғиз бўшлиғининг биргаликда зарарланиши:

- иккиламчи захм;
- герпес;
- кандидоз;
- қизил волчанка;
- қизил ясси темиртки;
- полиморф эксудатли эритема;
- пўрсилдоқ яра.

Тана ранги**Қизил:**

- герпетиформ дерматит;
- замбуруғсимон микоз;
- иккиламчи захм;
- дерматофития;
- дорили токсикодермия;
- пушти темиратки;
- себореяли дерматит.
- инфекцион касалликлар;
- қизил ясси темиратки;
- Лайм касаллиги;
- оддий хуснбузар;
- папулез эшакими;
- пигментли эшакими;
- псориаз;
- сурункали кечувчи дерматит.

Гиперпигментлашган:

- дерматофития;
- иккиламчи захм;
- дерматофития;
- дорили токсикодермия;
- пушти темиратки;
- себореяли дерматит;
- нейрофиброматоз (кахва-сут рангидаги доғ);
- пигментли эшакими;
- Мак-Кьюн-Олбрайт синдроми;
- фиксацияланган токсикодермия.

Гипопигментлашган доғлар:

- ранг-баранг темиратки;
- витилиго;
- тубероз склероз;
- мохов.

Туғунча ва пиллакчалар**Тери ранги меъёрида:**

- дермал невохужайрали невос;
- контагиоз моллюска;
- нейрофиброматоз.

Гиперпигментлашган доғ:

- базал хужайрали тери раки;
- меланома;
- Беккер невоси
- пигментли эшакими;

- пигментли невос;
- қарилар кератомаси;
- фиксацияланган токсикодермия
- қарилар кератомаси;
- Капоши саркомаси.

Қаварчиқлар:

- эшакими;
- дорили токсикодермия;
- ҳашоратлар чақиши;
- уртикар васкулит.

Туғун**Тери ранги меъёрида:**

- метастазлар;
- нейрофиброматоз.

Қизил:

- абсцессланувчи хуснбузар;
- дермал невохужайрали невос;
- замбуруғсимон микоз;
- метастазлар;
- мохов;
- саркаидоз;
- захм (гумма).

Кенакляниш:

- пиллакчали парасориаз;
- иккиламчи захм;
- замбуруғсимон микоз;
- ўткир ости кечувчи дерматит
- себореяли дерматит;
- псориаз;
- пушти темиратки.

Пуфакча ва пуфак:

- буллез перфигонд;
- чин чечак;
- ўткир кечувчи дерматит;
- дерматофития;
- дорили токсикодермия;
- кўтир;
- пурсилдок яра;
- ўраб олувчи темиратки.

Йирингча:

- тарқалган пустулез псориаз;
- дерматофития;
- импетиго;
- токсикодермия;

- оддий хуснбузар;
- фолликулит;
- кўтир;
- шарсимон хуснбузар.

Кўлтик ости соҳаси**Дог:**

- витилиго;
- нейрофиброматоз;
- Леопард синдроми;
- фиксацияланган токсикодермия.

Тугунча ва пилакчалар:

- дерматофития;
- кандидоз;
- контакт дерматит;
- юмшоқ фиброма;
- псориаз;
- эластик ксантома;
- себореяли дерматит;
- acanthosis nigrikans.

Тугун:

- гидраденит;
- кўтир.
- Кепакланиш:
- тана дермотофитияси;
- кандидоз;
- контакт дерматит;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Пуфакча ва пуфак:

- буллез импетиго;
- пурсилдок яра;
- сурункали хавфсиз оилавий пўрсилдок
- яра;
- кўтир.

Эрозия:

- буллез перфимгонд;
- пўрсилдок яра;
- сурункали хавфсиз оилавий пўрсилдок
- яра;
- педжет экстрамамилляр раки.

Аёлларда сут бези**Тугунча ва пилакчалар:**

- педжет экстрамамилляр раки;
- сурункали кичувчи дерматит;
- қарилар кератомаси.

Қалоқ:

- Пуфакча, пуфак, экскориация, эрозия ёки яралар билан кечадиган ҳамма дерматозлар

Кепакланиш:

- педжет экстрамамилляр раки;
- кичувчи дерматит;
- тана дермотофитияси.

Пуфакча:

- педжет экстрамамилляр раки;
- кўтир;
- ўткир контакт дерматит.

Эрозия:

- педжет экстрамамилляр раки;
- сут бези сўрғичи экземаси.

Яра:

- захм (қаттиқ шанкр).
- Жинсий аъзолар соҳаси

Дог:

- жинсий аъзолар соҳаси дерматофитияси;
- себореяли дерматит;
- эритразма.

Тугунча ва пилакчалар:

- кандидоз;
- псориаз;
- сурункали кичувчи дерматит;
- кепакланиш;
- кандидоз;
- жинсий аъзолар соҳаси дерматофитияси;
- аллергияли дерматит;
- псориаз;
- себореяли дерматит;
- эритразма.

Пуфакча ва пуфак:

- импетиго;
- оддий контакт дерматит;
- пурсилдок яра.
- Йирингча:
- Кандидоз;

• Фурункулез.

Эрозия:

- импетиго;
- кандидоз;
- пўрсилдок яра.
- Чов сохаси

Доғ:

- себореяли дерматит;
- фтириаз;
- тугунча ва пилакчалар;
- гидраденит;
- чегараланган нейродерматит;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Кенакляниш:

- жинсий азолар сохаси дерматофитияси;
- ўткир ости кичувчи дерматит;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Қалоқ:

- пуфак, экскориация, эрозия ёки яралар билан кечадиган ҳамма дерматозлар;
- экскориация;
- фтириаз.

Йирингча:

- ўраб олувчи темиртки;
- ўткир кичувчи дерматит;
- кўтир.

Яра:

- Захм (қаттиқ шанкр).
- Жинсий азолар

Доғ:

- витилиго;
- иккиламчи захм;
- себореяли дерматит;

Тугунча ва пилакчалар:

- бовиноид папула;
- иккиламчи захм;
- кизил ясси темиртки;
- меланома;
- ўткир учли кандилома;
- псориаз;

• аллергик дерматит;

• кўтир.

Тугун ва ўсмасимон ҳосилалар:

- меланома;
- ясси хужайрали тери раки;
- кўтир (тухумдон ва жинсий аъзонинг зарарланиши).

Веgetация:

- ўткир учли кандилома
- ясси хужайрали тери раки
- захм (сербар кандиломалар)

Кенакляниш:

- иккиламчи захм;
- кандидоз;
- жинсий азолар дерматофитияси;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Пуфак ва пуфакча:

- герпес;
- полиморф экссудатив эритема;
- кўтир.

Йирингча:

- кандидоз;
- кўтир.

Эрозия:

- герпес;
- пурсилдок яра;
- захм (қаттиқ шанкр);
- фиксацияланган токсикодермия.

Яра

Ўткир ва ўткир ости:

- юмшоқ шанкр;
- захм.

Сурункали:

- венерик лимфогранулема;
- донованоз;
- ясси хужайрали тери раки.

Экскориация:

- кўтир.

Думбалар

Доғ:

- фиксацияланган токсикодермия.

Қаварчиқ:

- ҳашоратлар чақиши.

Пуфакча:

- герпес;
- контакт дерматит;
- кўтир.

Йирингча:

- тана дерматофитияси;
- кандидоз;
- оддий хуснбузар;
- фолликулит;
- кўтир.

Кепакланиш:

- тава дерматофитияси;
- псориаз.

Перианал соха**Дог:**

- витилиго;
- тана дерматофитияси;
- кандидоз;
- псориаз;
- себореяли дерматит.

Ёриқ:

- псориаз;
- аллергияли дерматит.

Яра:

- захм (Қаттиқ шанкр).

Елка ва Тирсак**Тугун ва пиллакча:**

- кизил волчанка;
- кизил ясси темиртки;
- пигментли невус;
- псориаз;
- аллергияли дерматит.

Тугун:

- кератоакантома;
- халқасимон гранулема;
- меланома;
- ясси хужайрали тери раки.

Муғузланиш:

- куёшли кератоз;

Фолликуляр кератоз**Кепакланиш:**

- тана дерматофитияси
- кизил волчанка;
- аллергияли дерматит;

- псориаз.

Қалоқ:

- эктима.

Панжа**Дог:**

- витилиго;
- иккиламчи захм;
- кизил волчанка;
- дорили токсикодермия;
- полиморф экссудатив эритема.

Тугунча ва пиллакчалар:

- дерматомиозит;
- халқасимон гранулема;
- кизил югирик;
- кизил ясси темиртки;
- аллергияли дерматит;
- ясси сўгал;
- полиморф экссудатив эритема;
- оддий сўгал;
- псориаз;
- куёшли кератоз;
- телеангиоэктатик гранулема;
- кўтир;
- эризепоид.

Тугун ва ўмасимон ҳосилалар: тери ранги меъёрида:

- кератоакантома;
- ясси хужайрали тери раки;
- оддий сўгал.

Гиперпигмент:

- меланома;
- вегетация;
- кератоакантома;
- ясси хужайрали тери раки;
- оддий сўгал.

Кепакланиш:

- иккиламчи захм;
- дерматомиозит;
- панжа дерматофитияси;
- кизил югирик;
- аллергияли дерматит;
- псориаз.

Муғузланиш:

- кератоакантома;

- нурли дерматит;
- қуёшли кератоз;

Кўтир йўллари:

- кўтир.

Пуфакча ва пуфак:

- герпес;
- дерматофития;
- дисгидротик эритема;
- аллергия дерматит;
- полиморф экссудатив эритема;
- порфирия;
- кўтир.

Эрозия:

- кандидоз;
- тери порфирияси.

Яра:

- нурли дематит;
- ясси хужайрали тери раки.

Чандиқ:

- тери порфирияси.

Товон**Тугунча:**

- иккиламчи захм;
- аллергия дерматит;
- товон сўғали;
- тугунли ва ўсмасимон ҳосилалар;
- меланома;
- ясси хужайрали тери раки;
- Капоши саркомаси.

Кепакланиш:

- товон дерматофитияси;
- аллергия дерматит;
- псориаз.

Пуфакча ва пуфак:

- товон дерматофитияси;
- дисгидротик эритема;
- аллергия дерматит.

Лихенизация:

- аллергия дерматит.

Йирингча:

- кафт-товон пустулез псориази;
- кўтир.

Эрозия:

- товон дерматофитияси.

Тизза**Тугунча ва пиллакчалар:**

- Ихтиоз
- қизил ясси темиратки;
- липоид некробиоз;
- пигментли невус;
- ясси хужайрали тери раки;
- аллергия дерматит;
- претибиал микседема;
- псориаз;
- қуёшли кератоз.

Пуфакча ва пуфак:

- аллергия дерматит;
- ҳашоратлар чақиши.

Қаварчиқ:

- ҳашоратлар чақиши.

Шиш:

- варико экзема.

Тугун**Қизил:**

- ясси хужайрали тери раки;
- претибиал микседема;
- ҳалқасимон эритема.

Гиперпигментация:

- меланома.

Муғузланиш:

- қуёшли кератоз.

Кепакланиш:

- дерматофития;
- ихтиоз;
- псориаз.

Қалоқ:

- эктима.

Яра:

- варико яра;
- ишемик яра;
- ясси хужайрали тери раки.

Ташхис қўйиш намуналари

- ✓ Контакт дерматит.
- ✓ Себорея суюк (курук).
- ✓ Вульгар сўгаллар (ясси, товон).
- ✓ Вульгар хуснбузар (абсцесланувчи).
- ✓ Ўчокли соч тўкилиши (ўчокли аллопеция, субтотал, универсал тотал).
- ✓ Педикулёз.
- ✓ Кўтир.
- ✓ Эшаксми.
- ✓ Остиофолликулит, фолликулит, вульгар сикоз, стрептококкли. импетиго, курук стрептодермия).
- ✓ Ранг-баранг темиратки.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Адаскевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. Учебник. Москва: «Медицинская литература», 2006.
2. Вансов А.Ш. Тери-таносил касалликлари. Ташкент: «Янги аср авлоди», 2004.
3. Владимиров В.В., Зудин В.И. Кожные и венерические болезни. Атлас. Москва: «Медицина», 1982.
4. Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Л. Секреты дерматологии. Справочник. Москва: «BINOM publishers», 1999.
5. Довжанский С.И. Диагностика и лечение кожных заболеваний. Справочник. Саратов: Актариус, 2002.
6. Какамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматовенерических болезней Россия. М.: ОАО Нижфарм, 2008.
7. Капкаев Р.А. Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях, руководство для врачей, Ташкент, «Шарк» 1989.
8. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К., Справочник дерматовенеролога. Тошкент: «Ибн-Сино», 1993.
9. Палушкина Н.Н. Диагностический справочник дерматовенеролога. М.: «ООО издательство АФТ», 2007.
10. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.А. Лечение кожных и венерических болезней I-II. Москва: (медицинское информативное агентство) руководство, 2006.
11. Скрипкин Ю.К. Руководство по кожным и венерическим болезням. Москва: «Медицина», 2006.
12. Соколовский Е.В. Дерматовенерология учебник. 2- издание Москва 2007 «Медицинская литература».
13. Соколовский Е.В. Дерматовенерология. Учебник. Москва: 2007.
14. Хантер Хандсфильд. Заболевания передаваемые половым путем. Справочник. Москва: 2006.
15. Шапошников О.К. Венерические болезни. Учебник. Москва: «Медицина», 1991.

16. Blake J Gosten, George S.Kobdyashi. Mycolodic Infections. Superficial Dermatophytoses, Tokyo, 1983. Справочник.
17. David B.Mosher, Thomas B. Fitzpatrick, Disorders of Pigmentation, 1990, Руководство для врачей.
18. Gerald D. Weinstein. Epidermal Cell Kinetics, Humburg, 1990. Пособие для врачей.
19. Gerd Piewig. Seborheic Dermatitis. Singapore, 1981. Справочник.
20. Kanen A.Hdbrack, The structure and development of skin, Colorado Springs, 1987. Атлас справочник.
21. Robert E. Jordon. Bullous Dermatosis of Childhood, Sanjuan, 1993. Монография.
22. Thomas B. Fitzpatrick., Common Skin Disorders, Boston, 1989. Атлас.
23. Thomas B. FitzpatrickDermatology in general medicine. Third Edition Mc. Graw-Hill Information Services Company. 2004. Атлас.
24. William I. Epstein. Allergic Contact Dermatitis, 1997.

ХОТИН-ҚИЗЛАРНИ КУЗАТИШДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИНИНГ ВАЗИФАЛАРИ

I. Аёлларнинг ҳаёт даври

Хомиланинг она қорнида ривожланиш даври, унинг жинсий аъзолари ривожланишининг туғма нуқсонларини келтириб чиқарувчи хавф омиллари (гестация муддатларига мос текширишлар, ишга лаёқатлилиқ, маслаҳат бериш)

Қиз боланинг жинсий этилиши бир неча даврга бўлинади: она қорнидаги, чақалоқлик, «нейтрал» (1 ёшдан 7-8 ёшгача), препубертант (8 ёшдан биринчи ҳайз келгунгача, унинг 1 босқичи - биринчи ҳайз келгандан 14 ёшгача, 2 босқичи - ёки ўсмирлик - 15-17 ёш). Ҳар бир даврнинг ўзига хос анатомио-физиологик хусусиятлари мавжуд.

Она қорнида ривожланиш даври. Репродуктив тизимнинг асосий бўғинлари эмбрионал даврда интенсив ривожланади ва ўз фаолиятини бошлайди. Эмбрионал ривожланиш жараёнида биринчи бўлиб, жинсий безлар муртақлари, 3-4-ҳафтада бирламчи буйракнинг ички юзасида гонадалар ҳосил бўлади. Эмбрионнинг 6-7-ҳафтасида миграция кузатилиб ривожланиш тугайди. Унинг 4-ҳафтасидан 7-ҳафтасигача ташки жинсий аъзолар ривожланади. Ички жинсий аъзолар (бачадон найлари, танаси ва бўйни, қин) ривожланиши эса, 5-6-ҳафтада бошланиб, 18-ҳафтагача давом этади. Шундай қилиб, хомиланинг она қорнидаги даврида репродуктив тизимнинг асосий бўғинларида фақат морфологик ривожланиш эмас, балки унинг гармонал фаолияти ҳам шаклланади.

Гепиталий ривожланишининг туғма нуқсонлари қизлардаги гинекологик касалликларнинг 1-4 %ни ташкил этади. Эмбриогенез жараёнидаги хромосом ва ген патологияси 30% ҳолатларда туғма нуқсонларга сабаб бўлади. Экзоген омиллар таъсирида юзага келадиган ирсий мойиллик алоҳида аҳамиятга эга ва уларга физик (ионловчи радиация, гипоксия, экстремал термик ва механик таъсирлар), кимёвий (алкогол, наркотиклар ҳамда фермент тизими, оксиллар синтези ва бошқа жараёнларни сусайтирадиган бир қатор кимёвий бирикмалар), биологик - бактериялар, вируслар (қизамиқ, цитомегалия ва ҳ.к.) ва баъзи бир дорн воситаларини хомиладорликнинг эрта муддатларида керагидан ортиқ қабул қилиниши киради. Шунингдек, авитаминоз ва айрим бошқа модда алмашинуви бузилишларининг роли ҳам исботланган.

Клиник кузатишлар ота-онасида касалликлар (алкоголизм, эндокрин ва б.к) бўлган қизларда жинсий тизим нуқсонлари кўпроқ учрашини кўрсатади. Катта ёшли жуфтликлардан туғилганларда ҳам ёш оилаларга нисбатан туғма нуқсонларнинг учраши юқоридир.

Маълумки, жинсий аъзоларнинг белгилари хомиладорликнинг биринчи ҳафтасида пайдо бўлади, 8-12-ҳафтасига келиб эса, интенсив ривожланади. Шу сабабли унинг нуқсонлари ҳам айни шу муддатларда

шаклланади. Бачадон ривожланиш нуқсонлари 8-10-ҳафтада кузатилса, қин нуқсонлари кечроқ ривожланади. Кам ҳолларда у ёки бу аъзонинг бўлмаслиги (аплазия) кузатилади. Баъзида бачадон ёки қиннинг иккита бўлиши ҳам учрайди. Айрим ҳолларда у ёки бу аъзонинг ривожланишининг эрта босқичида тўхтаб қолиши ҳам кузатилади. Бунда рудиментар аъзо (рудимент бачадон, бачадоннинг рудимент шохи) ҳосил бўлади. Жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари баъзан репродуктив тизим фаолияти (ҳайз - олигоменорея, альгодисменорея, аменорея, репродуктив фаолият – бепуштлик, хомилани кўтара олмаслик), жинсий фаолият - жинсий алоқага тўсқинлик бузилиш билан ҳам кузатилади.

Ички жинсий аъзолар ривожланиш нуқсонларининг куйидаги турлари фаркланади: 1-синф – сегментар агенезиялар: қин, бачадон бўйни, бачадон танаси, бачадон найлари, аралаш; 2-синф – бир шохли бачадон, 3-синф – иккита бачадон; 4-синф – икки шохли бачадон; 5-синф – тўсикли бачадон; 6-синф – шакли ўзгарган бачадон.

Кўп учрайдиган нуқсонлардан бири қизлик парданинг битиб кетганлиги (атрезия) ҳисобланади. Ҳайз қони қинда йиғилганда - гематокольпос, бачадон ва қинда йиғилса – гематометра ва гематокольпос дейилади ва кўрганда қизлик парда бўртиб туради. Бундай ҳолларда бемор ҳар ойда қорин пастидаги кучайиб борувчи оғриқларга шикоят қилади. Бачадон танасидаги нуқсонларда аёллар хомиладор бўлишлари мумкин, аммо хомиланинг эрта муддатларда тушиши, ривожланмай қолиши ёки муддатидан олдинги туғруқлар билан асоратланиши мумкин.

Болалик даври (0-10 ёш) – ташқи жинсий аъзолар ва қиннинг яллиғланиш касалликлари (вульвитлар, вульвовагинитлар, текшириш, даволаш, ёшга мос ривожланиши)

Қиз чақалоқларнинг жинсий аъзоларига она корнидалигида унинг жинсий гармонлари таъсир қилади. Онанинг эстрогенлари биринчи 10-20 кун давомида таъсир қилиб, сут безларининг дағаллашуви кузатилади. Вульва ва клитор гармонлар таъсирида бир оз шишган бўлади. Қизлик парданинг тешиги турли шаклда – ҳалқасимон, яримойсимон, бир ёки бир нечта тешикли бўлиши мумкин. Қин вертикал, чақалоқнинг бачадони эса қорин бўшлиғида, кичик чанокқа кириш қисмида жойлашади. Тухумдонлар қорин бўшлиғида ва уларда 700000га яқин фолликулалар бўлади. 3 ёшдан бачадон секин-аста ўсиб боради ва 8 ёшда кичик чанок бўшлиғига тушади ҳамда репродуктив тизимнинг барча 5та бўғини шаклланади.

Жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари 1 дан 8 ёшгача бўлган қизларда гинекологик патологиялар орасида биринчи ўринни эгаллаб 65%ни ташкил этади. Улар етилган даврда ҳайз, репродуктив ва жинсий фаолиятнинг қатор бошқа жиддий бузилишларига сабаб бўлиши мумкин. Қиз болаларда қиннинг ярали шикастланиши унинг торайишига, битишига ва келажакда жинсий ҳаётга, хомиладорлик ва туғруқка тўсқинлик туғилишига сабаб бўлади. Бундан ташқари узоқ кечган яллиғланиш

касалликлари гипоталамус-гипофиз-тухумдон тизими фаолиятининг бузилишларини чақиради.

1 дан 8 ёшгача бўлган қиз болаларда яллиғланиш касалликлари аксарият ҳолларда вульва ва қинда учрайди. Қиз болаларда вульвовагинитларга носпецифик ва специфик (гонококк, сил микобактерияси, трихомонада), шартли патоген аэроб ва анаэроб микроблар, хламидийлар, замбуруғлар, вируслар, гижжалар сабаб бўлиши мумкин.

Вульвовагинит аллергия реакцияларда, асоратланган антенатал ва постнатал даврларда, болани эрта сунъий озиклантиришга ўтказишда, эксудатив диатез ва аллергия дерматитда, тез-тез касалланишда, сурункали инфекция ўчоқлари мавжуд бўлганда, қинга ёт жисм киритилганда, гижжада, онанизмда, иккиламчи инфекция сабабли организмнинг реактивлиги сусайганда ҳам кузатилади. Специфик инфекциянинг юқиш йўллари ҳар хил бўлиб ёш қизларда майший йўл орқали (хўжалик нарсалари, гигиена қоидалари бузилганда, умумий фойдаланиладиган жойлардан) ўтиш устун туради. Жинсий ҳаёт кечирувчи ўсмир қизларда унинг йўллари орқали юқади.

Вульвовагинитлар трихомонадали, замбуруғли, вирусли, гонореяли, дифтерияли бўлиши мумкин. Унинг ўткир ёки сурункали клиник кечишлари фарқланади. Бемор қизлар кўпроқ йирингсимон ажралмаларга айниқса, сийганда кучаювчи қин ва ташқи жинсий аъзолар атрофида кичишишга ва ачишишга шикоят қилишади. Баъзан уларни қинда, қорин пастига ва думғаза-бел соҳасига тарқаладиган оғриқлар безовта қилади. Дизурик белгилардан ташқари кабзият кузатилади. Ташхисни аниқлашда анамнез ва шикоятлар муҳим рол ўйнайди. Ташқи жинсий аъзоларни кўрганда шиши, гиперемияни, сурункали кечганда пигментацияни, қин ва унинг даҳлизиди мацерациялар, эрозиялар, ярачаларни аниқлаш мумкин. Жинсий йўллардан келадиган ажралмалар сероз-йирингли, йирингли, баъзан қон аралаш бўлади. Ташхислашда юқоридагилардан ташқари вагиноскопия, микроскопия, бактериологик экма ва гижжаларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш биринчи навбатда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, болага ширинлик ва таъсирловчи овқат маҳсулотларини камроқ, мева ва сабзавотларни кўпроқ бериш каби умумий тамойиллардан бошланади. Одатда улар амбулатория шароитида даволанадилар. Бактериал вульвовагинитларда асосий касаллик даволанади. Гижжалар аниқланганда дегельминтизация ўтказилади. Комплекс даволашга сурункали яллиғланиш ўчоқларини санация қилиш, иммунитет ва организмнинг резистентлигини ошириш каби тадбирлар қиради.

Жинсий етилиш даври (9-10 ёшдан 15-16 ёшгача) – жинсий етилиш ва иккиламчи белгиларнинг шаклланиши (менархе, ёшга мос ривожланиш, текшириш, мутахассислар маслаҳати)

Болалар гинекологиясида препубертант давр жинсий етилиш даврининг

1-боскичи ҳисобланади. Бу давр иккиламчи жинсий белгилар ривожланишидан (8 ёшдан) бошланиб биринчи ҳайз (менархе) келиши билан тугайди ва 1-3 йил давом этади. Унда гипоталамо-гипофизар соҳа, тухумдонлар ва буйрак усти безлари фаоллашуви натижасида сезиларли ўзгаришлар юз беради. Андрогенлар бола бўйининг тез ўсишини таъминлайди, эстрогенлар таъсирида эса, коматда биринчи ўзгаришлар – ёғ тўқимасининг маълум жойларда йиғилиши ҳисобига думба шакли ўзгариши, чанок суяклари ўсиши кузатилади. Бу даврда қиз боланинг жинсий етилиши унинг умумий жисмоний ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, суяклар интенсив ўсади ва 11-12 ёшда улар ўғил болаларга нисбатан тез улғаяди. Яхши жисмоний ўсиш билан бир қаторда жинсий етилиш ҳам юзага келади.

Иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланиш жараёни препубертант даврда яқунланиб бир текис кечмайди. Сут безларининг катталаниши ва қовнинг тукланиши, одатда қўлтиқостининг тукланишига нисбатан олдинроқ юзага келади.

Пубертант даврда (жинсий етилишнинг 2-боскичи) ҳайз фаолияти тўлиқ кузатилади ва уни бошқаришда иштираётган марказий асаб тизими ўзгарувчан ва енгил шикастланадиган бўлиб қолади. гармонлар ишлаб чиқарилиши фаоллашади. Менархедан кейинги 0,5-1,5 йил ҳайз мунтазам бўлмай, 1-2 ойда бир марта келиши мумкин. Мунтазам ҳайз баъзи қизларда пубертант даврининг биринчи 2 йили давомида тикланади.

Жинсий етилиш даврининг бошланиши ва кечишига бир қатор ички ва ташқи омиллар таъсир қилиши мумкин. Ички омилларга ирсий, конституционал, соғлиқ ҳолати ва тана вазни қиради. Масалан, тана вазни юқори қизларда озғинларга нисбатан ҳайз тез келади.

Ташқи омиллар иқлим (ёруғлик, денгиз сатҳидан баландлик, географик жойлашув), овқатланиш ҳолати (овқат таркибида оксил, ёғ, углевод, витаминлар ва микроэлементлар миқдорининг етарли бўлиши) кабилардан иборат. Пубертант даврининг кечишида юрак ва буйрак етишмовчилиги, тонзиллитлар, оғир ошқозон-ичак касалликлари, жигар фаолиятининг бузилиши ва бошқалар муҳим рол ўйнайди. Бу касалликлар қиз бола организмни кучсизлантириб нормал жинсий етилиш жараёнини сусайтиради.

Пубертант даврда бачадон тез ўсади, тухумдонлар шаклланиб бўлади ва уларда циклик ўзгаришлар кузатилади. Унинг охирига келиб чанок суякларининг кенгайиши ва тери ости ёғ тўқимасининг ривожланиши ҳисобига қизларнинг қомаи аёлларга хос шаклланади. Овоз тембри ўзгариб, ёши катталарга хос рухий хусусиятлар (уятчанлик, ёқишга уриниш, ташқи кўринишга эътибор бериш) пайдо бўлади.

Ўсмирлик даври (16-18 ёш) – ҳайз фаолиятининг бузилиши ва бачадондан дисфункционал қон кетиши (текшириш, ташхислаш, мутахассислар маслаҳати, даволаш).

Бу даврда репродуктив тизим шаклланиши тугаб, овулятор ҳайз цикли бошланади. Биринчи овуляция жинсий етилишнинг юқори нуктаси

ҳисобланса ҳам, аммо жинсий етилганликни билдирмайди. 16-18 ёшда фақат репродуктив тизим эмас, балки аёлнинг бутун организми тўлик шаклланиб, уруғланиш, ҳомиладорликни кўтариш, туғруқ ва чакалоқни эмизишга тайёр бўлиш билан жинсий етилиш юз беради. Ўсмир қизларни гинекологик текшириш аёлларникидан фарқ қилади ва уч гуруҳга бўлинади:

Профилактик кўрик.

Кенгайтирилган кўрсатмалар бўйича кўрик.

Мутлақ кўрсатмалар бўйича кўрик.

Профилактик кўрик яшаш жойдаги ўсмирлар гинекологи ва УАВ томонидан ўтказилиб, ташқи жинсий аъзолар кўздан кечирилади ва кизнинг умумий ривожланиши кузатилади. Меъёрдан четлашиш аниқланса, маслаҳат учун мутахассисларга юборилади. Кенгайтирилган текширувлар жинсий аъзолар ривожланиши нуқсонларида, умумий етилишнинг бузилишларида, муддатидан олдин жинсий етилиш ёки аксинча, етилишдан орқада қолишда, ўткир қорин, аноректал соҳанинг шикастланишида, сийдик ажратиш аъзоларининг нуқсонлари ва инфекцияларида, тунда сийдик тута олмасликда ўтказилади. Мутлақ кўрсатмалар жинсий аъзолардан қон келишида, ёт жисмга шубҳа бўлганда, ўсмаларда, жинсий аъзолар жароҳати ва инфекцияларида амалга оширилади.

Ўзига хос шикоят ва саволлар бўлиши мумкинлиги сабабли ўсмир қизлардан анамнез йиғиш алоҳида ўтказилади.

Бачадондан ювенил қон кетиш (БЮҚК) – жинсий етилиш даврида бачадондан дисфункционал қон кетиши, гипоталамус, гипофиз гармонлари, тухумдон ва эндокрин безлар маҳсулотларининг ритмик ишлаб чиқарилишининг бузилиши билан кузатилиб, жинсий ва бошқа аъзоларнинг органик касалликлари билан боғлиқ бўлади. Гипоталамус, гипофиз, тухумдон ва бачадоннинг функционал ҳолатига таъсир қиладиган сурункали ва ўткир инфекциялар (ангина, тонзиллит, грипп, ЎРК, зотилжам, ревматизм, паротит) муҳим рол ўйнайди. Ривожланиш патогенези гиповитаминоз (С, В6, А, РР, Е) билан боғлиқ. Шунингдек, унинг бачадонда ривожланиш даврида онаси оғир гестоз ўтказганда, туғруқ вақтидаги асфиксия ва антенатал даврнинг ноқулай кечиши ҳам таъсир қилиши мумкин. Клиник ановулятор ва овулятор кўринишда кечади. Биринчи шаклида 2 дан 5 ҳафтагача ҳайз тугилиши ва сўнг узок вақт, тартибсиз қон кетиши кузатилади. Иккинчисида эса ҳайз 1-2 ҳафтага тугилиб, меноррагиялар кузатилади. БЮҚК кечишида анемия ва қон ивиш тизимининг бузилишлари қайд этилади.

Ташхисни аниқлашда синчковлик билан анамнез йиғиш муҳим рол ўйнайди ва улар гинеколог, педиатр, гематолог, эндокринолог, отоларинголог маслаҳатига муҳтожлигини УАВ унутмаслиги лозим. Умумий объектив текширишда семизлик, стриялар борлиги диэнцефал соҳадаги патологиядан дарак беради. Суяк тизимининг тузилишига эътибор қаратилади. Маҳсус (гинекологик) текширишда ташқи жинсий аъзолар ва бачадон

одатда, гипопластик бўлади. Барча қизларда УТТ, ЭЭГ, ЭКГ, турк эгари рентгенографияси, КТ ўтказилиб, жигар, буйрак, тухумдонлар, гипофиз, қалқонсимон без, буйрак усти безларининг функционал ҳолатлари аниқланади.

БЮҚКни даволаш патогенетик асосланган ва комплекс ҳамда индивидуал бўлиши лозим. Даволашга гемостаз, экстрагенитал бузилишлар коррекцияси, гармонал терапия, жарроҳлик ва физиотерапия усуллари киради. Этиологик омилларни ҳисобга олиб диспансер кузатувини олиб бориш, ўз вақтида инфекция ўчоқларини аниқлаш ва бартараф этиш лозим. БЮҚК бўлган 5-15% беморларда келажакда ҳайз ва репродуктив фаолиятнинг бузилиши, 38%да эса рецидивлар кузатилади. Ҳомиладорлик, туғруқ даврида асоратлар келиб чиқиши, тухумдонда гармонал фаол ўсмадар, бачадон миомаси, эндометрида гиперпластик жараёнлар ривожланиши мумкин.

Жинсий етилиш даври (18дан 40 ёшгача) - репродуктив ва сексуал соғлиқ.

Жинсий етилиш ёки репродуктив давр 34 йил – 15 ёшдан 49 ёшгача давом этади. Марказий (гипофиз) ва периферик (тухумдон) бўғинда репродуктив тизим фаолиятининг муштараклиги ва фаоллашуви юз беради. Бу даврда жинсий гармонларнинг цирхориал (соат) ритми турғун тикланади.

Жинсий етилган аёлларда овулятор ҳайз цикли бошқарилишига қаратилган репродуктив тизим фаолиятини қуйидагича тасвирлаш мумкин. Гипоталамусда цирхориал тартибда рилизинг ва лютеинловчи гармон ажралиб, нерв толалари орқали портал тизимга тушади ва қон билан гипофизнинг олд бўлагига келади. Унинг таъсирида фолликулин стимуловчи ва лютеинловчи гармонлар ҳосил бўлади. Улар гуморал йўл билан фолликула ўсиши, стероидлар синтези ва тухум хужайра етилишини таъминлайди. Бу даврда репродуктив тизим маълум бир морфологик кўрсаткичларга эга бўлади. Бачадон, қин, цервикал канал, шиллик қаватлар ҳайз босқичларига мос равишда циклик ўзгаришларга учрайди.

Репродуктив саломатлик (РС) – бу репродуктив тизим ва унинг фаолиятига боғлиқ касаллик ёки камчиликларнинг йўқлиги эмас, балки тўлиқ жисмоний, ақлий ва ижтимоий саломатлик ҳолатидир. Туғилиш ва соғлом оила масалалари РС муаммолари билан узвий боғлиқ бўлиб унга салбий таъсир кўрсатадиган кўплаб тиббий ва ижтимоий омиллар мавжуд.

Жумладан:

- Оналар ўлими >35 ёшдан катталарда ёшларга нисбатан 5 марта юкори;
- Даун касаллиги – 19-35 ёшдаги аёллардан туғилган чақалоқларда – 1:1000, 35 ёш ва ундан катталарда – 30:1000;
- интергенетик интервал тахминан 30 % (фертил ёшдаги аёллар атиги 20% 2,5-3 йиллик интергенетик интервални саклашмоқда);
- туғруқлар сони аборт сонига тенг;

Перименопауза даври (41-50 ёш) – аёллар жинсий аъзоларининг ўсмалари ва климактерик қон кетишлар

Климактерик давр – аёл ҳаётининг ўтиш даври бўлиб, бунда тухумдонлар фаолиятининг сўниши ва тўхташи кузатилади. Аввал репродуктив, сўнг эса гармонал фаолият бузилади.

Климактерик давр куйидаги босқичларга бўлинади:

Перименопауза – 45-55 ёш, ҳайз циклининг ўзгариши, куйилишлар, ҳавотирлик каби биринчи климактерик белгилар пайдо бўлиб, организмнинг эстроген танкислик ҳолати билан ҳайз тўлиқ тўхтайтиди.

Менопауза – охириги ҳайз – 50+2,5 ёшда, бу давр кўп ҳолларда ретроспектив (ҳайз тўхтагандан кейин 12 ойдан сўнг) аниқланади. 40-44 ёшда ҳайзнинг тўхташи – эрта, 36-39 ёшда тўхташи эса – муддатдан олдинги менопауза деб ҳисобланади. 1% атрофидаги аёлларда 60 ёшида, ва яна 1% да – 40 ёшида менопауза кузатилади.

Постменопауза – ҳайз тўхтагандан кейин 2 йилдан сўнг 65-69 ёшгача бўлган, бундан ташқари, эрта – менопаузадан сўнгги биринчи беш йил ва кечки – ҳатто 75 ёшгача бўлган давр фарқланади. Менопаузанинг бошланиши аёл ёши, ирки, наслий хусусиятлари, соғлигининг ҳолати билан боғлиқ бўлиб чекувчи ва туғмаган аёлларда анча эрта кузатилади.

Перименопауза – ўз ичига пери-, мено ва эрта постменопаузани олади ва ҳозирги вақтда ушбу давр менопаузага ўтиш даври деб ҳисобланади.

Климактерик давр ҳар бир босқичга хос гипоталамо-гипофизар-тухумдон тизимлари ўзгаришлари билан намоён бўлади. Гонадотропинлар – фолликулин стимулловчи гармонни 14, лютеинловчи гармоннинг 3-4 мартагача ортиши юз беради.

30-80% аёлларда бу давр патологик кечачи ва климактерик ёки менопаузал синдром кўринишида намоён бўлади. Баъзан аёлларда сунъий менопауза ҳам кузатилади ва тухумдонларни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш, радиоактив, цитостатик ва бошқа воситаларни қўллаш натижасида юзага келади. Бундай ҳолларда аёлларда патологик климакс клиникасига ўхшаш посткастрацион ёки овариоэктомиядан сўнгги синдром ривожланади.

Климактерик даврнинг клиник кечиши. Аёлларда 35 ёшдан кейин ановулятор ҳайз цикли кузатилади – ҳайз цикли мутлак мунтазам бўлиб, тухумдонларнинг репродуктив фаолияти бузилади, менопаузадан тахминан 4 йил олдин ҳайз цикли бузилишлари юзага келиши мумкин. Менопаузага ўтиш даврида ҳайз циклининг 4 хил бузилиши фарқланади:

- Мунтазам;
- мунтазам ҳайз циклининг бир неча кундан бир неча ойгача ҳайзнинг кечикиши билан алмашиб келиши;
- олигоменорея - кам ва вақти-вақти билан ҳайз кўриш;
- олигоменореянинг бачадондан дисфункционал қон кетиш билан алмашиб келиши.

5-10% аёлларда хайз менопаузагача мунтазам сакланиб, эстроген танқислиги белгилари кузатилмайди.

Организмда гармонлар мувозанатининг бузилиши жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари, туғруklar ва абортлар, ўсма, функционал ва органик ўзгаришлар сабабли қон кетиш жараёни кузатилиши мумкин. Шунингдек, уларда баъзан жинсий аъзоларда гиперпластик ўзгаришлар натижасида бачадондан қон кетиш, миома ва эндометриоз аниқланади. Бу жараёнлар аввало, гестаген танқислиги, сўнг нисбий гиперэстрогенемия, яъни эндометрийд, бачадон бўйнида ва танасида, тухумдонларда пролифератив ўзгаришлар назоратсиз қолгани сабабли юзага келади.

Қарилик даври (хайз фаолияти тўлиқ тўхтагандан сўнгги давр) хавфли ўсма касалликлари

Климактерик давр нормал физиологик жараён ҳисобланиб, қарилик белгилари билан кечади. Юрак қон-томир тизимидаги айрим ўзгаришлар, сийдик ва жинсий аъзолардаги гипотрофик белгилар, остеопения ва остеопороз – булар қарилик ва тухумдонлар фаолиятининг сўниши билан боғлиқ бўлган климактерик даврдаги касалликларнинг бир қисми ҳисобланади. Одатдаги гармонал ва метаболик ўзгаришлар секин-асталик билан кечади.

Тухумдонларнинг 40 йиллик циклик гармонал секрециясидан сўнг унинг фаолияти секин-аста камайиб, эстрогенлар ажралиши бир меъёрда (монотонли) бўлиб қолади. гармонлар метаболизми ўзгаради, тухумдонларнинг эндокрин фаолияти тўлиқ сўнмасдан, уларнинг баъзилари қисман ажралиб туради.

Қарилик ёки сенил давр 60-65 ёшдан бошланиб, умрнинг охиригача давом этади. Овулятор цикл ўрнини сариқ тана етишмовчилиги, сўнг эса ановулятор цикл эгаллайди. Шу билан бирга иммун химоя тизимнинг сусайиши аутоиммун, инфекция бўлмаган касалликлар сонининг, атроф, мухит ва атмосфера ўзгаришларига сезгирликнинг ортиши (метеобиллик), суяк тўқимасининг асоси йўқолиши, остеопороз ривожланиши ва юрак қон-томир тизимида дегенератив ўзгаришлар кузатилади. Метаболизмда ҳам ўзгаришлар пайдо бўлади: қонда паст ва жуда паст зичликдаги липопротеидлар, холестерин, триглицеридлар, глюкоза миқдори кўтарилади; ёғ тўқимаси ҳисобига тана вазни ортади. Бу даврда аёлнинг репродуктив тизимида инволютив, атрофик ўзгаришлар авж олади: бачадон вазни камаяди, унинг мушак толалари бириктирувчи тўқима билан алмашади, кин эпителияси юпқалашади. Тухумдонлар секин-аста бириктирувчи тўқима ривожланиши ҳисобига бужмаяди. Бундан ташқари атрофик ўзгаришлар сийдик қоғи, уретра, чанок туби мушакларида ҳам юз беради. Бу жараёнлар кўпинча сийдик қоғи фаолиятининг бузилиши ва қин деворининг тушишига

сабаб бўлиши мумкин. Барча турдаги, шунингдек, минераллар алмашинуви ўзгаради.

Аста-секин кальцийнинг сийдик билан ажралиши ортади ва ичакда сўрилиши камаяди. Натижада суяк моддаси ва унинг оҳакланишининг сусайиши суяк тўқимаси зичлигининг камайиши унинг оқибатида муҳим асоратлардан бири бўлган остеопорозга сабаб бўлади. Остеопороз жараёни узок вақт ва сезиларли белгилар билан давом этиб, суякларда оғриклар кучайиб боради ва унинг синиш ҳолатлари ортади.

Бу асоратларнинг олдини олиш учун турли аъзо ва тизимлар – юрак контомир, таянч-ҳаракат тизими, ўт чиқариш йўллари ва бошқа касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш лозим.

Тоза ҳавода жисмоний машғулотлар бажариш ва кўпроқ пиёда юриш фойдали ҳисобланади. Метеолабилликни ҳисобга олган ҳолда дам олиш ва семиришнинг олдини олиш лозим. Тўғри овқатланишга эътиборни қаратиш керак. Метаболик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда липотроп препаратлар тавсия этилади.

Олдин ўтказилган ёки жинсий аъзолардаги мавжуд яллиғланиш жараёнлари, абортлар, туғруқлар, эрта менархе, бир неча жинсий ҳамроҳ бўлганлиги ҳамда чекиш, тухумдоннинг киста ва кистомалари, бачадон миомаси, эндометриоз, бачадон бўйни рак олди касалликларига олиб келувчи омиллар ҳисобланади.

УАВ анамнезни синчковлик билан ўрганиши, ушбу ўтиш даврининг босқичини аниқлаши, 6 ойда бир марта гинекологик ва УТТ ўтказиш ва аёл қандай контрацепция усулидан фойдаланганлигини аниқлаш зарур. Кўрсатмалар бўлса, кольпоскопия ҳамда бачадон бўйнидан цитологик текширув ўтказиш учун суртма олиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Умумий амалиёт врачининг ҳомиладор аёлларни туғруққача кузатуви

Туғруққача кузатув – бу ҳомиладорларни текшириш, кўриқдан ўтказиш, улардаги ёндош касалликлар ва асоратларни даволаш, туғруққа руҳий тайёрлаш ҳамда қўллаб-қувватлаш ва оила аъзоларига маслаҳат беришдан иборатдир.

Туғруққача кузатувдан мақсад:

- Ҳомиладорлик, бола туғилиши, кўкрак билан эмизиш ва оналикка руҳий тайёрлаш ҳамда қўллаб-қувватлаш;
- чақалоқни оилага ижтимоий ва руҳий таъсирини тушунтириш;
- ҳомиладорлик кечишини кузатиш, она ва ҳомила соғлиғини таъминлаш;
- донмий ўз-ўзини кузатиш, лозим бўлганда ташхислаш синамалари ёрдамида барча аёлларда акушерлик муаммоларини аниқлаш;
- еърдан четга чиқиш ҳолатларини ўз вақтида аниқлаш, даволаш ёки

лозим бўлса тегишли мутахассисларга ва шифохонага йўлланма бериш;

- хавф белгилари бўлган аёлларга даволашдан сўнг нормал ҳолатга қайтишини тушунтириш;
- аёллар ва уларни кузатувчи тиббий ходимлар ўртасида ўзаро ишончга асосланган муносабатларни яратиш;
- аёлга қабул қилган қарорларини тушунишида керакли маълумотлар бериш;

• оила аъзолари ва дўстларини ҳомиладорлик давридаги муаммоларга фаол жалб этиш ҳамда рухий кўмаклари муҳимлигини тушунтириш.

Барча аёллар ҳомиладорликнинг илк давридан кузатувда бўлишлари шарт ва аксарият аёллар шундай йўл тутадилар. Аммо, уларнинг айримлари транспорт йўқлиги, яшаш жойи тиббий муассасадан узоқлиги, керакли текшириш ёки даволаниш учун иқтисодий етишмовчиликлар, оила аъзоларини тиббий муассасага боришга тўсқинлик қилишлари сабабли ҳомиладорликнинг кечки муддатларигача ёки туғруққача шифокорга мурожаат қилишмайди. Юқоридагилар билан бир қаторда кўриққа тез-тез қақириш ва уларнинг муаммоларига ҳамда шахсиятларига нисбатан кўпол муомалада бўлиш ҳам унга сабаб бўлади.

Аммо даволаш-профилактика муассасаларига мурожаат этишни хоҳламаган аёлларни ҳам имкони борица кузатувга олиш ва алоҳида эътибор ҳамда ёрдамга муҳтож одамлар деб қараш лозим. Чунки ўз вақтида ёрдам учун мурожаат қилмаган аёлларда ҳомиладорлик даврида асоратлар ривожланиш хавфи юқори.

Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш:

Мақсад: ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш.

Кўрсатма: ҳомиладорларни текшириш усули.

Жихозлар: календарь, алмашинув картаси.

• Охирги ҳайз бўйича:

• Негел формуласи – охирги ҳайзнинг биринчи кунидан 3 ой айириб, 7 кун кўшилади ва туғруқ муддати аниқланади.

• **Ҳомиланинг биринчи кимирлаши бўйича:** ҳомила илк маротаба ҳомиладор бўлганларда 20 ҳафтада, қайта ҳомиладорларда 18 ҳафтада кимирлайди.

• **Ҳомилани УТТ бўйича:** охирги УТТ кунидан керакли санагача саналади.

• **Ҳомиладорнинг поликлинникага 1-мурожаати бўйича:** per vaginumда биринчи мурожаатда (12 ҳафтада эрта мурожаатда).

Туғруккача кузатув

Ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар тиббий муассасага муурожаат этган барча аёлларнинг биринчи ташрифи. Агар биринчи муурожаати тавсия этилган муддатдан кеч бўлса, жорий муддатгача лозим бўлган барча кўрсаткичларни тўлдилинг. САНА: / /	Ташриф						
	12 хафта	16 хафта	5 хафта	28 хафта	31-34* хафта	6-38 хафта	хар хафта
Клиник кўрик	+						
Клиник кучли ривожланган камқонлик. Гемоглобин миқдорини аниқлаш учун қон таҳлили.	+						
Акушерлик кўриги - ҳомиладорлик муддатини ва ҳомила ўлчамларини аниқлаш	+						
Гинекологик кўрик (иккинчи ташрифга қолдириш мумкин)	+						
Қон босимини ўлчаш	+						
Онанинг вазни (тана вазни индексини аниқлаш)	+						
Захмининг экспресс таҳлили, ЖЙОЮК белгиларини аниқлаш	+						
Пешоб таҳлили (экспресс-синама)	+						
Қон гуруҳи ва резус омилни аниқлаш	+						

Қоқшолга қарши зар- доб юбориш	+						
Темир/фолат кисло- таси препаратларини тайинлаш	+						
Қалтис ҳолатларда тавсиялар/шошилиш алоқа учун телефон рақами	+						
Алмашинув варақасини тўлдириш	+						
Ҳомилдорлар алма- шинув варақасини тўлдириш	+						
ИККИНЧИ ва КЕЙИНГИ ТАШРИФЛАР Ҳомилдорликнинг ҳафталардаги тахминий муддатлари							
САНА: __/__/__							
Қамқонликка клиник текширув							
Акушерлик кўриги - ҳомилдорлик муддати ва бачадон ўлчамларини, ҳомила юррак уриш сонини аниклаш							
Қон босимини ўлчаш							
Она вазни (фақат 1 ташрифда кам вазнли аёллар учун)							
Протеинурияга пешоб таҳлили (туғмаган ва през- клампсия ўтказган аёллар учун)							
Темир/фолат кисло- таси препаратларини тайинлаш							
Қалтис ҳолатларда тавсиялар							

Тиббий варақани тўлдириш							
Ҳомиладорлар уй варақасини (ХУВ) тўлдириш							
УЧИНЧИ ТАШ-РИФ: иккинчи таш-рифга қўшимча							
САНА: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>							
Акушерлик кўриги - ҳомиладорлик муддати ва бачадон ўлчамларини, ҳомила юрак уриш сонини аниқлаш							
Гемоглобин миқдорини аниқлаш учун қон таҳлили							
Қокшолга қарши зар-доб қилиш (иккинчи миқдор)							
Қутилаётган туғруққа тайёргарлик / туғруқни режалаштириш							
Қўкрак билан эми-зиш ва контрацепция бўйича тавсиялар							
ТЎРТИНЧИ ТАШ-РИФ: иккинчи ва учинчи ташрифга қўшимча							
САНА: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>							
Акушерлик кўриги - ҳомиладорлик муддати ва бачадон ўлчамларини, ҳомила юрак уриш сонини аниқлаш							

Ҳомиланинг думба билан жойлашишини аниқлаш ва ҳомилани бошига айлантириш							
Алмашинув варақасини тўлдириш ва туғруқхонага ўзи билан олиб боришни тавсия этиш							
БЕШИНЧИ ТАШ-РИФ:							
САНА: __/__/____							
Акушерлик кўриги - ҳомиладорлик муддати ва бачадон ўлчамларини, ҳомила юрак уриш сонини аниқлаш							
Кутилаётган туғруқка тайёргарлик / туғруқни режалаштириш							
Қон босимини ўлчаш							
ОЛТИНЧИ ТАШ-РИФ:							
САНА: __/__/____							
Акушерлик кўриги - ҳомиладорлик муддати ва бачадон ўлчамларини, ҳомила юрак уриш сонини аниқлаш							
Кутилаётган туғруқка тайёргарлик/туғруқни режалаштириш							
Қон босимини ўлчаш							
Ҳомила жойлашишини аниқлаш							
Протеинурияга пешоб таҳлили							

Кутилаётган туғрукка тайёргарлик / туғрукни режалаштириш							
ЕТТИНЧИ ТАШ-РИФ:							
САНА: __/__/__							
Акушерлик кўриги - ҳомиладорлик муддати ва бачадон ўлчамларини, ҳомила юрак уриш сонини аниқлаш							
Кутилаётган туғрукка тайёргарлик / туғрукни режалаштириш							
Қон босимини ўлчаш							
Ҳомила жойлашишини аниқлаш							
Протениурияга пешоб таҳлили							
Кутилаётган туғрукка тайёргарлик / туғрукни режалаштириш							
Туғрук индукциясини тавсия этиш							
Агар туғрук индукциясидан бош тортса, ҳомила олди сувлари миқдорини аниқлаш учун 42-ҳафтадан бошлаб ҳафтада 2 марта УТТ ва кардио-токография ўтказиш							

Ҳомиладорлар уй varaқасини тўлдиришдан мақсад:

• _____ Ҳомиладорлар уй varaқасини тўлдиришдан мақсад:
 • _____ Хавф омилларини эрта аниқлаш
 • _____ Юқори хавф гуруҳидаги аёлларнинг керакли соғломлаштириш марказлари ва касалхоналарга ўз вақтида мурожаат этишини рағбатлантириш

• _____ Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда ҳамда ҳомиладорликлар оралиғида ўз соғлигини назорат қилишни яхшилаш
 • _____ Аёллар, уларнинг оила-аъзолари ва жамоанинг ўз соғлиғига этиборни қаратишда иштирокини ошириш

Ҳомиладорлар уй varaқасидаги масалалар:

• _____ Она ҳақидаги маълумотлар, исми, манзили, онлавий аҳволи, мавжуд қариндошлари

• _____ Соғлиғининг ҳозирги ҳолати
 • _____ Мазкур ҳомиладорлиги
 • _____ Ҳомиладорликдан кейинги давр
 • _____ Ҳомиладорликлар оралиғида қўлланилган контрацепция усуллари

• _____ Биринчи ҳомиладорлигидан олдинги ва ҳомиладорликлар оралиғидаги ҳайз кўришлари ҳақида маълумот

• _____ Умумий масалалар ва бошқа маълумотлар учун жой

Аёл зудлик билан ёрдам сўраб мурожаат этиши лозим бўлган белгилар:

- Қиндан «қонли ажралма» ёки қонли сурқалмага нисбатан кучлироқ бўлган қон кетишлар;
- Ҳомила қимирлаши ҳолатининг ўзгариши;
- Кучли бош оғриғи;
- Кўришнинг хиралашиши;
- Иситмалаш ёки эт увишиши;
- Сийишда оғриқ;
- Бачадоннинг доимий қисқариши (тўхтамасдан қисқариши).
- ХУВни аёлнинг ўзи тўлдирганда унга ўз ҳолатини аниқлаш осон бўлади ва кейинги ҳаракатини белгилашни кўрсатади.

Ота-оналарни ўқитишдан мақсад:

• _____ жуфтликларга ўзига ишонч шакллантиришда ёрдам бериш

• _____ аёлга бахтли ва соғлом ҳомиладорлик, туғруқ ва оналик хиссини шакллантиришда ёрдам бериш

• _____ эр-хотинларни бола туғилишига тайёрлаш, аёлга туғруқдаги стресс ҳолатларни енгишига ёрдам берадиган маслаҳатлар бериш

• _____ аёл туғруқдан кейин ўзини тез тиклаб олиши учун соғлом ҳаёт тарзи олиб бориш ҳақида ота-оналарни ишонтириш

• _____ аёлга кўкрак сути билан эмизиш усули ва уни тўғри парвариш қилишни ўргатиб, эмизишни бошлашга ёрдам бериш

• _____ эмизиш усулидан қатъий назар онага чакалоқни парвариш қилишда ёрдам бериш

• _____ жуфтликларга ота-она вазифасига мослашишига ёрдам бериш

• _____ ҳомиладорлик, туғруқ ва оналик ҳақида ота-оналарга керакли билим ва маълумотлар бериш

Ота-оналарни ўқитишда лозим бўлган кўникмалар:

- _____ хомилдорлик, туғруқ ва чилла даври кечиши ҳақидаги билимлар
- _____ хомила ва чакалоқ ўсиши ҳамда ривожланиши ҳақидаги билимлар
- _____ ота-оналик вазифасини бажаришда кузатиладиган руҳий мослашишни билиш ва ҳис қилиш
- _____ маъруза ва мунозаралар ҳамда кўргазмални куроллари ўз ичига оладиган ўқитиш услубларида фойдаланиш.
- _____ аёл ва унинг оила аъзолари тақлиф этилган маълумотларни тушунишлари учун зарур бўлган самарали мулоқот кўникмалари, саволларга тўғри жавоб бера олиш, уларни муаммоларини ҳис қилиш ва тинглаш;
- _____ жуфтликлар эҳтиёжини қондира оладиган даражада машғулотлар шакли ва мазмунини кўриб чиқиш ва мослаштириш
- _____ оналикни муҳофаза қилишда аёл ва унинг оиласи энг асосий эканлигини тушуниш.

Режали туғруққача кузатув**Текшириш натижаларига мос равишда тавсия этиладиган режали муолажалар:**

Артериал қон босимини ўлчаш - гипертензия ҳолатларини аниқлаш мақсадида ҳар бир ташрифда ўлчаш лозим. Баъзи ҳолатларда қон босимининг ортиши преэклампсия ривожланишини кўрсатади. Ҳомилдорликнинг 20-ҳафтасигача бошланғич кўрсаткичга нибатан диастолик қон босимининг 90 мм сим. уст.га ортиши ёки 10 мм сим. уст.га камайиши кузатилганда даволаш учун мутахассисга йўланма берилади.

Пешоб таҳлили: симптомсиз бактериурияни ташхислаш учун аёлнинг тиббий муассасага биринчи ташрифида сийдик таҳлили ўтказилади. Агар 1 мл да бактериялар сони 100000 дан ортиқ бўлса, антибиотиклар тайинланади. Кейинги ташрифларда протейнурияга пешоб таҳлили ўтказиш лозим. Аниқ ва тўлиқ маълумот олиш учун 24 соат давомида йнғилган пешобдаги оқсилни аниқлаш керак.

Бачадон туби баландлигини аниқлаш: кам вазнли бола туғилишини олдиндан билиш учун бачадон туби баландлигини аниқлаш муҳим ўрин тутаетди. Бу синама хомила ривожланиши ёки унинг орқада қолишини аниқлаш имконини беради.

Қоринни пайпаслаш: ҳомиланинг жойлашиши ҳар бир ташрифда аниқланади, аммо ҳомилдорликнинг 36-ҳафтасигача аниқ айтиш қийин, бу муолажа аёлда ноҳуш ҳис уйғотиши мумкин.

Оёқ қафтларини текшириш: ҳар бир ташрифда қон томирларнинг варикоз кенгайишини аниқлаш мақсадида аёлнинг оёқлари кўздан кечирилади. Оғир жисмоний иш билан шуғулланадиган ёки узок вақт тик турадиган аёлларга оёқлар учун махсус машқларни тавсия этиш лозим. 50-80% ҳомилдорларда шишлар (юз ва бел соҳасидаги тез кучаядиган шишлардан ташқари) кузатилади ва улар патологик ҳолат деб ҳисобланмайдди.

Қон таҳлили (қон гуруҳи ва гемоглобин миқдори): агар қон гуруҳи номаълум бўлса, ҳомиладорликнинг эрта муддатларида уни аниқлаш керак. Гемоглобин миқдорини аниқлаш ҳомиладорлик давомида камида бир марта (кўрсатмалар бўлганда бир неча марта), унинг 32-ҳафталиги атрофида ўтказилиши шарт.

Резус-омилни аниқлаш: резус-омил ва антителалар мавжудлигини аниқлаш, ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасида ва туғруқдан сўнг ўтказилади.

Пельвиометрия: клиник ҳамда рентгенологик пельвиометрия она чаноғи ва ҳомила боши ўлчамларининг мос келмаслигини аниқ кўрсатиб бера олмаслиги исботланган, бу эса ҳомила боши билан келганда режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказишга асос бўлади.

Тана вазни индексини аниқлаш: тана вазни индекси $\{ТВИ = \frac{\text{тана вазни (кг)}}{\text{бўй (м}^2\text{)}}\}$,

Ультратовуш ёрдамида ҳомила юрак уришини баҳолаш: ҳомила юрак уришини баҳолаш мақсадида барча аёлларга режали равишда ультратовушли доплерометрия ўтказиш ҳомиладорликнинг оқибатига салбий таъсир қилмайди. Аксинча юқори хавф гуруҳидаги аёлларда унинг мониторинги ўлик туғилишлар сони ҳамда нормал ривожланаётган болалар ўртасидаги ўлим ҳолатларининг камайишига олиб келади.

Таркибида темир сақловчи овқат қўшимчаларини режали тайинлаш: етарли озикланадиган аҳоли гуруҳига мансуб аёлларга таркибида темир сақловчи овқат қўшимчаларини режали тайинлаш шарт эмас (камқонлик ва эндемик безгак кўрсаткичлари юқори бўлган худудларда тайинлаш мақсадга мувофиқ).

Кардиотокография (стрессли ва стрессиз синамалар): ҳозир юқори хавф мавжуд бўлганда ҳомила ривожланишини баҳолаш учун туғруққача КТГ ўтказиш мақсадга мувофиқ эканлиги исботланмаган. Бу усул ҳомилада ўткир кислород етишмовчилиги бўлган ҳолатларда, масалан, тўсатдан ҳомила қимирлаши камайганда ёки ҳомиладорда қон кетиши кузатилганда қўлланилади.

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида парварииш қилиш.

Ҳомила ҳолатига таъсир қилувчи аксарият омиллар унинг 12 ҳафтасигача мавжуд бўлади. Қўшимча фолат кислотаси қабул қилиш марказий асаб тизимининг оғир шикастланишлари хавфини 50% камайтиради.

Ҳомиладорликкача ва унинг эрта муддатларида тиббий ёрдам кўрсатиш аёллар учун муҳимдир. Ҳомила ривожланишида нуқсонлар келиб чиқишини ҳомиладорликкача аниқлаш ва олдини олиш мумкин. Масалан, муддатидан олдинги туғруқлар сонини ҳомиладорлик давридагига нисбатан унча бўлган даврда камайтиришга эришиш осон. ҚД билан оғриган аёлларни ҳомиладорликдан олдин текшириш ва маслаҳат бериш ва асаб тизими нуқсонини олдини олиш учун фолат кислотаси тайинлаш керак. Бундан ташқари тўғри овқатланиш ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш бўйича (масалан, чекувчи аёлларга) тавсиялар бериш лозим.

Бачадон туби баландлигини ўлчаш

Махсус ишлаб чиқилган бачадон туби баландлигини ўлчаш жадвалини қўллаш гестация ёшга нисбатан кичик ҳомила туғилишини аниқлашда маълум бир ташхисий аҳамиятга эга.

Гестация ёшига нисбатан кичик ҳомилани аниқлаш

Ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиши – меъёрий ўсиш даражасига етмаган, гестация ёшга нисбатан кичик ҳомила (30-50%) – аксарият ҳолларда касалланади ва ўлим билан тугайди. «Гестация ёшга нисбатан кичик ҳомила» ва «кам вазн билан туғилган ҳомила» тушунчаларининг фарқи бор. «Кам вазн билан туғилган ҳомила» тушунчаси иккита патологик ва битта нормал ҳолатни бирлаштиради. Нормал ҳолат – бола соғлом, аммо конституцияси жиҳатдан кичик. Патологик ҳолатларга муддатидан олдинги туғруқ ва ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиши тушунилади. Сўнгги ҳолат кўп ҳолларда ўлим ёки нафас етишмовчилиги ёки мия қоринчалари орасига қон қуйилиши ва некротик энтероколит билан асоратланади.

Гестацион ёшга нисбатан кичик ҳомилани аниқлаш учун антенатал парварнишда қўлланиладиган умумий текширишлар.

Абдоминал пайпаслаш, бачадон туби баландлигини ўлчаш, ультратовушли биометрия, ҳомила вазнини баҳолаш ва қон айланиш тезлигини аниқлаш учун УТТ. Бу усулларни қўллаганда қуйидаги тўрт омилни ҳисобга олиш лозим:

- Кўп ўлчовлар муолажани аниқ билишни талаб қилади – гестация муддатини аниқ ҳисоблаш;
- Аксарият синамалар ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиши эмас, балки гестация ёшига нисбатан кичик ҳомилани ташхислашга қаратилган;
- Текширишларда гестация ёшга нисбатан кичик ҳомилани аниқлашда бир марталик ўлчовлар қўлланилади, аммо улар гравидограммада ҳомила учун натижани аниқлашда муҳим аҳамиятга эга;

Гестация ёшига нисбатан кичик ҳомилани ташхислаш биометрик синамаларга асосланилади, биофизик синамаларнинг ёмон кўрсаткичлари гестация ёшига нисбатан кичик ҳомила эмас, балки унинг она қорнида ривожланишдан орқада қолишидан дарак беради.

Ҳомила ҳолатини баҳолашда қуйидаги биометрик ташхисий синамалар қўлланилади: динамикада бачадон туби баландлигини ўлчаш, ҳомила вазни ва йўлдош ҳолатини баҳолаш учун УТТ. Биофизик синамалардан: стрессиз кардиотокография, ҳомила фаоллиги ва қоғаноқ мсуви ҳажмини ультратовуш ёрдамида баҳолаш, ҳамда киндик артериясида қон айланиши доплерометрияси.

Ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолишига (ХРОК) олиб келувчи омиллар

Улар 4 гуруҳга бўлинади: она томонидан, йўлдош томонидан, ташқи ва ирсий омиллар.

Она томонидаги омилларга. Она ўлчамларининг кичиклиги; олдинги кам вазни туғруқлар; кўп ҳомилалик; кўп туғиш; тўйиб овқатланмаслик; бачадоннинг нотўғри шаклида ёки ўлчамда бўлиши; ҳомиладорлик даврида қон кетишлар; она соғлиги ҳолати; муддатидан ўтган ҳомиладорлик; онада ҳомиладорлик давридаги инфекциялар (захм, герпес, қизамик, токсоплазмоз, гепатит); юрак қон-томир асоратлари (юқори қон босими, баъзи юрак касалликлари, преэклампсия ёки эклампсия); ҚД; антифосфолипид синдром, турли сурункали ёки узоқ кечувчи (ўроксимон-хужайрали камқонлик, тизимли касалликлар, нафас етишмовчилиги билан кечадиган ўпка ва буйрак касалликлари ва бошқалар) касалликлар.

Йўлдош омилларига ҳомиланинг қон билан таъминланишини чегаралаб кўядиган йўлдош ва киндик билан боғлиқ нуқсонлар – киндикда иккита эмас, балки битта артерия бўлганда ҳомилага қон бориши камаяди. Киндик ўқи ҳомила танасига ўралиб қолганда ҳамда ундаги ҳақиқий тутунлар бўлганда ёки киндик тизими қоғаноқ пардаларга бирикканда ҳам кузатилади. Йўлдош вазни ва юзаси етарли бўлмаганда (ҳомила вазнидан 8% кам бўлганда) ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиш хавфи туғилади.

Ташқи омилларга. баъзи дори воситалари, она истеъмол қилган айрим моддалар (чекиш, алкоголь, кокаин), юқори баландликларда яшаш (денгиз сатҳидан 3000 м юқорида) киради.

Ирсий омиллар ген ва хромосом бузилишларини ҳамда ҳомиланинг туғма нуқсонларини ўз ичига олади.

Ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолишига қарши олиб борилиши лозим бўлган тадбирлар

Афсуски, ҳомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолишининг кўп сабабларини антенатал даврда даволаб бўлмайди ва бу тўғрисида куйида маълумотлар берилган.

Самарасиз:

- Ётоқ тартиби.
- Аспирин ва дипиридамоил.
- гармонлар.
- Кислород.
- Глюкоза.
- Витаминлар.
- Метаболитлар.
- Токолитиклар.
- Кальций канали блокаторлари.

Самарали:

- Ҳомиладор аёлни чекишни тўхтатиши.
- Тўйиб овқатланмаганда қўшимча таомлар.
- Безғакни даволаш.
- Симптомсиз бактериурияни даволаш.
- Анамнезида преэклампсия бўлган аёлларга аспирин бериш.

Ҳомиладорлик даврида ўсишдан орқада қолган ҳомилани кузатиш:

- Гравидограмма – соғлом аёллар орасида ХРОҚни скрининг қилишнинг кулай усули.

- Ташхис – уни тасдиқлаш учун имкони бўлса, ультратовуш биометриясини қўллаш.

- Мониторинг - доплерометрия ХРОҚга шубҳа бўлганда мониторинг қилишнинг энг яхши усули.

Агар доплерометрик кўрсаткичлар меъёрида бўлса, гестация ёшга нисбатан кичик ҳомиллада унинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиши эҳтимоли кам.

Аntenатал текширишлар сони асфиксиянинг тахминий хавфига ёки аёл учун амалий аҳамиятига мос бўлиши лозим. Масалан, аёл ҳомила кимирлашининг вақтинча сусайишига шикоят қилса, бир марта текшириш ўтказиш етарли. Ҳомила ҳолати яхши эканлигига ишонч ҳосил қилингандан сўнг одатдаги антенатал парвариш давом эттирилади. Агар хавф сакланса, бир ҳафтада бир ёки икки марта текшириш мумкин. Баъзан оғир преэклампсия ҳолатларида туғруқ муддатини аниқлаш, ҳомила гестация ёштини узайтириш ва унинг касалланиш хавфини камайтириш мақсадида ҳар куни текшириш ўтказиш лозим.

ХРОҚни даволашнинг ягона самарали усули кулай муддатда туғдириш ҳисобланади. Унинг жиддий зарарланишларида зудлик билан туғдириш мақсадга мувофиқ. Агар ХРОҚ компенсация босқичида бўлса, ҳомила ҳолатини даврий равишда баҳолаб туриш лозим ва бунинг учун куйидаги синамалардан фойдаланилади.

- Ҳомиланинг ҳаракат фаоллигини баҳолаш.
- Ҳомила юрак уриши сонини эшитиш.
- УТТ текшириш.

Ультратовушда текшириш

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида УТТ (24 ҳафтагача) куйидаги ҳолларда самарали ҳисобланади.

- Гестация ёштини баҳолаш.
- Кўп ҳомилаликни эрта аниқлаш.
- Ҳомиладорликни тўхтатиш мумкин бўлган муддатларда унинг ривожланишидаги нуқсонларини аниқлаш.

Ҳомиланинг ҳаракат фаоллигини баҳолаш – кимирлашини ҳисоблаш. Ҳомила кимирлашини кунлик мониторинг қилиш амалий аҳамиятга эга бўлиб, уни формал-юзак эмас, балки сифатли баҳолаш муҳимдир. Мабодо аёл ҳомила кимирлаши камайишини сезса зудлик билан текширишдан ўтиши лозим.

Аntenатал кардиотокография (стрессли бўлмаган синема)

Ҳомила ҳолатини баҳолаш учун туғруққача кунлик КТГ ўтказиш перинатал салбий оқибатларни камайтириш имконини беради. Уни ҳомила ҳолати ёмонлашишига шубҳа бўлганда онани тинчлантириш ва ҳомила ҳолатини объектив баҳолаш учун ўтказиш керак. КТГ технологияси биринчи марта

1950-йилларда ишлаб чиқилган ва унинг мониторинги туғруқ вақтидаги болалар ўлими ва улардаги церебрал паралич ҳолатлари асфиксия билан боғлиқ эканлигини аниқлаш имконини яратди. Ушбу синама арзон, қўллаш осон ва қулай, монеликлар бўлмаганлиги сабабли афзал ҳисобланади.

Камчиликлари: гипоксия/ацидозни кеч аниқлаб беради, юқори хавф гуруҳидаги аёлларга бир ҳафтада фақат икки марта ўтказиш мумкин, ўткир гипоксияни кўрсатади – хомиланинг сурункали қийналганлиги ҳақида чегараланган маълумот беради.

Киндик артериясида қон айланиш доплерометрияси.

Паст хавф бўлган хомиладорликларда қон айланиш тезлигини аниқлашда қулай ва ҳар 2 ҳафта ораллиғида текшириш хомила учун хавфсиз ҳисобланади. Кўрсатма бўйича ўтказилганда чакалоқлар касалланишини 29%, перинатал ўлимни 38% камайтиради. Шунингдек, хомиланинг она корнида ривожланишдан орқада қолишида киндик артерияси доплерометриясини қўллаш аниқ ташхислаш усуллардан бири бўлиб ҳисобланади. Допплерни қўлаб антенатал госпитализация ва туғруқ дардлари чақириш сонини камайтиришга эришилади. Киндик артериясида қон айланишининг аниқланмаслиги ёки реверсли айланиши хомила-йўлдош қон айланишининг оғир бузилиш белгиси ҳисобланиб, 3-7 кун ичида хомиланинг антенатал ўлими кузатилади.

Ҳомиладорлик давридаги ўзгаришлар

1-триместр	Ҳомила ривожланиши
	<p><u>1-ой:</u> 1-кун – тухум хужайра уруғланиши; 6-кун – имплантация; 14-кун – хомила ўлчами 0.6-1.2 см; 18-кун – юрак уриши пайдо бўлади; ой охирида – оёқ-қўллари шаклланади.</p> <p><u>2-ой охирида:</u> юзи, организмнинг барча асосий тизимлари шаклланади; кимёвий дориларга сезгирлик даври; баъзан хомила юрак уриши эшитилади; ҳаракат фаолияти шаклланади; оёқ ва қўлларда кафт, бармоқлар шаклланади; тоғайлар суяклана бошлайди; сут тишлар муртаги шаклланади.</p> <p><u>3-ой охирида:</u> хомила жинсини аниқлаш мумкин; ташқи омилларга сезгирлик пасаяди; оёқ/товонлар ҳаракати; мимик ҳаракатлар; ютиниш ҳаракатлари. нафас ҳаракатлари.</p>

2-триместр	<p><u>4-ой охирида:</u> ўлчами – 20-25 см, вазни – тахминан 170 г;</p> <p><u>5-ой охирида:</u> хомила тез кимирлайди, аёл «кимирлашини» сезади; ўлчами – 25-30 см, вазни – тахминан 450 г; соч қоплами шаклланади; танаси лануго билан копланади; оёқ ва қўл бармоқларида тирноқ пайдо бўлади; юрак уриши аниқ эшитилади.</p> <p><u>6-ой охирида:</u> муддатидан олдин туғруқ содир бўлса, хомила яшашини мумкин; ўлчами – 35 см, вазни – 650 г; илдиз тишлар муртағи шаклланади; кучли ушлаш ҳаракатлари.</p>
3-триместр	<p><u>7-ой охирида:</u> вазни – 1300-1400 г; она иммунитетига эга бўлади.</p> <p><u>8-ой охирида:</u> вазни – 2200-2300 г; одатда боши билан олдинда ётади; она иммунитетига эга бўлади.</p> <p><u>9-ой охирида:</u> ўлчами – тахминан 50 см, вазни 3200-3400 г; бола «пастга тушади».</p>

Ҳомилдорлик даврида аёлнинг умумий аҳолини яхшилайдиган айрим ҳолатлар

Белгилар	Аёлларга маслаҳат	Даволашнинг кўшимча имкониятлари
Тез чарчаш	<ul style="list-style-type: none"> • Кўпроқ дам олиш • Соғлом озиқланиш • тамойилларига риоя қилиш • Оддий машқларни бажариш 	
Эргалаб кўнгил айнаши/қайт қилиш	<ul style="list-style-type: none"> • Эрта тонгда бир бўлак юмшоқ ёки қотган нон ейиш • Аччиқ ва ёғли таом истеъмол қилмаслик • Тез-тез ва бўлиб овқатланиш • Юқоридаги ўзгаришлар <p>ҳомилдорликнинг биринчи уч ойида кўп ҳолларда ўз-ўзидан ўтиб кетишини тушунтириш</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Терининг биологик фаол нуқталарини массаж қилиш (биологик фаол нуқта кўл қафтларидан уч бармоқ тепада) • Антигистамин препаратлар

Жигилдон кайнаши	<ul style="list-style-type: none"> • Аччиқ ва ёғли овқат истеъмол қилмаслик • Тез-тез ва бўлиб овқатланиш • Таркибида кофеин бўлган ичимликларни ичмаслик • Овқат егандан сўнг ётмаслик/эгилмаслик • Баланд ёстиқда ухлаш • Сут ичиш ёки йогурт ейиш 	<ul style="list-style-type: none"> • Тавсиялар самара бермаганда антацид дорилар
Қабзият	<ul style="list-style-type: none"> • Бир кунда камида 8 стакан сув ёки суюқликлар ичиш (қарши кўрсатмалар бўлмаса) • Клетчаткага бой овқатларни истеъмол қилиш (кўкатлар, сабзавотлар ва бўтқалар) 	
Геморрой – бавосил	<ul style="list-style-type: none"> • Клетчаткага бой ва суюқ овқатларни истеъмол қилиш 	<ul style="list-style-type: none"> • Геморройга қарши мазларни қўллаш
Оёқ/кафтлар шиши	<ul style="list-style-type: none"> • Кун давомида бир неча марта оёқларни кўтариб дам олиш • Ён томонлама ухлаш 	
Веналарнинг варикоз кенгайиши	<ul style="list-style-type: none"> • Бу кенг тарқалган ва хавфсиз касаллик эканлигини тушунтириш 	<ul style="list-style-type: none"> • Компрессила эластик колготкалар шишларни кайтариши мумкин, аммо варикоз кенгайишни тўхтатмайди
Белда оғрик	<ul style="list-style-type: none"> • Паст товонли оёқ кийимда юриш • Оғир юк кўтармаслик • Оғир юк кўтарганда эгилмасдан тиззаларни букиш 	<ul style="list-style-type: none"> • Сувли машқлар • Массаж курси

Туғруқ режаси

Кириш

Менинг исимим, шарифим _____

Тахминий туғруқ муддати _____

Шифокоримнинг исми, шарифи _____

Фарзандимнинг педиатри _____ бўлади

Туғруқ вақтида менга _____ кўмак беради

Туғруқда: _____ иштирок этишади

СИЗ ТЎҒРИНГИЗДА ЯХШИ МАЪЛУМОТГА ЭГА БЎЛИШ УЧУН...

Ўзингиз ҳақингизда қўшимча маълумот беринг (муҳим саволлар, кўрқувлар, ҳавотирланиш)

Мен хоҳлар эдим:

- Мени фақат қариндошларим ёки ҳамшира тинчлантиришини;
- кўмак ва тинчлантиришдан ташқари оғриқсизлантиришларини;
- бошқа хоҳишлар (илтимос, тушунтиринг):

ТУҒРУҚНИНГ БИРИНЧИ ДАВРИДА БАЧАДОН ҚИСКА-РИШИНИ КУЗАТИШ

Қуйидаги тадбирлар аёлга тўлғоқдаги нохуш ҳисларни енгишга ёрдам беради. Илтимос, ҳамшира туғруқ вақтида Сизга таклиф қилиши мумкин бўлган седатив воситаларни танланг:

Ванна/душ	Ўз кийимини кийиш/тунги кийим
Юриш	Кўп ёстиклар (ўзникини олиб келиш лозим)
Иссик/совук компресс	Массаж
Севимли мусиқани тинглаш	Нитронокс қилиш
Туғруқ коптогини қўллаш	Эпидурал анестезия
Бирорга ёқимли нарсага эътиборни қаратиш	Бошқа усуллар

БОЛАНГИЗ ТУҒИЛИШИ

Акушеркангиз (ҳамширангиз) туғруқнинг охириги даврида қулай ҳолатни эгаллашингизга ёрдам беради. Қуйидаги ҳолатлардан қайси бирини хоҳлайсиз:

Вертикал

Ён томонда

Раҳманов кровати (акушерлик креслоси)

Бошқа ҳолатлар _____

Болам туғилгандан сўнг хоҳлардим:

Киндигини кесишни;

Туғилган заҳоти қорнимга ётқизишларини;

Менга беришдан олдин болани ўрашларини;

Болага уй қалпоқчасини кийгизишларини;

Туғруқни расмга ёки видеокамерага туширишларини;

Бошқалар _____

ТУҒРУҚ ВАҚТИДАГИ КУТИЛМАГАН ҲОЛАТЛАР

Қуйидаги ҳолатлар бўйича Сизга маълумотлар керак бўлса, илтимос, шифокорингизга ёки акушеркангизга мурожаат қилинг:

Ҳомила мониторинги; Амниотомия; Туғруқни стимуллаш/индукция қилиш.	Қискичлар/вакуум-экстракция қўллаш; Эпизиотомия; Кесар кесиш.
---	--

БОЛА ТУҒИЛГАНДАН СЎНГ ТУҒРУҚХОНАДАН ЧИҚИШДАН ОЛДИН

Акушерлик бўлими она ва бола кеча-кундуз бирга бўлишини шарт деб ҳисоблайди; тиббий ходимлар болага қарашга ёрдам беради.

Мен хоҳлайман:

Боламни кўкрак билан эмизишни.

Болага кўшимча суюқлик беришни.

Туғруқхонада бўлган вақтимда мен хоҳлар эдим:

Доим болам билан бирга бўлишни.

Болани кўриқдан ўтказишда иштирок этишни (келганда ва кетишда).

Текширишларда иштирок этишни (тахлилга қон олишда, конъюктивга туберкулин синамаси қўйганда).

Ҳамшира менга болани чўмилтиришни кўрсатиб беришини.

Болани ўзим (жумладан биринчи марта) чўмилтиришни.

Болани суннат қилишларини.

БЦЖ ва гепатит В вакцинацияси қилишда иштирок этишни.

Бошқалар _____

Уйда менга ёрдам беришади (кимлар):

Кўшимча гоё ва изоҳлар:

Туғруқхонадан уйга келганимда мени кўришга келишини хоҳлайман (тагига чизинг):

Ҳа, Йўқ Ҳал қилмадим

Сана _____

Ҳомиладорлик патологияси

1. Йўлдошнинг олдинда келиши

Йўлдошнинг олдинда келиши – бу унинг бачадон пастки сегментда, хомила тухумидан, тўлик ёки қисман пастда жойлашишидир. Физиологик ҳомиладорликда йўлдош бачадон танаси соҳасида жойлашади, кўпинча унинг орқа деворининг шиллик қаватида ривожланади. Кам ҳолатларда бачадон олд деворига, ундан ҳам камроқ тубига бирикади. Меъёрда бачадон танасига бирикканда йўлдошнинг пастки қисми ички бўғзига 7 см ва ундан

ортиқ етмайди. Йўлдош бачадон олдинги деворига жойлашишида кўпинча унинг миграцияси кузатилади.

Йўлдошнинг олдинда келишининг икки кўриниши фарқланади:

1. Марказий – қин орқали текширувда бўғизда фақат йўлдош тўкимаси аниқланади.

2. Ёнбош – қин орқали текширувда бўғизда фақат йўлдошнинг 1-2 бўлаги ва ҳомила қобиғи аниқланади.

3. Ёни билан – бўғизда ҳомила олд қобиғи ва йўлдошни бир чети аниқланади.

4. «Йўлдошнинг пастки жойлашуви» тушунчаси ажратилади. Бу клиник ходиса бўлиб, УТТ йўлдош чети ички бўғиздан 6-7 см (шартли меъёр чегараси) кам бўлган масофада жойлашади. Йўлдошнинг пастки жойлашувини ўтувчи шакл, яъни уни нормал жойлашуви ва олдида келишини оралиғи деб қараш мумкин.

Анамнез: абортлар, аборт ва туғруқдан кейинги септик асоратлар, кўп туғувчилар. Йўлдошнинг олдинда келишини келтириб чиқарувчи омиллар орасида экстратегенитал касалликлар алоҳида ўрин тутади. Бу ўз навбатида трофобластларнинг ферментатив хусусиятини пасайтиради, эндокринопатия, генитал инфантилизм, бачадон чандиклари ва унинг миомасини келтириб чиқаради.

Клиникаси: асосий белгиси қон кетиш бўлиб, ҳомиладорликнинг 16-20 -ҳафтасидан бошланади ва тез-тез такрорланади. Биринчи қон кетиш кўпинча аҳамиятсиз бўлса ҳам қайта қон кетишлар кучли бўлади. Йўлдош қанчалик пастда жойлашган бўлса шунчалик эрта муддатларда ва кўп миқдорда қон кетиши кузатилади. Йўлдош олдинда келаётган аёллар аҳволининг оғирлик даражаси йўқотган қон миқдорига боғлиқ бўлмаслиги мумкин. Баъзан кам миқдорда йўқотилган қон ҳам аёлни аҳволини кескин оғирлаштиради. Қайта қон кетишлар натижасида, кам миқдорда бўлса ҳам анемия ривожланади.

Ёндош белгилар:

- Ҳомила олдинда жойлашган қисмининг юқори бўлиши.
- Ҳомиланинг нотўғри жойлашиши; кўндаланг, тос билан.
- Ҳомиланинг думбаси билан олдинда жойлашиши.
- «Шишганлик» белгиси.
- Қон кетиши кечаси ёки уйку вақтида, олғида ҳеч қандай ташқи сабабсиз ва оғриқсиз кузатилади.

• Қон кетиши жинсий алоқадан сўнг бошланади..

• Бачадон таранглашмаган.

• Ҳомиланинг юрак уриши меъёрида.

• Қон кетиш ҳажми – 1.000-2.000 мл.

• Шок.

Ташхис:

• Анамнез, объектив текширувлар, УТТ.

Тактика:

• Хомиладорликнинг 20-хафтасида жинсий йўллардан қонли ажралма кузатилганда УАВ умумий ва ташқи акушерлик текширувини ўтказиши ва хомиладорни шифохонага юбориши лозим.

• Йўлдошнинг олдинда келишига гумон қилинганда қин орқали текширув фақат шифохонада ўтказилади, чунки текширув вақтида кўп қон кетиб қолиши мумкин;

• Аёлда йўлдошнинг олдинда келиши шаклларида қайси бири эканлигини бачадон бўғзи 5-6 см очилганда аниқлашади.

Йўлдошнинг олдинда келишида қон кетишини қуйидаги ҳолатлардан фарқлаш лозим:

- меърида жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши;
- йўлдошнинг ён синусга ёрилиши;
- бачадон бўйни полипи;
- бачадон бўйни эрозияси;
- бачадон бўйни раки;
- ораликнинг варикоз кенгайган веналарининг ёрилиши.

Ушбу ҳолатларни синчиклаб анамнез йиғиш ва ташқи текширувлар асосида инкор қилиш ёки тасдиқлаш мумкин. Дард ва ҳомила олди сувининг йўқлиги киндик томирлари ёрилмаганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Меърида жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчишида қон кетиш оғриқ билан кечади ва ҳомила юрак уриши ўзгариши кузатилади.

Ойналар ёрдамида текширув бачадон бўйни полипи, эрозия, рак, ораликнинг кенгайган веналарининг варикоз ёрилиши касалликларини инкор этишга ёрдам беради. Ташхисни тасдиқлаш учун УТТдан фойдаланилади.

Даво тадбирлари:

Зудлик билан яқин жойдаги туғруқхонага ётқизиш;

- Беморнинг умумий аҳволини аниқлаш - пульси, нафас олиши, АКБ, Альговер шок индекси;

- акушерлик ҳолатини аниқлаш – хомиладорлик муддати, туғруқ фаолияти, оғриқнинг тури;

- бачадон ҳолати – тонуси, чегараланган оғриқлар;

- ҳомиланинг ҳолати – юрак уриши, кимирлаши;

- кислород ингаляцияси;

- иккита венага суюқлик қуйиш тизимини ўрнатиш;

- организмда айланиб юрган қонни тиклаш учун – физиологик эритмани 15-20 дақиқада 1 л тезлик билан юбориш;

- биринчи соатларда камида 2 л суюқлик қуйиш.

ДАВОЛАШ. Йўлдошнинг олдинда келиши оқибатидаги қон кетишда кечиктирилмайдиган тез ёрдам, фақат шифохонада олиб борилади ва хомиладор туғруқ яқунланмагунча у ерда қолади. Туғруқ яқунланиши акушерлик ҳолатига боғлиқ бўлиб, мустақил ёки кўп ҳолларда кесар кесиш амалиёти бажарилади.

Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши.

Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши деб, ҳомила туғилишидан олдин, яъни ҳомиладорлик даврида ёки туғруқ вақтида унинг кўчишига айтилади. Умумий қон кетиш 600-2500 мл атрофида бўлиши мумкин.

Қон кетишнинг қуйидаги 3 тури фарқланади:

- Ташқи қон кетиш.
- Ретроплацентар гематома (500-1500 мл).
- Қон секвестрацияси ва деполаниши ҳисобига ички қон кетиш.

Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчишининг асосий сабаблари:

- Васкулопатия-эндометрийнинг томир патологияси.
- Томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши ва мўртлиги (ЭГК, ГК, ҚД, юрак ва буйрак касалликлари ва бошқалар).
- Механик омиллар (қорин жароҳатлари, киндик калталиги, эндометрийдаги дистрофик ўзгаришлар, кўп ҳомиладорлик, кўп сувлилик, катта ҳомила).

- Стресс омиллар.

Меъёрида кечган ҳомиладорликда ва туғруқда йўлдош унинг 3 даврида бачадон деворига бириккан жойидан ажрала бошлайди. Йўлдошнинг ғовак тузилиши бачадон қисқаришидаги босимни ўзгаришининг мослашишига ва йўлдош майдонининг кичиклашиши ёки катталаши ёрдам беради. Физиологик ҳомиладорлик ва туғруқда йўлдошнинг бачадон танасига бирикиши, ҳомила олди сувининг таъсирларга қарши босими нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчишига йўл қўймайди.

Унинг вақтидан олдин кўчишига сабаб бачадонда ва йўлдошда дегенератив ва яллиғланиш ўзгаришларнинг мавжудлиги ҳисобланади.

КЛИНИКАСИ. Умумий қон кетиш – 600-2500 мл.

- Бачадон таранглиги (гипертонус).
- Бачадон оғриқлилиги.
- Ҳомила қимирламаслиги ёки суст қимирлаши.
- Туғруқ йўлларида қонли ажралма келиши (бу белги баъзан кузатилмайди) ва айрим ҳолларда ривожланади.

Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчишининг қуйидаги оғирлик шакллари фарқланади: енгил, ўрта, оғир.

Енгил шаклида клиник белгилари йўқ ва туғруқдан кейин аниқланади. Йўлдош юзаси текширилганда катта бўлмаган қуюқ қон билан тўлган жойни кўриш мумкин. Унинг бундай ажралиши она ва ҳомила учун хавфли эмас.

Ўрта шаклида ҳомиладор аёл кучли бўлмаган қориндаги оғриққа шикоят қилади ва у йўлдош ажралган соҳада бўлади, доим жинсий йўллардан қон келади, бу йўлдош орқа гематомасига ва йўлдош ажралган соҳага боғлиқ.

Йўлдошнинг уч дан бир қисми ажралганда ҳомила аҳволи кескин оғирлашади – унинг асфиксияси кузатилади ва айрим ҳолларда нобуд

бўлади. Хомиланинг юрак уриши дастлаб тезлашади, кейинчалик бутунлай йўқолади (хомила дистрессии).

Оғир шаклида куйидаги белгилар кузатилади: коринда кескин оғрик, ҳолсизлик, бош айланиши, айримларда ҳушни йўқотиш, ҳўзғалувчанлик, тери-шиллик қаватларининг рангпарлиги, лаблар оқ кўкимтир тусда, нафас тезлашган—бир дақиқада 30та, хансираш, АБ тушиши, қорин кўздан кечирилганда кескин шишган, бачадон тонусда зич ва асимметрик, кин орқали текширувда - бачадон бўйни ёпик, юқорида ҳомила қисмлари аниқланади, қонли ажралмалар меъёрий микдорда.

Қатга ўлчамда йўлдошнинг ажралиши она (қон кетиш ва шокдан ўлим) ва ҳомила (гипоксия) учун хавфли. Бачадоннинг шикастланмаган томирларидан тромбопластик моддаларнинг қуйилиши томир ичи диссеминирланган синдромига сабаб бўлади. Клиник намоён бўлиши - қон кетиш ва геморрагик шок, бачадон қисқаришини ва утеротоник моддаларнинг (простогландин, окситоцин) пасайиши, бачадон-йўлдош апопликсияси ривожланиши (Кювелер бачадони) натижасида бачадон девори қон билан тўйинади.

Ташхис анамнез ва объектив кўриққа асосланади. Амалиётда ушбу патологик ҳолатни йўлдошнинг олдинда келишидан (унда бачадон оғрикли, ички қон кетиш белгилари йўқ, қон кетиш 500 мл атрофида) ва бачадон ёрилишидан фарқлаш лозим. Бачадон ёрилиши тор (анатомик, клиник) тосда туғруқдан кейин кузатилиши мумкин. Қисқарган бачадон ҳомиладан алоҳида пальпация қилинади.

Тадбирлар:

- Яқин жойдаги туғруқхонага зудлик билан ётқизиш;
- кислород ингаляцияси;
- иккита томирга қуйиш тизимини ўрнатиш;
- организмда айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш учун – физиологик эритмани 15-20 дақиқада 1 л тезлик билан қуйиш;
- биринчи соатларда камида 2 л суюқлик юбориш.

Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчишида гумон қилинган ҳомиладорни УАВ зудлик билан акушерлик шифохонасига ётқизиши лозим.

Даволаш клиник белгилар ва туғруқ йўлларининг тайёр эканлигига боғлиқ. Аёл ҳаётига хавф солувчи кескин камқонликда ва шокда туғруқ жарроҳлик аралашуви билан яқунланади. Ҳомила нобуд бўлган бўлса ҳам кесар кесиш амалиёти ўтказилади. Агар Кювелер бачадони аниқланса, уни ампутацияси ёки экторпацияси амалга оширилади.

Оқибати – оғир шаклида оналар ўлими 6-8%, перинатал бола ўлими 20-90% ташкил қилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчишини эрта аниқлаш;
- кечки гестозларни кечиктирмасдан даволаш;

- сурункали касалликлар авж олишининг олдини олиш;
- ҳомиладорларни даволаш-сақлаш тартибига риоя қилиш.

2. Муддатидан олдинги туғрук

Ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасидан 37-ҳафтасигача бўлган муддатда (ЖССТ бўйича 22 – 37 ҳафта) содир бўлган туғрук муддатидан олдинги ҳисобланади. Бунда ҳомила вазни 1000 дан 2500 г.гача бўлади. ЖССТ тавсияларига кўра, агар ҳомиладорлик 22 (ва юқори) ҳафталигида тугаса ва ҳомила вазни 500 г (ва юқори) бўлса, чақалоқ туғилганидан кейин 7 кун ичида яшаб кетса, бундай туғрук экстремал кам вазнли ҳомила билан муддатдан олдинги туғрук дейилади. Гестациянинг 22 ҳафталигидан кейин туғилган (500 г ва юқори вазнли), туғруқдан сўнг 7 кун ичида нобуд бўлган ҳомила ўлими перинатал ўлим ҳисобланади.

Чақалоқ вазни фақат муддатидан олдинги туғруқдагина 2500 г.дан кам бўлмайди. Шунинг учун ҳам кам вазнли чақалоқлар 3 гуруҳга ажратилади:

1. Туғилгунча, она қорнида ўсиши меъёрида бўлган чақалоқлар (тана вазни гестация ёшига мос);

2. Муддатида ёки чала туғилган, лекин она қорнида ривожланишдан ортда қолганлиги туфайли гестация ёшига нисбатан кам вазнли чақалоқлар;

3. Чала туғилган ҳамда она қорнида ўсишдан ортда қолганлиги ҳисобига кам вазнли муддатидан олдин туғилган чақалоқлар;

Ўз-ўзидан ҳомила тушишининг сабаблари муддатидан олдинги туғруққа ҳам сабаб бўлади.

Акушерлик тактикаси хусусиятлари ҳамда муддатидан олдинги туғруқнинг ҳомила учун турли якунидан келиб чиқиб ва гестация муддатини ҳисобга олиб уларни 3 даврга ажратиш мақсадга мувофиқ:

- 22 – 27 ҳафталик муддатда (ҳомила вазни 500 – 1000 г);

- 28 – 33 ҳафталик муддатда (ҳомила вазни 1000 – 1800 г);

- 34 – 37 ҳафталик муддатда (ҳомила вазни 1900 – 2500 г);

22 – 27 ҳафталик муддатда – кўпинча истмико яъни цервикал етишмовчилик, қоғонок пардалар яллиғланиши ва унинг муддатидан олдин йиртилиши сабабли содир бўлади. Ҳомиладорликнинг 28 – 33 ва 34 – 37 ҳафталигидаги муддатидан олдинги туғруққа турли сабаблар олиб келиши мумкин. Ҳомила ўпкалари етилмаган ва уларни онага буюриладиган дори воситалари ёрдамида етилтиришга доим ҳам эришиб бўлмайди. Бу гуруҳ ҳомила учун туғруқ натижаси ижобий эмас - перинатал касаллик ва ўлим кўрсаткичи ўта юқори. Муддатидан олдинги туғруқларда перинатал ҳасталаниш ва ўлим хавф омиллари гестация муддати ва ҳомила вазнидан ташқари туғруқнинг кечиш хусусиятларига ҳам боғлиқ. Муддатидан олдинги туғруқларда кўпинча ҳомила ёки чақалоқ перинатал ўлим хавфининг 5 мартагача ошишига сабаб бўлувчи, ҳомиланинг ўзини ва олдинда келувчи қисмининг нотўғри жойлашганлиги, жумладан, ҳомила чаноғи олдинда жойлашиши, нормал ёки пастда жойлашган йўлдошнинг муддатидан аввал кўчиши, тез ёки шиддатли туғруқ кузатилади.

Клиник манзараси ва ташхислаш

- Хавф солувчи;
- жадаллашган;
- бошланган муддатидан олдинги туғруқлар тафовут қилинади.

Муддатидан олдинги туғруқ хавфига қорин пасти ва белдаги оғриқлар хос. Бачадон кўзгалувчанлиги ҳамда тонуси ошганлиги гистерография ва тонусометрия ёрдамида тасдиқланиши мумкин. Қин орқали текширувда бачадон бўйни сақланган, унинг ташқи бўғзи ёпиклигини аниқлаш (қайта туғувчиларда у бармоқ учини ўтказиши) мумкин. Қоғонок суви кетиши, хомила фаоллиги ошганлиги ҳам кузатилади.

Жадаллашган муддатидан олдинги туғруқда одатда мунтазам тўлғоқлар ёки қорин пастида яққол ифодаланган тўлғоқсимон оғриқлар кузатилади ва бу гистерографик текширувда тасдиқланади. Қин орқали текширувда бачадон бўйни калталашгани ёки силлиқлашгани аниқланади. Кўпинча хомила олди суви кетиши содир бўлади.

Муддатидан олдин бошланган туғруққа мунтазам туғруқ фаолияти ва бачадон бўйинининг (2-4 см) очилиши хос.

Муддатидан олдинги туғруқ хусусиятлари:

- хомила олди сувини муддатидан олдин кетиши (40 %);
- кўпинча истмико – цервикал етишмовчилик сабабли тез ёки шиддатли туғруқ, шу билан бирга туғруқ давомийлигининг узайиши;
- туғруқ фаолиятини бузилиши (туғруқ фаолияти сустлиги, дискоординация, ўта шиддатли туғруқ);
- нормал ёки пастда жойлашган йўлдошнинг муддатидан аввал кўчиши ёки унинг пастда жойлашгани сабабли туғруқгача бўлган ёки эрта туғруқдан кейинги даврда қон кетиши;
- туғруқдаги (хорионамнионит) ва туғруқдан кейинги (эндометрит, флебит ва х.к.) инфекциял асоратлар;
- хомила гипоксияси.

Муддатидан олдинги туғруқ хавфи ва жадаллашган муддатидан олдинги туғруқни ташхислаш бир оз кийин, лекин беморни даволаш тамойили шунга боғлиқ.

Муддатидан олдинги туғруқ ташхиси билан аёл шифохонага ётқизиши шарт.

Муддатидан олдинги туғруқ хавфи ёки содир бўлиши сабабини олдини олиш мақсадида:

тахминий туғруқ вақти, хомила вазни, қин ажралмаси хусусияти (хомила олди суви, қон), бачадон бўйни ҳолати, инфекция белгилари бор-йўқлиги, туғруқ фаолияти борлигини аниқлаш;

муддатидан олдинги туғруқ босқичини аниқлаб, жадаллашган муддатидан олдинги туғруқда хомиладорликни сақлашга қаратилган даво олиб бориш. Муддатидан олдин бошланган туғруқда бундай даво самарасиз.

Қин орқали текширувда бачадон бўйни ҳолати – консистенцияси,

узунлиги, каналнинг ўтказувчанлиги, чанок ўкига нисбатан жойлашиши, деформация, коғонок парда бор-йўқлиги аниқланади.

Клиникаси. Муддатидан олдинги туғруқ хавфига қорин пасти ва белдаги оғриқлар хос. Қин орқали текширувда бачадон бўйни сақланган, унинг ташқи бўғзи ёпиқ ёки бармоқ учини ўтказида.

• Жадаллашган муддатидан олдинги туғруқда одатда мунтазам тўлғоқлар ёки қорин пастидаги яққол ифодаланган тўлғоқсимон оғриқлар кузатилади, баъзида ҳомила олди суви кетиши содир бўлади. Қин орқали текширувда у калталашган ёки силлиқлашган, бачадон бўйни канали бир бармоқни ўтказида;

• Бошланган муддатидан олдинги туғруқда одатда мунтазам тўлғоқлар, баъзида ҳомила олди суви кетиши содир бўлади, бачадон бўйни очиклиги ва силлиқлашгани кузатилади.

Даволаш. Агар ҳомиладорда туғруқ йўллари структур ўзгаришсиз қорин пастида кучсиз симилловчи оғриқлар кузатилса, даволаш билан УАВ амбулатория шароитида шуғулланиши мумкин. Улар қуйидагилардан иборат:

- ётоқ тартиби;

- психотерапия;

- седатив воситалар – пустирник тиндирмаси (15.0 : 200.0) бир ош қошиқдан кунига 3-4 марта, валериана тиндирмаси (20.0 : 200.0) + пустирник тиндирмаси (20.0) бир ош қошиқдан уч маҳал; триоксазин 0.3 г 2-3 маҳал, нозепам (тазепам) 0.01 г 2-3 маҳал, сибазон 0.015 г 2-3 маҳалдан бир кунда қўллаш мумкин;

- спазмолитик даво – 0.1 % - 1 мл метацин эритмаси м/о, баралгин 2 мл, но-шпа 2 мл м/о 2-4 мартадан, 2 % - 2 мл папаверин гидрохлорид м/о 2-3 марта.

Агар ҳомиладор аёлда қиндан ажралма келиши, жинсий аъзоларда ўзгариш ва тўлғоқсимон оғриқлар пайдо бўлса, уни зудлик билан шифохонага ётқизиш талаб этилади.

Истмико – цервикал етишмовчиликни жарроҳлик усулида бартараф қилиш учун 14-ҳафтадан 16-17-ҳафтагача шифохонага юбориш керак. Кейин амбулатория шароитида простогландинлар даражасини камайтирувчи спазмолитиклар (но-шпа, папаверин гидрохлорид), 20-ҳафтагача дюфастон 1 таблеткадан кунига 3 марта ва 20-ҳафтадан кейин токолитиклар (гинипрал) тавсия этилади.

3. Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.

Ҳомиладорлик туғруқ муддатидан 10-14 кун ўтса, (294 кундан ортиқ, 42 ҳафта) ва бола унинг белгилари билан туғилса, муддатидан ўтган ҳомиладорлик дейилади.

Клиникаси. Она томонидан ўзгаришлар - етилган ҳомиладорликда бачадон бўйнининг биологик тайёр бўлмаслиги, 40-ҳафтадан сўнг қорин айланасининг камайиши, бачадон туби баландлигининг ортиши, организмда эстроген микдорининг озайиши.

Ташхиси:

- Анамнез асосида, охирги ҳайз, овуляция, аёллар маслаҳатхонасига биринчи ташрифи ва ҳомиланинг биринчи қимирлаши бўйича ҳомиладорлик ва туғруқ муддати аниқланади.

- Динамикада УТТ – плацентанинг юпқалашиши, ўлчамининг катталашиши, бўлақлараро чегарасининг ноаниқлиги, ёғли майдончалар бўлиши, кам сувлилик, суякланишнинг кучайиши, ҳомила ўлчамларининг йирик бўлиши.

- 20-ҳафтагача ҳомиладорлик муддатини аниқлаш мақсадида УТТ ўтказиш муддатидан ўтган ҳомиладорликларда туғруқни сунъий чақириш заруриятини камайтиради.

- Муддатидан ўтган ҳомиладорликда ҳомила олди суви миқдори ва таркиби ўзгаради. Ўртача ҳисобда бир ҳафтада 100-200 мл, 42 ҳафталикда икки баробар камаяди, ялтироқ оқимтир ва яшил рангда бўлади.

Олиб бориш тамойиллари:

1. УАВ ва аёллар маслаҳатхонаси шифокори муддатидан ўтган ҳомиладорликда она ва ҳомила томонидан туғруқда ва туғруқдан кейинги даврда кузатиладиган асоратлар ҳақида тўла маълумот бериши шарт.

2. Оила аъзоларига тахминий туғруқ муддатидан ўтганда, яъни 41 ҳафталикда туғруқxonанинг туғруқка тайёрлаш бўлимига ётқизилиши тўғрисида тушунтириш ишлари олиб борилиши лозим.

3. Ҳомиладорликнинг 41-ҳафтасидан кейин туғруқни чақириш перинатал ўлимни камайтиради.

4. Ҳомиладорлиги асоратсиз кечаётган аёлларга ҳомиладорликнинг 41-ҳафтасидан кейин туғруқни сунъий чақиришни тавсия этиш керак;

5. Туғруқни сунъий чақиришдан бош тортган аёлларда ҳомиладорликнинг 41-ҳафтасидан бошлаб кучайтирилган антенатал кузатув олиб бориш (ҳафтада 2 марта ҳомила КТГси ва амниотик суюқлик ҳажмини УТТ ёрдамида баҳолаш) зарур.

Туғруқдан кейинги реабилитация

- Аёллар маслаҳатхонаси ва ҚВП ёки ОП шароитида диспансер назоратини мутахассислар билан ҳамкорликда олиб бориш;

- қарши кўрсатмаларни эътиборга олган ҳолда контрацепция усулларини танлаш.

4. Ҳомиладорларнинг қайт қилиши ва сўлак оқиши

Ҳомиладорларнинг қайт қилиши ва сўлак оқиши ҳомиладорлик вақтида у билан боғлиқ юзага келадиган патологик ҳолат ҳисобланади. У ҳомиладорликнинг биринчи ярмида (одатда 1-триместрда) ривожланади ва барча турдаги модда алмашинуви ҳамда деснептик бузилишлар билан намоён бўлади.

Ҳомиладорларнинг қайт қилиши этиологиясида организмнинг у билан боғлиқ янги шароитга мослашишининг бузилиши муҳим роль ўйнайди.

Сабаб бўлувчи омиллар:

- экстрагенитал касалликлар (буйрак, жигар, ошқозон-ичак, юрак қон-томир тизими ва эндокрин касалликлар);
- сурункали стресс белгилари, тўйиб ухламаслик, норационал овқатланиш;
- чекиш, алкоголь ва наркотик қабул қилиш;
- тарқалган бактериал инфекция;
- дисбактериоз, астеник синдром.

Касаллик ривожланишининг асосий бўғини қисман (ёки тўлиқ) очлик ва сувсизланиш натижасида барча турдаги моддалар алмашинувининг нейрорендоқрин бошқарилишининг бузилишидир. Очлик натижасида дастлаб жигар ва бошқа тўқималардаги гликоген сарфланади, кейин катаболик реакциялар фаоллашади. Она организмдаги энергетик эҳтиёж ва тўқима нафас олиш фермент тизими фаоллиги сусайиши қанд ва аминокислоталарнинг анаэроб парчаланиши ҳисобига қондирилади. Бундай шароитда ёғ кислоталарининг β -оксидланиш имконияти бўлмайди ва натижада организмда ёғ алмашинувининг чала оксидланган метаболитлари – кетон таналар (ацетон, ацето-сирка, β -оксимой кислота) тўпланади, бу эса метаболик бузилишга сабаб бўлади.

Ҳомиладор организмдаги ўзгаришлар дастлаб функционал хусусиятга эга бўлиб, кейинчалик жигар, буйрак ва бошқа аъзолардаги дистрофик жараёнларга алмашинади.

Клиникаси: аёл эрталаб кўнгил айниши, қайт қилиш, иштаҳа пасайиши, ҳолсизланиш, таъм ва ҳид билишни бузилишига шикоят қилади. Оғирлиги бўйича қайт қилишнинг:

- енгил;
- ўрта оғирликдаги;
- ўта оғир турлари фарқланади.

Енгил, 1-даражадаги қайт қилиш асосан эрталаб ва овқатдан сўнг, кунда 5-6 марта кузатилади. Аёл умумий аҳволи қониқарли, тана ҳарорати ва диурез меъёрида, вазни сақланган, тери ва кўринарли шиллик қаватлари одатдаги рангда, ҚБ меъёрида, томир уриши бир дақиқада – 80-90 та. Кам ҳолларда тана вазни 1-3 кгга камайиши мумкин.

Ўрта оғирликдаги, 2-даражадаги қайт қилиш овқатга боғлиқ эмас, кунда 10-12 мартагача, йўтал билан чақириланган хусусиятли. Умумий ҳолсизлик, вазн (дастлабки вазнининг 6% гача), ҚБ пасайиши, томир уришнинг 100 тагача тезлашиши, диурез камайиши, субфебрил ҳарорат ($37.2 - 37.5^{\circ}\text{C}$) кузатилади. Тери рангпар, қуруқ, тил оқиш қараш билан қопланган, сўлак оқиши мумкин. Пешоб таҳлилида ацетонга ижобий синама, қон таҳлилида енгил диспротеинемия ва камқонлик аниқланади.

Оғир, 3-даражада қайт қилиш организмнинг оғир интоксикация белгилари билан кечади. Қайт қилиш кунига 20 марта ёки доимий, кучли

сўлак оқиши кузатилади. Барча турдаги моддалар алмашинуви аъзоларда дистрофик ўзгаришлар даражасигача бузилади, артериал гипотензия, тахикардия, томир уриши 120 та ва кўп, тана вазни ҳафтада 8-10 кг.га камаяди, тери копламлари, склера иктерик, оғиздан ацетон ҳиди, глоссит, гингивит, тери қуриши, «чанг изи» белгиси (терида бармоқни юргизганда кўчган эпидермис қипиқлари кўриниши), 38° С гача кўтарилган ҳарорат аникланади. Қон таҳлилларида қолдик азот, мочевина, билирубин миқдори ошган, лейкоцитоз, гипопропротеинемия, калий ва хлор миқдори пасайган. Бир кеча-кундузлик диурез 200-300 мл гача камайган, пешобда оксил, цилиндрлар, ўт пигментлари пайдо бўлганлиги кузатилади. Оқибати доим ҳам яхши эмас. Бундай ҳолат ҳомиладорликни зудлик билан тўхтатишга кўрсатма ҳисобланади.

Ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. УТТда ҳомиладорликнинг тасдиқланиши ва эрта муддатларда юқоридаги белгиларнинг мавжудлиги ташхислашга имкон яратади. Оғирлик даражаси клиник белгиларнинг қанчалик ифодаланганлигига боғлиқ.

Даволаш. Енгил даражасини УАВ амбулатория шароитида даволайди.

Даволашнинг асосий мақсади қуйидагилар ҳисобига МНТ кўзалувчанлик ва тормозланиш жараёнлари бузилишларини меъёрлашга қаратилган.

- эмоционал хотиржамлик ва уйқу;
- тоза ҳавода сайр;
- тўғри овқатланиш (илик овқат, тез-тез ва кам-камдан, эрталабки нонуштани ўринда ейиш, аччиқ, ёғли овқат, спиртли ичимликлардан тийилиш);

- электр уйқу, электрналгезия 10 сеансгача, игна билан даволаш.

3 кун давомида даво самарасиз, бўлиб вазн камайиши, кетонурия, электролитлар дисбаланси кузатилса, тери ва склера сарғайганда аёл шифохонага ётқизиilib, ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи ҳал қилиниши керак. Ўрта ва оғир даражадаги қайт қилишда аёлни шифохонада даволаш шарт.

Сўлак оқиши (птиализм) мустақил камдан-кам кузатилади ва аксарият ҳолларда ҳомиладорлар қайт қилиши билан бирга келади. Кун давомида ажратиладиган сўлак миқдори 500-1000 мл гача етади. Сўлак оқиши юз териси мацерациясига, оғиз бурчаклари бичилишига олиб келади, руҳиятга салбий таъсир қилади. Бемор озади, уйқу бузилади.

Давони УАВ олиб бориши мумкин. Гиперсаливацияда 0.1% ли атропин 1.0 мл тери остига, оғиз 1% ментол эритмаси, ромашка, шалфей тиндирмаси билан чайилади, мацерация бўлган соҳаларга цинк суртмаси қўлланилади. Антиоксидант сифатида витамин Е, балиқ мойи, эссенциаллардан фойдаланилади.

Профилактика тадбирлари витаминотерапия, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш, jisмоний машқлар бажариш, экстрагенитал касалликларни эрта аниқлаш ҳамда даволаш, абортларнинг олдини олишдан иборат.

Ҳомиладорлик давридаги артериал гипертензия.

Шикоятлар (анамнез) – ҳомиладор ёки яқинда туккан аёлда – АҚ босими юқорилиги, у бош оғриғи ва кўришнинг бузилишига шикоят қилади.

Клиникаси: АҚ босими юқори; эпигастрал соҳада оғрик; бош оғриғи; кўришнинг бузилиши; гиперрефлексия; ўлка шиши; олигурия (24 соат давомида < 400 мл пешоб); тромбоцитопения (< 100000); хушсиз ёки тутканок ҳолати; юрак соҳасида оғрик.

Классификацияси:

Сурункали гипертензия (20 ҳафтагача гипертензия).

Ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия.

Протеинуриясиз ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия.

Енгил презклампсия.

Оғир презклампсия.

Эклампсия.

- Диастолик босим кўрсаткичи ҳомиладорликни олиб бориш тамойилини аниқлашда асосий омил бўлиб хизмат қилади;

- Диастолик босим периферик қаршилиқни кўрсатиб, аёлнинг руҳий ҳолатига боғлиқ бўлмайди;

- Агар 4 соат оралиқ билан икки марта кетма-кет ўлчаганда диастолик ҚБ 90 мм сим. уст. ва ундан юқори бўлса – бу гипертензия белгиси хисобланади;

- Агар гипертензия ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин, туғруқ вақтида ёки туғруқдан сўнгги 48 соат ичида кузатилса – бу ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия;

- Агар ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасигача диастолик босим 90-110 мм сим. уст ва протеинурия 1-2 % бўлса – бу енгил презклампсия кўшилган сурункали гипертензия.

Сурункали гипертензияни кишлоқ врачлик пунктида олиб бориш.

Кўшимча дам олиш.

ҚБнинг пасайиши буйрак ва плацентар перфузиянинг камайишига олиб келади шу сабабли ҳомиладорликгача бўлган даража (кўрсаткич)дан паст бўлмаслиги керак.

- ▶ агар аёл ҳомиладорликгача антигипертензив воситалар қабул қилган бўлса уни давом эттириши лозим.

- ▶ агар диастолик босим 110 мм сим. уст. ва ундан юқори ёки систолик босим 160 мм сим. уст. ва ундан юқори бўлса, антигипертензив воситалар буюрилади;

- ▶ агар протеинурия пайдо бўлса, енгил презклампсияни даволаш усуллари қўлланилади.

- ▶ ҳомила ривожланиши ва ҳолати ўзгармаса, асоратлар кузатилмаса, муддатда туғдириш тавсия қилинади.

Шифохонага юборинг!

• Ҳомила юрак уриши (100 дан паст ва 180 дан юқори) ўзгарган бўлса, ҳомила дистресси бўлади.

• Ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиши кузатилса, муддатидан олдин туғдириб олиш учун шифохонага юборинг.

Ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензияни олиб бориш:

• Ҳомиладорлик билан индуцирланган гипертензия – ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан сўнг бошланган ва яқинда туккан аёлда кузатилса, (систолик қон босими > 140 мм сим. уст. ва/ёки диастолик қон босими > 90 мм сим. уст.).

• ҚБ, пешоб (протеинурия) ва ҳомила аҳволи ҳар ҳафтада текширилади.

• ҚБ юқори бўлса, аёл энгил презкламписиядек даволанади.

• Ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиши ёки ҳомила дистресси белгилари пайдо бўлса, шифохонага юборилади.

• Аёл ва унинг оила аъзоларига презкламписия ва экламписия ҳақида тушунча берилади.

• Агар кузатиш натижалари турғун ўзгармаса аёл нормал туғдирилади.

• Ҳомиладорлик муддати 20 ҳафтадан ошган аёлда.

• Диастолик қон босими > 90 мм сим.уст.

• Протеинурия.

• Экламписия ривожланишига шароит яратувчи омиллар:

• 20 ҳафталикдан сўнгги ҳомиладорликда 4 соат оралик билан 2 марта ўлчаганда диастолик қон босимининг 90-110 мм сим. уст. га кўтарилиши.

• Протеинурияни 1 г/л дан (3 г/л гача) юқорилиги.

Агар белгилар ўзгармаса ва аёлнинг аҳволи қониқарли бўлса, амбулатория шароитида бир ҳафтада 2 марта кузатувда бўлади.

• ҚБ, протеинурияга пешобни текшириш, рефлекслар ва ҳомиланинг ҳолати.

• Презкламписия ва экламписиянинг хавфли белгилари ҳақида ҳомиладор ва унинг оиласини огоҳлантириш.

• Қўшимча дам олишга ва яхши овқатланишга рағбатлантириш.

• Антигипертензив, седатив, транквилизаторлар ҳамда тиришишга қарши дорилар буюриш мумкин эмас.

• Агар амбулатория шароитида кузатувнинг имкони бўлмаса, шифохонага юбориш.

Энгил презкламписияда:

(37 ҳафтагача)

• Меъёردа овқатланиш.

• ҚБни (қунига 2 марта) ва пешобдаги протеинурияни (қунига 1 марта) назорат қилиш.

• ҚБ кўтарилмаса ва протеинурия бўлмаса, талвасага қарши, антигипертензив, седатив воситалар ва транквилизаторларни буюриш;

• Диуретиклар тавсия этиш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди;

- Агар ҚБ меъёрида бўлиб, ҳомиладорнинг аҳволи яхшиланса – уйга рухсат бериш.
 - Агар белгилар ўзгармаса, ҳомила аҳволини шифохонада назорат қилиш.
 - Агар ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиш синдроми бўлса, тезлик билан туғдириш.
 - Агар ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолиш синдроми бўлмаса, туққунча касалхонада қолдириш.
 - Агар протеинурия юқори бўлса – оғир преэклампсия каби олиб бориш.
- Ҳомиладорлик тўхтатилмаса, преэклампсия белгилари одатда йўқолмайди.

Оғир преэклампсияда.

Диастолик қон босими ≥ 110 мм сим. уст., баъзан кузатиладиган бошқа белги ва симптомлар:

- Эпигастрал соҳада оғрик;
- Бош оғриғи;
- Кўришнинг бузилиши;
- Гиперрефлексия;
- Ўпка шиши;
- Олигурия (24 соат давомида < 400 мл пешоб);
- Юрак соҳасида оғрик.

Таъхиси: протеинурия $> 3 + (3 \text{ г/л})$, тромбоцитопения (< 100000).

- Симптомлар пайдо бўлгандан сўнг 24 соат ичида туғдириб олиш.
- Эклампсияда тиришиш хуружидан сўнг 12 соат ичида туғдириб олиш;
- Агар кўрсатилган вақт ичида қин орқали тугруқ содир бўлмаса, кесар кесиш амалиётини бажариш (эклампсия).
- Агар ҳомила юрак уриши 1 дақиқада < 100 ёки > 180 зарба бўлса – кесар кесиш амалиётини ўтказиш.
- Преэклампсия ва эклампсия бўлган аёлларда маҳаллий анестезия ёки кетамин юбориш.

Эклампсия

Анамнез:

- Анамнезида талваса кузатилмаган аёлларда ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан сўнг унинг пайдо бўлиши.
- Эклампсия бўлган баъзи бир аёлларда қон босими меъёрида бўлиши мумкин.

Клиникаси:

- **Продромал** – 10-20 сония давом этади, юз, қўл мушаклари қискаради, аёл ҳушини йўқотади.
- **Тоник** – 20-30 сония давом этади, мушаклар таранг ва қаттиқ, диафрагма спазми, нафас олиш тўхтайтиди, лаб шиллик пардалари ва оёқ кўллари кўкаради, тана орқага эгилади, тишлари, кўзлари бўрғади. **Клоник** – 1-2 дақиқа давом этади, мушаклар қаттиқ қискаради, кўп сўлак ажралади, оғиздан кўпик чиқади, нафас олиш қийинлашади, юз кизаради, сўлак нафас йўлига кетиши ва бемор тилини тишлаб олиши мумкин.

- **Коматоз** – индивидуал хусусиятларга боғлиқ, бир неча дақиқа ёки соат давом этади. Шовқинли, тез-тез нафас, юз шишган, аммо кўкармаган. Хуруж яна такрорланиши мумкин, шунинг учун яхши парвариш ва седатация ўтказиш лозим.

- **Тарқалиш даври** – 20-30 сония.

Бирламчи баҳолаш ва эклампсияни олиб бориш:

Ёрдамга чақириб – ходимларни мобилизация қилинг.

Нафас олиши ва ҳушини тезда баҳоланг.

Нафас йўллари ўтказувчанлигини аниқлаб, артериал қон босими ва пульсни ўлчанг.

Аёлни чап ёнбошига ётқизинг.

Жароҳатланишдан эҳтиёт қилинг ва каттиқ куч билан ушламанг.

Катта калибрли игна билан вена ичига суюқлик юборишни бошланг. Бир дақиқада 4 л тезлик билан кислород беринг.

Антигипертензив воситалар

ҚБ ≥ 110 мм сим. уст. бўлса:

- Лабетолол (атеналол 10 мг в/и).

- Нифедипин (коринфар), адалат 5 мг тил остига, 10 дақиқадан сўнг ҚБ пасаймаса, яна 5 мг тил остига).

- Асослар:

- Агар диастолик босим ≥ 110 мм сим. уст. бўлса, антигипертензив воситалар юборишни бошланг.

- Мияга қон қуйилишининг олдини олиш учун диастолик босимни 90-100 мм сим. уст. даражасида сақлаб туринг.

Магний сульфати қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

- Эклампсия бўлган аёлларда.

- Оғир преэклампсия сабабли аёлларни шошилиш вақтида.

- Туғдириш ҳал бўлган заҳоти магний сульфати юборишни бошланг.

Туғруқдан сўнг ёки охириги талвасадан сўнг 24 соат давомида терапияни давом эттиринг.

Юклама доза:

- Вена ичига 5 дақиқа давомида 25% 15 мл магний сульфати (3 та шприцда - 5 мл магний сульфати ва 5 мл физиологик эритма).

- сўнг шу заҳоти ҳар бир думбага 20 мл магний сульфати м/о новокаин билан;

- агар талваса такрорланса, 15 дақиқадан сўнг 5 дақиқа давомида в/и 8 мл магний сульфати юбориш;

Сакловчи доза:

- ҳар 4 соатда 20 мл дан м/о;

- туғруқдан ёки охириги талвасадан сўнг 24 соат давомида магний сульфат юборишни давом эттиринг.

Такрор юборишдан олдин:

- нафас олиш сони 1 дақиқада 16 дан кам бўлмаслиги;

- тизза рефлексларининг мавжудлиги;
- охирги 4 соатда пешоб ажралиши 30 мл/соатдан кам эмаслигига ишонч бўлса;
- агар нафас олиш сони 1 дақиқада 16 дан кам бўлса;
- тизза рефлекслари аниқланмаса;
- охирги 4 соатда пешоб ажралиши 30 мл/соатдан кам бўлса.

Магний сульфати юборишни тўхтатинг ёки ман қилинг! *
Антидот тайёр туриши лозим!

10 мл 10% кальций глюконатини нафас тиклангунча в/и секин юборинг, кўрсатмалар бўлса ўпкани сунъий вентиляцияга ўтказинг.

Диазепам билан даволаш схемаси (валиум, дормикум, сибазон, седуксен, реланиум), (фақат магний сульфати бўлмаганда қўлланилади!):

Юклама доза:

- 10 мг диазепам 2 дақиқа давомида в/и секинлик билан;
- агар талваса такрорланса, шу дозани қайтаринг;
- сакловчи доза:
- хушида бўлганда седатив ҳолатни сақлаш учун 500 мл физиологик эритмада 40 мг диазепам.

Агар дозаси 1 соатда 30 мг дан ортса, нафас тўхташи мумкин:

- Ўпканинг сунъий вентиляцияси;
- 24 соат давомида 100 мг дан ортиқ диазепам ишлатманг;
- Ректал юбориш - агар в/и юборишнинг имкони булмаса, 10 мл ли шприцда 20 мг диазепамни тўғри ичакка 10 дақиқа давомида, талваса такрорланса яна ҳар соатда 10 мг дозада кўшимча юборинг.

Олиб бориш тамойиллари:

- туғдириш вақти ва усули – онанинг аҳволи ва ҳомила етилганлигига боғлиқ;
- ҳомилани ҳолатини баҳолаш – ҳомила аҳволининг ёмонлашиши;
- талвасаларни назорат қилиш;
- гипертензияни назорат қилиш;
- бошқа аъзолар – ўпка, буйрак, марказий асаб тизими фаолияти бузилса, юқори даражада тиббий ёрдам кўрсатиш.

6. Ҳомилани кўтара олмаслик

Ҳомилани кўтара олмаслик бу охирги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисобланганда, тухум ҳужайра уруғланган кундан то 37 ҳафталик муддатгача бўлган вақтда унинг ўз-ўзидан тушишидир. Ҳомиладорликнинг тухум ҳужайра уруғланган кундан 22 ҳафталик муддатгача тўхташи ўз-ўзидан аборт, 22-37 ҳафталикда эса – муддатдан олдинги туғруқ, 22-28 ҳафталикда тўхтаса – эрта муддатдан олдинги туғруқ дейилади. Сўнги кўрсаткичдан ривожланган давлатларда перинатал ўлим даражасини аниқлашда фойдаланилади.

7. Ўз-ўзидан ҳомила тушиши

Ўз-ўзидан ҳомила тушиши акушерлик патологиясининг асосий кўринишларидан бири ҳисобланади. У исталган ҳомиладорликларнинг 15-20 %ни ташқил қилса ҳам кўп ҳолларда статистик маълумотларга киритилмайди.

Айрим тадқиқотчилар, ҳомиладорликнинг 1-триместрида ўз-ўзидан ҳомила тушиши табиий танланишнинг кўриниши деган фикрни ҳам билдиришади. Аборт материали ўрганилганда 60 %дан 80 %гача эмбрионда хромосома аномалияларининг аниқланганлиги бунинг исботидир. Ҳомила тушишининг ўз-ўзидан яъни табиий ва сунъий турлари фарқланади. Ҳомиладорликнинг табиий тўхтатилишига уруғланган тухум хужайранинг кўчиши ва уни бачадон бўшлиғидан ҳайдалишига олиб келувчи бачадон қисқаришининг пайдо бўлиши хос.

Тўхташ муддатига кўра ҳомила тушишининг қуйидаги турлари фарқланади:

- эрта ҳомила тушиши – ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик муддатгача тўхташи;

- кечки ҳомила тушиши – ҳомиладорликнинг 13 дан 22-ҳафтагача тушиши;

- «одат бўлиб қолган ҳомилани кўтара олмаслик» кетма-кет 2 ёки ундан кўп марта ҳомила тушишига айтилади.

Сунъий аборт - аёл хоҳиши билан тиббий муассаса шароитида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда врач томонидан ўтказиладиган артифициал ҳамда юқоридаги қоидаларга риоя қилмаган ҳолда шифохонадан ташқарида ўтказиладиган криминал аборт фарқланади. Сунъий ҳомилани тушириш она ҳаётига хавф солувчи касалликлар (оғир юрак қон-томир, буйрак, руҳий ва бошқалар) ҳамда ижтимоий кўрсатмалар (номусга текканда ҳомиладор бўлиб қолиш, турмуш ўртоғи талаби билан, эрининг ўлими, турар жой йўқлиги) бўлганда амалга оширилади.

Ҳомила тушишига сабаб бўлувчи омиллар

1. Инфекция (40-45 %) – шартли патоген микроблар, хламидиоз, содда замбуруғлар, гарднереллалар ва бошқалар.

2. Эмбриопатиялар – эмбрион ривожланишининг қалтис даврларида зарарли омиллар таъсирида ҳомиланинг она қорнида ривожланишида нуксон пайдо бўлиши.

3. Уруғланган тухум хужайранинг нуксонли имплантацияси (бачадон бўйни ҳомиладорлиги, нормал жойлашган йўлдошни муддатидан аввал кўчиши, унинг пастда жойлашиши, кўп сувлилик ва бошқалар).

4. Камқонлик, юрак қон-томир, буйрак, жигар касалликлари.

5. Истмико – цервикал етишмовчилик.

6. Она ва ҳомила қонининг изосерологик номутаносиблиги.

7. Нейроэндокрин бузилишлар.

8. Аёл жинсий аъзолари нуқсони (икки шохли бачадон, бачадон тушиши ва силжиши).

9. Уруғланган тухум хужайра касаллиги.

10. Токсик моддалардан захарланиш, ижтимоий омиллар:

Клиник шакллари. Ўз-ўзидан ҳомила тушишида беморларни даволаш ҳомила тушиш босқичига боғлиқ.

Клиник кечишига кўра қуйидаги турлари фарқланади:

- хавф солувчи.
- бошланган.
- жадаллашган аборт.
- тўлиқ.
- чала ёки яқунланмаган.
- инфекцияланган.
- одат бўлиб қолган ҳомила тушишлари.

Аборт хавфи ҳомила тухумининг бачадон девори билан боғлиқлиги сақланган ҳолда, бачадон қисқарувчанлиги ошиши билан ифодаланади. Аёлда қорин пастки ва думгаза соҳасида оғирлик ёки енгил, тортувчи оғриқ сезгиси пайдо бўлади. Кечки абортларда тўлғоқсимон оғриқлар кузатилиши мумкин. Қонли ажралмалар бўлмайди. Гинекологик текширувда бачадон бўйни узунлиги сақланган, ички бўғзи ёпик, бачадон тонуси ошганлиги аниқланади. Унинг ҳажми ҳомиладорлик муддатига мос.

Бошланган аборт бачадон қисқаришлари кучайганлиги негизда ҳомила тухумининг бачадон деворидан кўчиши, кўпинча тўлғоқсимон характердаги оғриқларнинг кучайиши, киндан қонли ажралмалар келиши билан кечади. Ҳомила тухуми қисман кўчганлиги сабабли бачадон ўлчамлари ҳомиладорлик муддатларига мос келади. Қин орқали кўриқда бачадон бўйни узунлиги сақланганлигини, цервикал канал ёпик ёки бир оз очилганлигини аниқлаш мумкин. Истиком – цервикал етишмовчиликда бачадон бўйни канали анча кенгайган, оғриқ сезгиси йўқ ёки кам сезиларли, қоғонок сувлари кетиши мумкин.

Тадбирлар: дори воситалари бериш шарт эмас. Жинсий ва рухий хотиржамлик тавсия қилинади. Ўз-ўзидан ҳомила тушишида даволаш патология босқичи, аёл ҳолати, қон кетиш хусусиятига боғлиқ. Ҳомила тушиш хавфи индивидуал ёндошишни талаб этади. Агар аёл анамнезида ҳомила тушиши кузатилган бўлса, уни зудлик билан шифохонага ётқизиш керак. Қонли ажралмалар давом этса, ҳомиладорликни аниқлайдиган синамалар ва УТТ ўтказиш лозим. Қон ажралиши кам микдорда давом этса, бачадондан ташқари ҳомиладорликка текшириш керак. Унинг ўлчамлари муддатига нисбатан катта бўлса, ҳомила эгизак ёки аёлда елбўғоз бўлиши мумкин.

Жадаллашган абортда ҳомила тухуми бачадон деворидан бутунлай кўчади ва унинг пастки бўлимларига, жумладан цервикал каналга тушади. Клиник кучаювчи, тўлғоқсимон оғриқлар ва яққол ифодаланган қон кетишлар билан кечади. Гинекологик текширувда бачадон бўйни очиклиги

(бўғиздан ҳомила тухуми қисмлари кўриниб туриши мумкин), кучли қонли ажралмалар аниқланади. Бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатларига тўғри келмайди. Жадаллашган аборт унинг чала ёки тўлиқ турлари билан яқунланиши мумкин.

Тадбирлар: шифохонагача бўлган босқичда УАВ аёл ҳолатини назорат қилиб туриши (ҚБ, пульс ва умумий ҳолати), зарур бўлганда керакли чора-тадбирларни кўриши лозим. Аёл зудлик билан шифохонага ётқизилиши керак ва у ерда ҳомила тухуми, пардалари, ҳамроҳ қолдиқларини олиб ташлаш амалиёти бажарилади.

Чала аборт ҳомила тухумининг бачадондан ташқарига чиқиши, унинг пардалари, ҳамроҳ қолдиқларининг бачадонда ушланиб қолиши билан кечади. Қорин пастидаги оғриқлар пасаяди, лекин кучли қонли ажралмалар келиши давом этади. Гинекологик кўрикда бачадон бўйни калталашганлиги кузатилади, бўғиз бир бармоқ ўтказади, баъзида ҳамроҳ қисмлари кўриниб туради. Бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатига мос келмайди. УТТда бачадон ичида эхонегатив тўқималар аниқланади.

Тадбирлар: аёлни зудлик билан шифохонага ётқизиш ва ҳомила тухуми, пардалари, ҳамроҳ қолдиқларини олиб ташлаш амалиётини бажариш. Шифохонагача бўлган босқичда УАВ аёл ҳолатини назорат қилиб туриши (ҚБ, пульс ва умумий ҳолати), зарур бўлганда керакли чора-тадбирларни ўтказиши лозим.

Тўлиқ аборт кўпинча ҳомиладорликнинг кечки муддатларида, ҳомила тухуми бачадон бўшлиғидан тўлиқ чиқиши билан содир бўлади. Бачадон тўлиқ қисқаради, қон келиши ва оғриқ тўхтади. Бимануал кўрикда бачадон аник чегараланади, цервикал канал ёпиқ бўлиши мумкин. УТТда бачадон ичи тозалиги аниқланади.

Тадбирлар: Кучли қон кетишини ўтказиб юбормаслик учун аёл назоратда бўлиши шарт.

Ҳомилани кўтара олмасликнинг кам учрайдиган шакллари:

1. **Амалга ошмаган аборт** (ривожланмаётган ҳомиладорлик) ҳомиладорликнинг тўхташ хавфи бўлмаган равишда ҳомиланинг нобуд бўлиши. Кўпинча одат бўлиб қолган ҳомила кўтара олмаслик ва вирусли инфекцияларда кузатилади. Клиник жиҳатдан бачадон ўсишининг тўхташи, ҳомила юрак уришининг йўқлиги билан намоён бўлади. Ўлик ҳомиланинг бачадон бўшлиғида 4 ҳафтадан кўпроқ ушланиб қолишида коагулопатик қон кетишлар келиб чиқиши мумкин.

Тадбирлар:

1. Бачадон ичи аспирациясини ўтказиш учун аёлни шифохонага юбориш.
2. Асоратланмаган инфекцияланган аборт унинг узоқ кечишида бачадон бўшлиғи билан чегараланувчи инфекциянинг қўшилишидан келиб чиқади.
3. Асоратланган инфекцияланган абортда инфекция кичик чанокда бўлиб, ўткир маҳаллий яллиғланиш белгилари кузатилади (қорин пастида оғриқ, ҳарорат кўтарилиши, калтираш).

4. Септик аборт – умумий интоксикация белгилари ривожланади (калтираш, юкори ҳарорат, ҳолсизлик):

5. Одат бўлиб қолган аборт (одат бўлиб қолган ҳомила тушишига қаранг).

Ташхислаш:

- кузатув маълумотлари (бачадон тонуси ва қўзғалувчанлигининг ошганлиги, қонли ажралмалар, бачадон ўлчамининг ҳомиладорлик тахминий муддатига мос келмаслиги).

- ректал ҳарорат 37° С дан паст.

- қондаги гармонлар миқдори ва уларнинг пешоб билан экскрецияси (прогестерон, прегнандиол, эстрадиол – эстриол, хориогонин ҚС).

- УТГ натижалари.

Даволашнинг асосий тамойиллари:

- жисмоний ва руҳий хотиржамлик;

- седатив препаратлар;

- спазмолитиклар (но-шпа, папаверинли шамчалар);

- токолитик воситалар.

Ўз-ўзидан ҳомила тушишининг олдини олишда УАВ зиммасига катта маъсулият тушади. Анамнезида ўз-ўзидан ҳомила тушиши бўлган репродуктив ёшдаги аёлларни даволаш ва текшириш тадбирлари улар ҳомиладор бўлмаган вақтда ўтказилиши керак. Бунда гармонал фаолият, бачадон бўйни ҳолати диққат билан текширилади, генетик теширув ўтказилади. Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари, экстрагенитал, юкумли, аёллар жинсий аъзолари ўсма касалликлари бўлса уларни даволаш ва мавжуд ижтимоий-иқтисодий муаммоларни ҳал қилиш лозим.

III. Умумий амалиёт врачн томонидан аёлларни туғруқдан кейин кузатиш

1. Физиологик туғруқдан кейинги давр.

Физиологик туғруқдан кейинги давр йўлдош тушгандан сўнг бошланиб, 6-8 ҳафтагача давом этади. Ушбу даврда тукқан аёл организмда аҳамиятга молик бўлган физиологик жараёнлар (ҳомиладорлик ва туғруқда юз берган жинсий, эндокрин, нерв, юрак қон-томир тизими ва бошқа аъзолардаги ўзгаришлар деярли қайтадан ўз ҳолига келади) кечади.

Туғруқдан кейинги даврда парваришланининг асослари:

- Аёлнинг умумий ҳолатини баҳолаш, тана ҳароратини аниқлаш ва қон босимини ўлчаш.

- Эрта чилла давр – 24 соат давомида қин ажралмаси ва бачадон инволюциясини (орқага қайтиши) узвий кузатиш биринчи икки соатда ҳар 15 дақиқада, учинчи соатда ҳар 30 дақиқада ва кейинги уч соатда ҳар соатда бачадон массажини такрорлаш, физиологик кеч чилла даврда тукқан аёл уйида камида бир маротаба патронаж ташкил қилиш.

- Онанинг ва чақалоқнинг умумий аҳволини кузатиш.
- Тукқан аёлга эътиборли бўлиш, уни қўллаб қувватлаш ва рағбатлантириш лозимлигини яқинларига тушунтириш.
- Аёлни туғруқдан кейин ёлғиз қолдирмаслик.
- Она ва боланинг «терисини терига» узвий алоқасини бир соат ва ундан кўпроқ давом эттириш (бу боланинг туғруқхона ички инфекцияларига қарши чидамлилигини оширади).
- Туғруқдан кейинги даврда кўкрак билан эмизиш тўғрисида маслаҳат ўтказиш.

Она сути билан озиклантиришнинг 10 коидаси:

1. Тиббиёт ходимлари онага маълумот беришдан олдин ўзлари она сути билан озиклантириш ҳақидаги қоидаларни яхши билишлари керак.
2. Барча тиббиёт ходимлари бу қоидаларни онага ўргатишлари ва улар тўғрисида аёлда амалий кўникма ҳосил қилиш зарур.
3. Барча ҳомиладор аёлларга она сутининг афзалликлари ва эмизиш қоидалари ҳақида маълумот бериш.
4. Бола туғилгандан сўнг бир соат ичида болани кўкрак билан эмизишга онага ёрдамлашиш ва болани эмизишга тайёрлаш.
5. Она ва бола алоҳида бўлганда аёлга кўкрак билан эмизиш қоидалари ва лактацияни қандай давом эттиришни ўргатиш.
6. Чақалоққа она сутидан бошқа ҳеч қандай овқат ва суюқликлар бермаслик (тиббий кўрсатмалар бундан мустасно).
7. Она ва боланинг бирга бўлишини амалда қўллаш (она ва чақалоқнинг кунда 24 соат бирга бўлишини тавсия қилиш).
8. Болани хоҳишига қараб, кўкрак билан эмизиш.
9. Кўкрак билан озиклантирилаётган болаларга ҳеч қандай сўрғич ва шишалар ишлатмаслик.
10. Туғруқхонадан чиққандан сўнг кўкрак билан эмизиш бўйича ташкил қилинган гуруҳларни рағбатлантириш.

Она сути билан озиклантиришга қарши кўрсатмалар:

1. Галактоземия.
 2. Ўсмага қарши препаратлар ва радиоактив моддалар билан даволанаётган оналар.
 3. ОИВ/ОИТС билан касалланган оналар.
 4. Онада фаол сил инфекцияси.
 5. Ҳаво-томчи йўл билан тарқаладиган ўткир инфекция – дифтерия.
- 2. Туғруқдан кейинги даврда онада бўлиши мумкин бўлган муаммолар.**
- Қиндан қон кетиш (30 дақиқа ичида 2-3 марта гигиеник таглик ўзгартирилса).
 - Юқори тана ҳарорати.
 - Нафас олишнинг қийинлашуви.
 - Қоринда оғрик.
 - Кўкрак безларида ва сўрғичларда оғрик.

- Оғриқли сийиш ва уни тута олмаслик.
- Оралиқдаги оғриқ.
- Йирингли-қўланса хидли қин ажралмалари.

Чақалоқда бўлиши мумкин бўлган муаммолар:

- Чақалоқ эмишининг қийинлашиши.
- Ҳаракатнинг пасайиши, ҳолсизлик.
- Нафас олишининг қийинлашиши ёки кўкрак қафасининг чуқур ҳаракат қилиши.

- Қийин нафас чиқариш.
- Тутқаноқ.
- Тана ҳароратининг 38°C ва ундан баланд бўлиши.
- Чақалоқни иситганда тана ҳароратининг 35,5°C дан паст бўлиши.
- Киндик қолдиғидан йиринг ва қонли ажралма келиши.
- Оёқ ва қўл қафтларида сариқликнинг пайдо бўлиши.

Юқоридаги белгилардан бирортаси кузатилса ҳам чақалоқни тезлик билан (кечкурун ёки кундузи) тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида шифохонага қайтариш лозим.

Сут безларининг таранглашиши (лактостаз) – сут безлари пайпасланганда оғриқли, қаттиқлашган, тана ҳарорати меъъридан кўтарилган. Бу ҳолда **УАВ тактикаси**: сутни яхшилаб соғиб ташлаш, болани тез-тез дастлаб зарарланган, кейин соғлом кўкрак билан эмизиш, сут безларини энгил массаж қилиш.

Мастит – аниқ чегарали, оғриқли инфилтрат, сут безлари катталашган, юзаси ўчоқли қизарган, қўлтиқ ости лимфа тугунлари оғриқли, тана ҳарорати кўтарилган. **УАВ тактикаси**: сут безини УТТ, яллиғланишга қарши даво, жаррох кўригига йўллаш.

Туғруқдан кейин оралиқда чоклар бўлганда УАВ тактикаси: ушбу ҳолларда доимий кўрикни ташкиллаштириш, агар ипакли иплар билан тикилган бўлса 5-6 кундан кейин асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда олиб ташлаш. Қизариш ва шишлар пайдо бўлганда 3% перексис водород эритмаси билан тозалаб, 10%ли гипертоник эритма билан намланган боғлам қўйиш.

Туғруқдан кейинги эндометрит – юқори ҳарорат, қорин пастидаги оғриқ, йирингли ёмон хидли ажралмалар, оғриқли бачадон. **УАВ тактикаси**: зудлик билан шифохонага жўнатиш, чунки ногўғри даволаш чапоқ абсцесси, перитонит, септик шок, чуқур веналар тромбози юзага келишига сабаб бўлиши мумкин.

3. Туғруқдан кейинги контрацепция

1. Лактацион аменорея усули – эмизикли аёллар учун тавсия этилади:

- катъи кўкрак билан эмизиш (кундузи ҳар 4 соатда, тунда ҳар 6 соатда).
- чақалоқнинг ёши 6 ойликкача бўлиши.
- туғруқдан сўнг 6 ой давомида ҳайз тикланмаган ҳолатда самарали ҳисобланади.

2. Бачадон ичи воситаси – кесар кесиш амалиётидан кейин 48 соат давомида, физиологик туғруқдан кейин 4-6 ҳафта ичида ўрнатилади.

3. Комбинирланган контрацепция (орал ва инъекцион контрацепция):

- туғруқдан сўнг 6-8 ҳафта давомида қўлланилмайди;
- лактацион аменореяда 6 ҳафтадан 6 ойгача қўлланилмайди;
- агар кўкрак билан эмизилмаса, туғруқдан кейин 3 ҳафтадан сўнг қўллаш мумкин.

4. Соф прогестинли контрацепция воситалари (имплантантлар, соф прогестинли инъекцион контрацептивлар ва таблеткалар):

- эмизикли аёлларда туғруқдан кейин 6 ҳафта давомида ишлатилмайди;
- лактацион аменория усулидан фойдаланганда, туғруқдан сўнг 6 ой ўтгач қўлланилади;

• агар аёл кўкрак билан боқмаса, чин прогестинли контрацепцияни дарҳол бошлаш мумкин;

• агар аёл кўкрак билан боқмаса, туғруқдан сўнг 6 ҳафтадан кўп вақт ўтган ва ҳайз тикланган ҳолларда аёлнинг ҳомиладор эмаслигига ишонч ҳосил қилгач, буюриш тавсия этилади.

5. Тўсиқ усули ва спермицидлар – туғруқдан кейин исталган муддатда қўллаш мумкин.

6. Жарроҳлик йўли билан стерилизация:

- туғруқдан сўнг дарҳол ёки 48 соат ичида бажариш мумкин;
- агар 48 соат ичида амалиёт бажарилмаса, 6 ҳафтагача кечиктириш лозим.

IV. Аёллар организмида кўп учрайдиган патологик ҳолатлар ва касалликлар

1. Бачадон бўйни ўсма касаллиги – касаллик келиб чиқишида аҳамиятга эга бўлган муҳим омиллар:

- аёл ёши;
- ҳайз, репродуктив, жинсий фаолият ҳолати;
- ижтимоий-маиший шароити;
- иқлим.

Ёш. Энг кўп перименопаузал даврда (32,9 %), камрок 30-39 ёшда (25 %), 60-69 ёшда (24 %) ва болалик даврда (1,3 %) учрайди.

Ҳайз, репродуктив, жинсий фаолият ҳолати. Бачадон бўйни раки (ББР) туғмаган ва жинсий ҳаёт кечирмайдиган аёлларда кам учрайди. Улар орасида ушбу касаллик 3-4 % ташкил этади. Жинсий ҳаётни эрта бошлаш (15 ёш), эрта (18 ёшгача) ва кўп марта ҳомиладорлик, абортлар, бачадон бўйни шикастланишлари касаллик ривожланиш хавфини оширади. Шунингдек, паст ижтимоий-иқтисодий мавқе, ноқулай маиший ҳамда иқлим шароити (қурук иссиқ ҳаво, бевосита офтоб таъсири) ҳам касалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Белгилари ва кечиши. Касаллик бошланғич даврларида ҳеч қандай белгисиз кечиши мумкин, улар асосан кечки босқичларда юзага чиқади. 6-16,4 % ҳолларда белгисиз «соков» кечади. Беморларда дастлаб ортикча вазн, кейинчалик эса кескин озиш кузатилади.

Шикоятлар: жинсий йўллардан турли даражадаги қонли ажралмалар келиши; оқчил; оғриқ.

56-60 % беморлар **қонли ажралмаларга** шикоят қиладилар. У контакт хусусиятга эга бўлиб, жинсий алоқа, дефекация, қин орқали текширув, жисмоний юклама вақтида кузатилади.

Оқчил 25-30 % ҳолларда учрайди. Хусусиятига кўра, доимий, шиллиқ-йирингли, қўланса ҳидли бўлади. Емирилган тўқималар, қон, тўқималараро лимфатик суяқлик аралашиб, “тўшт сели” кўринишини олади.

Оғриқ касалликнинг дастлабки босқичларида инфекция қўшилиши ёки чанок аъзолари сурункали яллиғланиш касалликлари хуруж қилиши натижасида юзага келади. Тарқалган жараёнларда оғриқ бел, думғаза, тўғри ичак ҳамда оёқларга узатилади. Кечки босқичларда сийдик ажралиши бузилишлари ҳам безовта қилади, цистит белгилари аниқланади.

Ташхислаш:

- қин орқали текшириш;
- бачадон бўйнини кўзгуда кўриш;
- тўғри ичакни қорин олд девори орқали текшириш;
- цитологик текшириш;
- кольпоскопия;
- УТГ.

Қин орқали текшириш касалликнинг бошланғич даврларида ҳеч қанақа маълумот бермаслиги мумкин. Бироқ кейинчалик, бачадон бўйни консистенцияси дағаллашгани, тўқима эластиклиги пасайганлиги, ғадир-будир ёки силлиқ юзали зичлашиш соҳаларини, ригидликни сезиш мумкин. Унинг ҳаракатчанлиги жараёнига қин гумбазлари ҳам қўшилганда, параметрий инфльтрацияси ҳисобига пасаяди.

Бачадон бўйнини кўзгуда кўришда Симпсон кўзгуларидан фойдаланиш тавсия этилади (Куско кўзгулари ўсмани шикастлаб, инфекцияланишга ва жараённинг метастазланишига олиб келиши мумкин). Бунда оралик, қин деворларида, гипсремия, пигментация соҳалари бор-йўқлигига эътибор берилади. Ўсма турига қараб, бачадон бўйнида “гулқарам” кўринишидаги ўзгариш, некроз ва емирилиш ўчоқлари ёки бачадон бўйнида майда қон томирларга бой зичлашиш соҳаси, кўплаб майда-майда енгил механик таъсирда ҳам тез қонайдиган, юзаси кир-қулранг қараш билан қопланган яралар кўринади.

Тўғри ичак-қорин олд девори орқали текшириш ўсма ривожланишининг ҳар қандай босқичида ўтказилиши шарт. Бу усулда касаллик даврини, думғаза-бачадон бойлами ҳолатини (уларнинг инфльтрацияси эртароқ бошланади), жараён тўғри ичакни қай даражада зарарлаганини аниқлаш мумкин.

УАВ тактикаси:

- онкогинеколог маслаҳати, ихтисослаштирилган шифохона шароитида даволанишни тавсия этиш, диспансер рўйхатига олиш.

2. Сут безида оғриқ ва ҳажмли ҳосилалар.

Сут безида оғриқ, инфилтрат, дағаллашиш билан кузатиладиган касалликлар:

- мастит;
- лактостаз;
- хавфсиз ёки хавfli ўсмалар;
- альгодисменорея;
- ўрин босувчи гармонал даво;
- комбинирланган орал контрацептивларни қабул қилганда, уларнинг

ножўя таъсири сифатида.

Сут безида оғриқ ва ҳажмли ҳосила бўлган бемор мурожаат қилганда амалга оширилиши шарт бўлган чора-тадбирлар:

- кунт билан бемор аёл шикоятларини эшитиш, умумий ва йўналтирилган анамнез йиғиш;

- умумий кўрик;

- акушерлик ва гинекологик ҳолатини текшириш;

- сут безлари пальпацияси;

- сут безларини УТТ;

кўрсатма бўлганда тор мутахассисларга юбориш.

Шикоятлари: сут безларидаги оғриққа, баъзида оғриқсиз қаттиклашишга, сўргичлардан турли хусусиятдаги ажралмалар келишига шикоят қилади.

Умумий анамнез паспорт маълумотлари, яшаш ва меҳнат шароити, наслий ҳамда бошқа ўтказган касалликлари, хавф омиллари (чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, семизлик ва бошқалар) борлиги ҳақидаги маълумотларга асосланган.

Объектив кўрикда умумий ҳолати, эс-хуши, тери қопламлари ва кўринарли шиллик каватлари, юрак қон-томир, нафас, ҳазм, пешоб ажратиш аъзолари, нерв-эндокрин тизими, жинсий ривожланиш ҳолати баҳоланади.

Акушерлик ва гинекологик анамнезда мазкур аёл ҳайз фаолияти, жинсий ҳаёти, ҳомиладорликлари, туғруқлари кечиши, абортлар, гармонал дори воситалари қабул қилиши ҳақида маълумотлар йиғилади.

Таъхислаш мезонлари:

1. Лактостаз – сут безлари пайпасланганда оғрикли, қаттиқлашган, умумий ҳарорат меъъридан кўтарилган;

2. Мастит – аниқ чегарали, оғрикли инфилтрат, сут безлари қатталашган, ўчоқ юзаси кизарган, кўлтиқ ости лимфа тугунлари соҳаси оғрикли;

3. Ўсма касалликлари – сут безида кўпинча оғриқсиз, чегаралари ноаниқ зичлашган соҳа борлиги, безлардан бирининг иккинчисига нисбатан

каттароқ бўлиши, шакли ўзгариши, сўргичлардан турли характердаги ажралма келиши, лимфа тугунлари катталашиши, озиш, ҳолсизлик;

4. Альгодисменорея – анамнезида абортлар, гинекологик яллиғланиш касалликлари, ҳайз биринчи кунда дардсимон оғриқлар, мигренсимон бош оғриғи, қайт қилиш, ич кетиши, хушдан кетиши;

5. Ўрин босувчи гармонал даво – бош оғриғи, кўнгил айнаши, қайт қилиш, тромбофлебит, кўкрак қафасида, жигар соҳасида оғрик;

6. Комбинирланган орал контрацептивларнинг асорати – кўнгил айнаши, бош айланиши, бош оғриғи, қиндан суркалувчи ажралмалар ёки энгил кон кетиши, аменорея, ҚБ кўтарилиши, кайфият ўзгариши, сариклик, диарея.

Умумий амалиёт врачлари тактикаси:

1. Лактостаз – сутни яхшилаб соғиб ташлаш, болани тез-тез дастлаб зарарланган кейин соғлом кўкрак билан эмизиш, сут безларини энгил массаж қилиш;

2. Мастит – гинеколог маслаҳати, сут безини УТТ, яллиғланишга қарши даво, абсцесс ҳосил бўлганда пункция ёки абсцессни очиш, антибактериал даво;

3. Ўсма касалликларида – маммолог-онколог маслаҳати, УТТ, гистокимёвий текширув, лозим бўлганда онколог маслаҳатидан сўнг ўсмага қарши даво;

4. Альгодисменорея – гинеколог маслаҳати, НЯҚВ, седатив, витамин препаратлари билан даво;

5. Ўрин босувчи гармонал даво – гинеколог маслаҳати, дори воситаси дозасини эҳтиёткорлик билан камайтириш, симптоматик даво.

6. Комбинирланган орал контрацептивларнинг асорати – гинеколог маслаҳати, симптоматик даво, препаратни қабул қилишни тўхтатиш, контрацепциянинг бошқа усуллари билан фойдаланиш.

Гармонал контрацепция

Комбинирланган орал ва инъекцион контрацептивларни қўллашга кўрсатмалар:

- репродуктив ёшдаги барча аёлларга;
- эмизикли оналарга ёки бола парҳезига қўшимча овқат киритилиши билан;

- кўкрак билан боқмайдиган аёллар туғруқдан сўнг 3 ҳафта ўтгач;
- абортдан кейин дарҳол қўллаш мумкин;
- анемия билан касалланган аёллар;
- ҳайз вақтида кучли оғрик безовта қиладиган аёллар;
- ҳайз цикли мунтазам бўлмаганда;
- анамнезида эктопик ҳомиладорлиги бўлган аёллар.

Эҳтиёткорлик талаб қиладиган ҳолатлар:

- эмизикли аёллар туғруқдан сўнг дастлабки 6-8 ҳафтада;
- туғруқдан кейин дастлабки 3 ҳафта;
- қиндан сабабсиз қон кетишларда;
- сариклик;
- 35 ёшдан катта чекувчи аёл;
- инсулт ёки юрак ишемик касаллиги бўлган аёл;
- қон ивиш фаолиятининг бузилиши;
- қандли диабет;
- бош оғриғи;
- ҚБ ошиши;
- сут беги ўсмаси;
- жигар ўсмаси;
- узоқ ётоқ режимини талаб этувчи жиддий жаррохлик амалиётлари;
- эпилепсия ва силга қарши препаратларни қабул қилувчилар.

Соф прогестенли контрацептивларни қўллашга кўрсатмалар:

- репродуктив ёшдаги аёл;
- эмизикли оналар (туғруқдан 6 ҳафта ўтгач);
- болани кўкрак билан боқмайдиган аёллар;
- абортдан сўнг.

Эҳтиёткорлик талаб қиладиган ҳолатлар:

- эмизикли аёллар;
- қиндан сабабсиз қон кетишларда;
- сариклик;
- сут беги ўсмаси;
- ҚБ ошиши (180/100);
- узоқ кечувчи ва ривожланувчи диабет;
- депрессия.

Бачадон ичи воситасини қўллашга кўрсатмалар:

- репродуктив ёшдаги аёл;
- эмизикли аёллар;
- илгари ҳам бачадон ичи воситасидан самарали фойдаланганлар;
- абортдан сўнг чаноқ инфекцияси белгилари бўлмаганда.

Эҳтиёткорлик талаб қиладиган ҳолатлар:

- ҳомиладорлик;
- қиндан сабабсиз қон кетишлар;
- кучли йирингли ажралмалар;
- бачадон бўшлиғи шакли ўзгарган ҳолларда;
- трофобластик ўсма;
- сил касаллиги бўлганда;
- жинсий аъзолар ўсма касаллиги;
- цервикал стеноз;
- анемия;
- оғриқли ҳайз.

Тўсиқ усули ва спермицидлар – презерватив, диафрагма, аэрозол, крем, таблетка, гелларни қўллашга кўрсатмалар:

- қўшимча усул;
- кам жинсий алоқада бўлувчи жуфтликлар учун;
- эмизикли аёллар;
- контрацепциянинг бошқа усулларида фойдаланишни истамаганларга.

Эҳтиёткорлик талаб қиладиган ҳолатлар:

- аллергия (презерватив, спермицид);
- анамнезида токсик шок бўлганда (диафрагма).

Оилани табиий режалаштириш – аёл ҳайз цикли фертил фазасида жинсий алоқадан тийилиш.

Усуллари:

- календар;
- базал ҳароратни ўлчаш;
- кин шиллиғи чўзилувчанлигини аниқлаш;
- жарроҳлик усулида стерилизация (найлар окклюзияси, вазэктомия).

Эҳтиёткорлик талаб қиладиган ҳолатлар:

Жарроҳлик усулида стерилизация;

- киндан сабабсиз қон кетишлар;
- чанок аъзолари фаол инфекцияси;
- умумий инфекциянинг фаол даври;
- камқонлик (3-даража);
- жинсий аъзолар ўсма касаллиги;
- чуқур веналар тромбози;
- абортдан сўнг.

вазэктомия:

- маҳаллий тери ёки ёрғоқ инфекцияси;
- сийдик йўллари ўткир инфекцияси;
- умумий инфекциянинг фаол даври;
- инсульт ёки юрак ишемик касаллиги;
- қон ивиш фаолиятининг бузилиши.

Шошилинч контрацепция:

1).механик – ҳимояланмаган алоқадан кейин 5 кун ичида бачадон ичи воситаси;

2).гармонал – чин прогестинли ёки комбинирланган орал конт-рацепция.

• Комбинирланган орал контрацептивлар ҳимояланмаган алоқадан кейин 72 соат ичида қабул қилиниши лозим – таркибида 30-35 мкг этинил эстрадиол бўлган - 4 таблетка, 12 соатдан сўнг яна 4 таблетка ёки таркибида 50 мкг этинил эстрагол бўлган 2 таблетка, 12 соатдан сўнг яна 2 таблетка.

• Соф прогестинли контрацептивлар – ҳимояланмаган алоқадан кейин 48 соат ичида 1 таблетка ва 12 соатдан сўнг яна 1 таблетка, ovrette 48 соат ичида 20 таблетка ва 12 соатдан сўнг яна 20 таблетка.

Турли ёш гуруҳлар учун контрацепция:

1. Ёсмирлар учун:

- комбинирланган орал ва чин прогестинли контрацептивлар;
- тўсик усули;
- оилани табиий режалаштириш.

2. 35 ёшдан катта аёллар учун:

- комбинирланган орал ёки инъекцион контрацептивлар;
- чин прогестинли контрацептивлар;
- бачадон ичи воситаси;
- тўсик усули;
- жарроҳлик усулида стерилизация.

4. **Ҳайзолди синдроми** – ҳайздан бир неча кун аввал бошланиб, ҳайз вақтида тугайдиган патологик белгилар комплекси ҳисобланиб, кўпинча руҳий лабил ёки ақлий меҳнат билан шуғулланувчи аёлларда учрайди.

Сабаби – марказий асаб тизими турли қисмларининг фаолияти бузилиши ва нохуш омиллар таъсири, шунингдек,:

- стресслар;
- нейронинфекция;
- асоратланган туғруқ ва абортлар, айниқса,, туғма ёки орттирилган гипоталамо-гипофизар тизим етишмовчилиги бор аёлларда.

Патогенези. Ҳайзолди синдроми ривожланишида марказий асаб тизимидаги нейрорептидлар (серотонин, дофамин, опиоид, норадреналин) алмашинуви ва уларга боғлиқ нейроэндокрин жараёнларнинг бузилиши асосий роль ўйнайди. Эстероген ва прогестеронлар марказий нерв тизимига цитоплазматик рецепторлар орқали таъсир кўрсатади. Жинсий гармонлар самараси бир-бирига қарши – эстерогенлар серотонин, норадреналин, опиоид фаоллигини ошириб, кайфиятга ижобий таъсир қилса, прогестерон лютеинловчи босқичда депрессияга олиб келади. Шунинг учун ҳам бу даврда агрессия ёки суицидал ҳаракатларга мойиллик кузатилади.

Клиник манзараси:

- асаб-руҳий бузилишлар натижасида келиб чиққан ҳолатлар (таъсирчанлик, депрессия, йиғлоқилик, агрессия);

- вегетатив қон-томир бузилишларини ифодаловчи белгилар (бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, қайт килиш, юрак соҳасида оғрик, тахикардия);

- моддалар алмашинуви ва эндокрин бузилишлар (сут безида дағаллашиш, шиш, метеоризм, кичишиш, совкотиб титраш, чанқаш, ҳансираш, тана ҳароратининг ошиши)

Клиник шакллари:

- асаб-руҳий шакли – таъсирчанлик, депрессия, йиғлоқилик, агрессия, ҳолсизлик. Агар ёш аёлда тушкунликка тушиш устун турса, перименопаузал даврда агрессия кузатилади;

- шишли шакли – сут безларида дағаллашиш, оғрик, юзда, тўпикда, бармоқларда шиш, қорин дам бўлиши билан кечади. Кўп аёлларда шиш шаклида терлаш, хидларга сезгирлик ошиши кузатилади;

- цефалгик шакли – кўз соққасига узатиловчи бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, қайт қилиш. Бунда ҚБ ўзгармайди, баъзи аёлларда юрак соҳасида оғрик, терлаш, кўлларнинг увишиши кузатилади;

- кризли шакли – симпато-адренал кризлар хос бўлиб, ҚБ ошиши, тўш ортида сиқилиш, ўлимдан қўрқиш, юрак уриб кетиши безовта қилади. Юқумли касалликлар уларни кучайтириши мумкин ва аксарият ҳолларда кризлар кўп миқдорда пешоб ажралиши билан тугайди.

Босқичлари:

- компенсация (белгилари йиллар давомида кучаймайди, ҳайз циклининг 2-босқичида бошланиб, унинг бошланиши билан тугайди);

- субкомпенсация (белгилари йиллар давомида кучаяди, ҳайз бошланиши билан тугайди);

- декомпенсация (белгилар ҳайздан кейин бир неча кунгача сақланади, бошланиш ва тугаши орасидаги муддат қисқаради).

Таъхислаш:

- анамнез маълумотлари;

- ЭЭГ ва РЭГ;

- калла суяги рентгенографияси (турк эгаридаги ўзгарнишни аниқлаш);

- ҳайз циклининг 2-босқичида гармонал текширув;

- буйракни УТТ (шишли шаклида);

- маммография (мастопатия, мастодиния билан киёслаш)

Даволаш: гинеколог, невропатолог, психиатр, терапевт, эндокринолог, аллерголог маслаҳати, психотерапия, аутотренинг, меҳнат ва ҳордикни меъёрлаш, қаҳва, шоколад, аччик, шўр таомларни, 2-босқичда суюкликни чеклаш, умумий ёки ёқа соҳаси массажи. Медикаментоз даво касаллик клиник шакли, бемор ёши ва ёндош ЭГК боғлиқ ҳолда олиб борилади.

5. Жинсий аъзолардан ташқи қон кетишининг қуйидаги турлари фарқланади:

- бачадондан;

- ташқи жинсий аъзолардан.

Шунингдек, бачадондан дисфункционал ва ўз-ўзидан ҳомила тушиши оқибатида қон кетишлар фарқланади.

Бачадондан дисфункционал қон кетиши (БДК) ўсма, яллиғланиш ёки ҳомиладорликка боғлиқ бўлмаган ҳолда бачадондан аномал қон кетишидир.

Таъхислаш мезонлари:

- касаллик ҳақида маълумотлар (қон кетиши бошланиш вақти, унинг ҳайз циклига боғлиқлиги, давомийлиги, қонли ажралма хусусияти – миқдори, анемизация белгилари);

- ҳаёт тарихи (умум қабул қилинган меъёрлар бўйича);

- объектив текширув (тана вазни, бўйи, эндокрин ва тизимли касаллик белгилари мавжудлиги – стрия, гирсутизм, қалқонсимон без ўзгаришлари, тери ранги, унда тошмалар бор-йўклиги, қорин ҳамда маҳаллий лимфа тугунлари пальпацияси, иккиламчи жинсий белгиларни баҳолаш);

- лаборатор текширишлар (УКТ, тромбоцитларни, қон ивиш вақтини аниқлаш, кенгайтирилган коагулограмма, гиперандрогенияда тестостерон миқдорини аниқлаш, қоннинг биокимёвий таҳлили);

- эндометрийни гистологик текшириш (ўсма касалликларини инкор этиш мақсадида);

- трансвагинал УТГ (кичик чаноқ аъзолари ва уларнинг касалликларини аниқлашда муҳим маълумотли усуллардан бири);

- КТ/МРТ чаноқ аъзолари суратини олиш ва ҳажмли ҳосилаларнинг чегарасини аниқлаш имконини беради.

Даволаш: бемор ёши, истаги ва аниқланган касалликка боғлиқ. Муолажа қонни тўхтатишга, ҳайз ва репродуктив фаолиятни тиклашга (4-6 цикл давомида орал контрацептивларни қабул қилиш), онкологик касалликларнинг олдини олишга қаратилади. БДҚ давоси консерватив ҳамда жаррохлик усули бўлиши мумкин.

Даволашнинг консерватив усули гармонал гемостаз ва гемостатик препаратлар, утеротониклар ва антианемик воситаларни қўллашни ўз ичига олади.

Гармонал гемостаз комбинирланган орал контрацептив воситалардан бирортаси бир кунда 1 тадан 4-6 таблеткагача маълум вақт оралиғида буюрилади. Қон кетиши 12-24 соат ичида тўхтади. Бунда орал контрацептив дозаси ҳар куни 1 таблеткага камайтиради ва 21 кунгача қабул қилиш тавсия этилади. Шундай қилиб ишончли гемостазни таъминлаш учун орал контрацептив дозаси монанд бўлиши лозим.

Гемостатик препаратлар (викасол, натрий этамзилат, дицинон) ўткир вазиятларда аксарият ҳолларда самарали. Қарши кўрсатмалар анамнезида тромбоземболия, антитромбин III даражасининг пасайиши.

Утеротониклар (окситоцин, питуитрин, дезаминоокситоцин) ҳам гармонал бўлмаган гемостаз самарадорлигини оширади.

Жаррохлик усуллари:

- бачадон бўшлиғи криодеструкцияси;

- эндометрий абляцияси;

- аднексэктомия;

- бачадонни ортиклари билан экстирпацияси.

6. Аёлларда қорин пастида оғрик.

Оғрикларнинг (чаноқ оғриклари) – аёлнинг қови устида, чов боғламларидан юқорида ва медал соҳада кузатилиши қорин пастидаги оғриклар деб аталади. Кўп ҳолларда чаноқдаги оғрикларга аёллар жинсий аъзоларининг касалликлари сабаб бўлса, баъзан, ошқозон-ичак, сийдик ва жинсий тизим, қоринпарда, умуртка поғонаси касалликлари билан

Боғлиқ бўлиши мумкин. Шунингдек, тананинг бошқа қисмидан оғрик ҳам қориннинг пастки қисмига узатилишини УАВ ёдда тутиш лозим. Аёлларда қорин пасткидаги оғриқларга олиб келувчи асосий жараёнлар куйида санаб ўтилган ва 1-жадвалда клиник ва объектив белгилари келтирилган.

Классификацияси. Гинекологик сабаблар – ҳомиладорлик асоратлари (бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши, йўлдошнинг барвақт кўчиши, бачадон ёрилиши), инфекциялар (жинсий аъзоларнинг ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликлари), ўсмалар (хавфли ва хавфсиз), ўсма бўлмаган касалликлар (эндометриоз, чанок аъзолари гемодинамикасининг бузилиши, кичик чанокда чандиқли-битишма жараёнлари, чанок флебитлари) ва бошқалар (диспареуния, тухумдон аптоплексияси, дисменорея, бачадон боғлов аппаратининг нуксони).

Урологик касалликлар – сийдик чиқариш йўллариининг инфекцияси ва унда конкрементлар бўлиши.

Ичак касалликлари – аппендицит, дивертикулит, туткич артерияси тромбози, регионар энтерит, ичак тушиши, ичак тутилиши, ичакнинг хавфли ўсмалари.

Мушак касалликлари – қорин тўғри мушаги гематомаси, ноксимон мушак синдроми.

Невроген сабаблар – чанок плексити, полиганглиорадикулоневрит, остеохондроз.

1-жадвал

Аёлларда қорин пастки қисмидаги оғрик сабаблари ва уларнинг клиник белгилари

№	Касалликлар	Анамнез ва клиник белгилар	Объектив текшириш натижалари
1	Эндометриоз	Дисменорея, диспареуния, бепуштлиқ, узок ҳайз кўриш	Кичик чанок аъзолари оғриқлари; чанок-бачадон боғламлари қалинлашиши, бачадон ортиқлари соҳасида ҳосила, унинг турғун ретроверсия ҳолати
2	Кичик чанок аъзоларининг сурункали яллиғланиш касалликлари	Анамнезида ўткир сальпингит, қорин пасткида икки томонлама оғрик, меноррагия, дисменорея, диспареуния	Кичик чанок аъзолари оғриқлари; оғриқли ҳосила

3	Аллен-Мастерс синдроми	Тугрук ва абортдан кейин бачадоннинг боғлов аппарати жароҳати, чанок ёки бачадон соҳасида веноз димланиш, кичик чанок аъзоларида веноз кенгайиш, диспареуния	Бачадон пальпациясида унинг пастга тушиши ёки ортиқча ҳаракатчанлиги, хайздан олдин бачадон катталашиси ва белда оғрик
4	Ичак касалликлари	Хайз, ҳомиладорлик ва жинсий алоқа билан боғлиқ бўлмаган қориннинг пастки чап қисмида дардсимон оғриқлар, шиллиқли нажас	Қориннинг пастки чап қисмида оғриқлар, тўғри ичакни текширганда оғрик ва уларнинг спазмолитиклар таъсирида камайиши
5	Дивертикулит	Қориннинг пастки чап соҳасида оғриқлар, қон ёки шиллиқ аралаш қабзият ёки қарияларда ич кетиши	Кичик чанок аъзолари ва қориннинг пастки чап томонида оғриқлар, колоноскопия ёки ирригоскопия ўтказиш
6	Регионар энтерит	Қориннинг пасткида ўнгда оғриқлар, ич кетиши ёки қабзият, қон аралаш нажас, кўпроқ ёшларда	Бемор кўриниши, қорин пальпацияси ёки кичик чанок аъзолари пальпациясида ўсмасимон ҳосила аниқланиши, ичакларни рентген текширишлар
7	Миалгия	Оғриқлар тана ҳолати ва жисмоний юкламалар билан боғлиқ, жарроҳлик амалиётидан кейинги оғриқлар	Кичик чанок аъзоларини текширишда патологиялар аниқланмайди, орқа мушаклар соҳасида оғрик

8	Неврологик оғриқлар	Остеохондроз, радикулит	Неврологик белгилар
9	Рухий оғриқлар	Депрессия, ҳавотир билан боғлиқ диспареуния, олдинги даволашларнинг самарасизлиги	Кичик чанок аъзолари оғриқлари, пальпацияда одатда касаллик белгилари аниқланмайди

Ташхислаш – анамнезида оғриқнинг давомийлиги, жойлашиши ва тавсифи, ҳайз цикли хусусияти, туғруқ ва абортлар сони, асоратлари, контрацепция, жинсий ҳаёти хусусиятлари, қиндан қон кетиши, сийдик чиқариш ва меъда-ичак тизими ва бошқа ўтказган касалликлари, хомиладорлик белгилари, бепуштлиқ, ирсияти.

Объектив текширишлар – артериал қон босими, пульс, нафас олиш сони, қорин пальпацияси ва аускультацияси, қин орқали ва кўзгуда кўриш, ректал текшириш.

Қўшимча текшириш усуллари: лаборатория – (гематокрит, лейкоцитлар формуласи, плазмада электролитлар, мочевина, креатенин миқдори, ЭЧТ, С-реактив оксил синамаси, сийдик таҳлили, бачадон бўйни шиллиги бактериоскопияси ва экиш, қин суюқлигини бактериоскопик текшириш), асбобий – (УТТ, гистероскопия, лапароскопия, кольпоскопия, цистоскопия, ректороманоскопия, вена ичи урографияси, ирригоскопия, КТ, МРТ). Аммо қайд этилган лабаратор – асбобий текширишлар аниқ кўрсатмаларга биноан ўтказилиши керак.

7. Аёлларда қўп учрайдиган патологик ҳолатлар ва касалликлар

Климактерик синдром.

Климакс даврида 40-80% аёлларда, климактерик синдром (КС) деб аталувчи патологик симптомокомплекс ривожланади. Келиб чиқиш вақти бўйича: эрта, ўрта (постменопаузадан 2 йилдан сўнг) ва кечки (постменопаузадан 5 йил ва ундан кўп вақт ўтганда) белгилар фарқланади.

I. Эрта белгилар: ҳайз тўхташи ва ундан сўнг 1-5 йил мобайнида кузатилиши мумкин. Уларга **нейро-вегетатив синдром** сифатида: иссиқлик қуйилиши, эт увишиши, калтираш, терлаш, юқори ҳароратни кўтара олмаслик, юрак уриб кетиши, ҳаво етишмаслиги, бош оғриғи ва елкада оғриқлар. Уйқунинг бузилиши: «уйқу апноэ»си, хуррак отиш, уйқуда нафас тўхтаб қолиши, кундузги уйқучанлик.

Рухий-эмоционал (хисларнинг) бузилиш – климактерик депрессия: кайфиятнинг сусайиши, ўзига ва атрофидагиларга нисбатан қизиқишнинг йўқолиши, тез чарчаш, ўринсиз ҳавотирланиш, саросимага тушиш, доимий ички зўриқиш хисси, қариликдан кўркиш, ўта таъсирчанлик, йиғлокилик, баъзиларда эса – кўрслик, таъсирчанлик, уришқоклик каби турли хил рухий-аффектив синдром билан намоён бўлади.

Ақлий ўзгаришлар – меҳнат қобилиятининг, иш самарасининг, бошқа фаолиятга ўтиб кетиш хусусиятининг сусайиши, хотира пасайиши, руҳий муаммолар таъсирида юзага келадиган ва қайтар бўлиб ҳисобланган эътиборнинг сусайиш белгилари билан кузатилади.

Жинсий бузилишлар – жинсий фаоллик ва қониқиш даражасининг сақланиши билан сусайиши, баъзи аёлларда аксинча, либидонинг ошиши билан ифодаланади.

Эндокрин-метаболик ўзгаришлар: бел/сон кўрсаткичи индексининг ортиши билан ифодаланган, тана вазнининг ошиши, организмда суюқлик тугилиши, шиш, диспепсия, бўғимларда оғриқ, чанқаш, сут безлари катталашиви.

II. Ўрта даврдаги белгилари: урогенитал (шиллик қаватлар атрофияга учраши сабабли) белгилар – турғун абактериал цистоуретритлар, вагинитлар, дизурик бузилишлар, йўтал, аксириш вақтида пешобни тута олмаслик, юқорига тарқалувчи урогенитал инфекциялар, қин қуруқлиги, синил кольпитларнинг ривожланиши, вульва атрофидаги қичиш, цисталгия, диспареуния.

- тери ва унинг ортиқлари томонидан ўзгаришлар (эпителийнинг юпқалашиши, атрофия, инфекцияга мойилликнинг ошиши) – унинг натижасида терининг қуруқлиги, ажинлар тушиши, тирноқларнинг синувчанлиги, сочларнинг қуруқлиги ва тўкилиши;

- кўз томондан ўзгаришлар (қуруқ кўзлар синдроми, катаракт).

III. Климактерик синдромнинг оғир белгилари унинг кечки даврида кузатилади. Улар менопаузадан 5-10 йил кейин ривожланиши мумкин. Кечки белгиларга – остеопороз, қон-томир касалликлари (юррак ва томир томонидан ўтқир ўзгаришлар, ЮИК ривожланиши ва авж олиши), депрессия ва Альцгеймер касаллиги киради.

КС турли хил клиник белгилар билан намоён бўлиб улар орасида юрак ва тўш орти соҳасидаги оғриқлар, ҚБ кўтарилиши алоҳида ўрин тутади. Лекин ЮИКдан фаркли ўлароқ жисмоний юкламада оғриқ кучаймайди ва ЭКГда ишемияга хос белгилар кузатилмайди.

Даволаш. Перименопаузал даврдаги аёлларга даволашнинг бошида ҳаёт тарзини ўзгартириш лозимлиги ҳақида тушунтириш лозим. Унга фаол ҳаёт (гипо ва адинамия билан қурашиш) олиб бориши, чегараланган жисмоний юкламалар, чекишдан воз кечиш, ёғлик овқатлар истеъмол қилиш ва қаҳва ичишни чеклаш, кўпроқ сутли маҳсулотларни, фитоэстроген ташувчи озиқ-овқатларни (дуккакли экинлар, мош, ловия), кўк чой, шалфейли ва кийик ўтли чойлар (эстрогенсимон таъсир) тавсия этилади.

КСнинг ягона патогенетик даво усули – ўрин босувчи гармонал терапиядир (ЎГТ). Кўрсатмалар бўлган ва қарши кўрсатмалар аниқланмаган аёлларда климакснинг давридан келиб чиқиб тавсия этилади. Шу ўринда ЎГТ тавсия қилишда онкологик хавфни ҳисобга олиш, айниқса, нишон аъзоларни – эндометрия, тухумдон, кўкрак безларини текширгандан сўнг қарор қабул қилиш лозим.

ЎТГ ўтказишдан олдинги текширишлар ҳажми:

Зарурий:

- Умумий ва гинекологик кўрик;
- кўкрак безларини пальпация қилиш ва маммография (бўлмаганда УТТ);
- жинсий аъзоларни УТТ (эндометрий қалинлигини баҳолаш);
- тавсия қилинади:
- ҚБ ўлчаш;
- тана вазни индексини аниқлаш;
- қон зардобиди липидларни аниқлаш;
- қон зардобиди гармонларни аниқлаш – фолликулин стимулловчи гармон (ФСГ), эстриол, ФСГ/ЛГ нисбатини аниқлаш;
- коагулограмма;
- қон зардобиди қанд миқдорини аниқлаш;
- ЭКГ;
- қоннинг биокимёвий таҳлили – АЛаТ, АСаТ.

Ўрин босувчи гармонал терапияга муҳтож бўлган аёллар:

- Перименопауза ёшидаги аёллар.
- Тухумдон фаолияти вақтидан олдин тўхтаган аёллар.
- Тизимли ўзгаришлар билан постменопауза давридаги (катта ёшдаги) аёллар.
- Соматик касалликлари бўлган/асоратланган аёллар.

Ўрин босувчи гармонал терапияга қарши кўрсатмалар:

- Бачадондан сабаби аниқланмаган қон кетиши.
- Ўткир жигар касаллиги.
- Чуқур веналарнинг ўткир тромбози.
- Ўткир тромбоэмболик касалликлар.
- Кўкрак беши ва жинсий аъзоларнинг касаллиги (ташхисланган ва даволанмаган).
- Эндометриоз (эстрогенли монотерапия ман этилади).
- Менингиома (прогестагенлар ман этилади).

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- Эндометриоз, бачадон миомаси.
- Анамнезида кўкрак беши, тухумдон ва бачадон бўйни рақ касаллиги.
- Анамнезида тромбоэмболия.
- Меланома.
- Ўт-тош касаллиги.

«Нейтрал» ҳолатлар: (ўрин босувчи гармонал терапияга қарши кўрсатма йўқ, лекин эътиборга лойик):

- Жарроҳлик амалиёти ўтказилган.
- Эпилепсия.
- Бронхиал астма.
- Тетания.

- Отосклероз.
- Тарқалган склероз.
- Ўрин босувчи гармонал терапияга қарши кўрсатма йўқ бўлган ҳолатлар:**
- Пролактинома.
- Жигар аденомаси.
- Веналарнинг варикоз кегайиши.
- Диабетнинг II-типи.
- Гипертиреоз.
- Ойсимон-хужайрали анемия.
- Эндометрий гиперплазияси.

Маслаҳат беришнинг асосий қисмларидан бири – аёл билан биргаликда даволашнинг давомийлиги ҳақида суҳбат олиб бориш. Такрорий маслаҳатларда қандай ўзгаришлар юзага келганлиги ҳақида маълумот йиғилади, ҳаёт сифати ўзгариши ҳақида суҳбат олиб борилади. Агар даво самарали ўтаётган бўлса, беморга қайта кўриқдан ўтиш, тана вазни индексини аниқлаш, эндометрийни УТТ ҳамда маммографияни ҳар 6 ойда ўтказиш учун ташриф куни белгиланади. Климактерик бузилишларнинг оптимал давосининг давомийлиги 2 йил ҳисобланади. Чунки бу муддатда ЎТТ менопаузадаги эстрогенганкислик шароитига «силлик» адаптацияни кафолатлайди.

Агар ЎТТга қарши кўрсатмалар бўлса ёки бемор уни қабул қилишдан бош тортса, у ҳолатларда фитоестрогенлар-гомеопатик воситалар берилиши мумкин.

Қиндан ажралмалар келиши, уни эрта аниқлаш ва умумий амалиёт врач тактикаси.

Оқчил деганда - қичишиш, ачишиш ва доимий намлик ҳиссини туғдирадиган кўп миқдордаги ёки одатдагидан фаркли қин ажралмалари тушунилади. Ундан фаркли ўлароқ физиологик ажралмалар кам миқдорда ва соф рангда бўлади. Одатда физиологик ажралмалар жинсий аъзолар шиллик қавати ва терисини таъсирламайди, ҳамда ҳайздан олдин, ҳомиладорлик ва чилла, киз болаларда эса жинсий стилиш даврида миқдори ортади.

Қиндан ажралмалар келиш сабаблари ялиғланиш касалликлари, инфекциялар, жароҳатлар, турли хил жойдаги ўсмалар бўлиши мумкин. Оқчил хусусияти унинг жойлашган жойига боғлиқ (найларда, бачадон ва қинда – суюқ, бачадон бўйида – шилликти). Оқчилга йиринг аралашishi ялиғланиш жараёнидан, қон аралашishi эса ўсмдан дарак беради. Маълумки, организмдаги барча шиллик қаватлар у ёки бу даражада секрет ишлаб чиқарадиган безлардан ташкил топган. Оқчил миқдори қиндаги микроорганизмларнинг ортиши билан тушунтирилади. Меъёрда қин ажралмаларининг миқдори гармонлар ва ҳайз циклининг босқичлари билан боғлиқ. Ҳайздан сўнг улар кам миқдорда ва оч рангли, цикл ўртасида эса кўп миқдорда ва чўзилувчан бўлади.

Баъзан оқчил инфекцияга боғлиқ бўлмаслиги, яъни ташқи жинсий аъзоларнинг аллергик реакциялари ва дерматозлар бўлиши мумкин. Баъзан

ушбу жараён қинда ҳам кузатилади. Бу ҳолатни эрта муддатларда аниқлаб даволамаслик, сўзак ва хламидий каби инфекцияларни ўз вақтида ташхислай олмасликка сабаб бўлади. Шунинг учун қиндан ажралмалар келганда нафакат клиник манзарага эътибор бериш, балки лаборатор текширишлар ҳам ўтказиш шарт. ЖССТнинг қин ажралмаларини даволашга синдромал ёндошишдаги тавсияларида лаборатор текширишнинг имкони бўлмаган ҳолатларда даволашдан олдин юқори жинсий аъзоларнинг сўзак ёки хламидийли инфекция билан зарарланмаганлигини аниқлаш таклиф этилган.

Шундай қилиб, қин ажралмалари синдроми бўлган аёлларда замбуруғлар ёки бактериал вагиноз ҳамда трихомониазни даволашга шошилмаслик керак, чунки сўзак ёки хламидийли инфекцияни даволаш усуллари бошқача бўлиб, уларнинг организмда узоқ вақт бўлиши жиддий асоратларга олиб келиши мумкин. Клиник жиҳатдан сўзак аёлларда уретрит ёки эндоцервицит кўринишида кечади. Қин ажралмалари гармонларга ва ҳайз циклининг босқичига боғлиқ.

Ҳайз тугаши билан улар кам миқдорда ва тиниқ, унинг ўртасида кўп миқдорда ва чўзилувчан бўлади. Ҳайзнинг иккинчи босқичида оқ рангда кремсимон консистенцияли ва ўзига хос кислотали хидга эга. Соғлом аёлни қиндан ажралмалар келиши безовта қилмайди, агар унинг белгилари пайдо бўлса, флорани аниқлаш мақсадида қиндан суртма ва цервикал каналдан экма олиб жинсий йўллар орқали юкадиган касалликларнинг бор-йўқлигини аниқлаш лозим. У ёки бу микробларнинг устунлигига қараб қинда турлича яллиғланиш жараёнлари кечади. Бундан ташқари, кольпитларда қин ажралмаларининг кўпайиши, рангининг оқ кулранг ва кўкимтиргача ўзгариши ҳамда қўланса ҳидли бўлиши кузатилади. Шунингдек, беморларни қинда қичишиш ва ачишиш безовта қилади. Бачадон ортиқлари яллиғланганда эса қиндан йирингсимон ажралмалар келиши қичишиш билан бирга кечади. Сактосальпинксда (бачадон найларида суюқлик йиғилиши) жисмоний юкламадан сўнг суюқ рангсиз ажралмалар келиши хос.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. СПб: Специальная литература. 1999.
2. Акушерство. Под редакцией Савельевой Г.М. М.: Медицина. 2000.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство для врачей. Нижний Новгород: Издательство НГМА, 1997.
4. Справочник по акушерству и гинекологии. Под редакцией Савельевой Г.М. М.: Медицина. 1999.
5. Paul D. Blumenthal. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции. Американское агенство международного развития, 1998.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ВА БОЛАЛАРНИ КУЗАТИШ

*Педиатрия – болалиқнинг
барча тиббиётидир.*

Академик В.А.Таболин

Болалиқ даври

Болалиқ туғилгандан сўнг эмас, балки ҳомиладорлик давридан бошланади. Уларда катталардан фарқли ўларок, алоҳида аъзо ва тизимлар фаолияти ҳамда уларнинг морфологик тузилиши катор хусусиятларга эга. Жумладан, бола туғилганидан бошлаб, катта бўлганга қадар, организмда ривожланиш жараёни тўхтовсиз давом этади ва у бир текисда кечмайди ҳамда унга мос равишда анатомик ва физиологик хусусиятлари ҳам ўзгаради. Ушбу ўзгаришлар ва ташқи муҳит таъсирида нафақат бола характери, балки унинг организмдаги касалликларнинг кечиши ҳам ўзгариб боради. Айрим касалликлар, масалан, пневмония чақалоқлар, мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда турли хил кечади. Эрта ёшда учрайдиган баъзи хасталиқлар катта ёшдаги болаларда учрамайди. Болаларда ёш билан боғлиқ бўлган ушбу хусусиятлар касалликлар профилактикаси ва унинг давосига дифференциал ёндошишни талаб қилади. Шунинг учун болалар ривожланишини маълум давр ва босқичларга бўлиб ўрганиш мақсадга мувофиқ. Туғилгандан сўнг боланинг ривожланишида куйидаги даврлар фарқланади:

- 1). чақалоқлик даври – 3-4 ҳафтагача;
- 2). кўкрак ёши даври – 3-4 ҳафтадан 1 ёшгача;
- 3). мактабгача (ёки боғча ёши) давр 1 ёшдан 3 ёшгача;
- 4). мактаб олди даври – 3-7 ёш;
- 5). кичик мактаб ёши – 7-11 ёш;
- 6). катта мактаб ёши (пубертат давр) – 12 ёшдан 17-18 ёшгача.

Чақалоқлик даври

Бошқача айтганда, бу неонатал давр дейилади. Чақалоқлар учун янги муҳитга мослашиш ҳолати характерлидир. Бола туғилиши билан кислород ва озуқа моддаларни ташқаридан қабул қилга бошлайди. Ўпка орқали нафас олиш ва доимий қон айланиши фаолият кўрсатади. Қоннинг морфологик, физик ҳамда кимёвий хусусиятлари ўзгаради, овқат безлари секрецияси бошланади. Айни вақтда киндикнинг мумификацияси ва тушиши, унинг ярасининг битиши ва катор бошқа жараёнлар юз беради. Чақалоқларда турли аъзоларнинг функционал етишмовчилиги сабабли айрим ҳолларда физиологик сариқлик, диспепсия, альбуминурия, транзитор иситмалаш, тана вазнининг физиологик камайиши ва бошқалар кузатилади. Она организмнинг гармонал таъсири натижасида, чақалоқларда мастит – кўкрак безларининг шиши, қондан қон аралашма келиши ва вувльовагинитлар пайдо бўлиши мумкин.

Чақалоқлик даври учун чала туғилиш, функционал етишмовчилик, ногиронлик ва бошқа катор ривожланиш нуқсонлари характерли

ҳисобланади. Улар кизамиқ, кизилча, скарлатина ва кўк йўтал билан умуман оғримаслиги мумкин. Бўғма, корин тифи, паратиф касалликлари, сув чечак ўзига хос кечади ва аборттив шаклда учрайди.

Чақалоклар организмнинг касал юктирмаслиги ҳомиладорлик даврида онадан болага антителаларнинг йўлдош, туғилгандан кейин эса кўкрак сути орқали ўтиши билан тушунтирилади. Чақалокларда стафилококк, стрептококк, ичак таёқчалари ва сальмонеллезга юқори сезувчанлик бўлиб, оғир токсикосептик ҳолатларни чақиради. Ушбу даврда марказий нерв тизими мукамал эмаслиги, ҳимоя вазифаси етарли ривожланмаганлиги ўлим кўрсаткичларининг юқорилигига сабаб бўлади. Шунинг учун чақалоклар учун зарур тиббий ва санитария гигиена шароити яратиш лозим. Агар бола муддатидан олдин дунёга келса, (270 – 280 кун ёки ундан олдин) чала туғилган дейилади, лекин яшаб кетиши мумкин. Чала туғилган бола она қорнидан ташқари, шароитга етарли даражада мослашмаган ва алоҳида парваришга муҳтож бўлади. Шунинг учун унинг қайси муддатда туғилганлигини аниқлаш муҳим амалий аҳамиятга эга. Боланинг муддатида туғилганлигини билиш учун бўйи ва вазини аниқлаш лозим. Муддатида туғилган боланинг энг кичик вазни 2500 г, бўйи 45-46 см бўлиб ўртача вазни 3200 - 3600 г, бўйи эса 48-52 см га тенг. Чақалок туғилганда 2500 гдан кам вазни ва бўйининг узунлиги 45 см.дан кичик бўлса бола чала туғилган дейилади. Умуман олганда, ҳомила 6 ойлик муддатдан олдин туғилса ва вазни 900-1000 г бўлса, яшамайди. Бола вазининг 1000 гдан кам, бўйининг эса 35 см.дан паст бўлиши чалаликнинг пастки чегараси ҳисобланади. Чақалоклар бу кўрсаткичлардан паст туғилса, кечки ҳомила тушишларига киради. Аммо юқорида келтирилган кўрсаткичлар ўзгариб туриши сабабли доимо ҳам чақалокнинг муддатида ёки чала туғилганлигини белгилашга асос бўла олмайди. Муддатидан олдин туғилган йирик ҳомила етук туғилган чақалоклардан ҳам каттароқ бўлиши мумкин. Шунинг учун фақат тана вазни ва ўлчамига аҳамият бериб қолмасдан, ҳомиладорликнинг охириги ҳафталарида ҳомилада учрайдиган бошқа нисбий белгиларга ҳам эътиборни қаратиш зарур.

Муддатида ва чала туғилганликнинг нисбий белгиларига куйидагилар киради:

✦ муддатида туғилган чақалокларнинг териси пушти – кизил, силлик, эластик, елкада, орқасида, кўкрагининг ўртасида тукчалар бўлади. Чала туғилган болаларда унинг даражасига қараб, териси жуда юпка, аниқ кизил рангли цианотик соялар, ялтироқ ёғ билан қоплангандек ёки қурук, юзида асосан ёноқлари, кўкраги, елкаси ва орқасида тукчалар яққол кўринади;

✦ муддатида туғилган чақалоклар кичкириги баланд, жарангдор, чала туғилганларда эса кучсиз, жарангсиз ва паст;

✦ муддатида туғилган чақалок ҳаракатлари фаол, секин, таркок, координацияланмаган, мушаклари гипертонусда, чала туғилганлар ҳаракати кучсиз, мушаклари гипотоник ҳолатда бўлади;

✦ мудартида туғилган чақалоқларда тери ости ёғ қатлами яхши ривожланган, тургор сақланган, чала туғилганларда эса у жуда суз ёки умуман йўқ (чалалик даражасига боғлиқ), тўқималар тургори жуда паст, тери бурмалари кўриниб туради;

✦ мудартида туғилганларнинг калла суяги қаттиқ, чала туғилганларда эса юмшоқ лекин чоклар ва лиқилдоқлар уларнинг ҳар иккаласида ҳам очик бўлиши мумкин;

✦ мудартида туғилганларда кулок супралари қаттиқ тоғай тўқимадан иборат ва тасвири яхши билинади ҳамда бошдан алоҳида туради, чала туғилганларда улар юмшоқ ва каллага ёпишган, тасвири яхши билинмайди.

Баъзи қўлланмаларда тирноқларнинг яхши ривожланмаганлиги, қиз болаларда жинсий тешикнинг очиклиги, ўғил болаларда уруғдоннинг ёрғоққа тушмаслиги чалалик белгилари сифатида баён қилинган бўлса ҳам, улар доимий ҳисобланмайди ва чалаликнинг даражасини аниқлашга асос бўлмайди.

Кўкрак ёши.

Бу давр учун ошқозон – ичак тизимининг нисбий етишмовчилиги характерли ҳисобланади. Бу ичаклар шиллиқ қаватининг нозиклиги, безларнинг паст ферментатив фаолияти билан боғлиқдир. Шу сабабли бир ёшгача бўлган болаларда овқат ҳазм қилиш ва озикланишнинг ўткир ва сурункали бузилишлари кўп учрайди. Улар ҳаётининг бошқа хусусияти, танасининг интенсив ўсишининг секинлашиши билан характерланади. Бола ҳаётининг биринчи йилида тана вазни 200% га, бўйи 50% га кўпаяди. Бу даврда у ўзининг мотор ва интеллектуал ривожланишининг биринчи босқичини ўтайди.

Кўкрак ёшида баъзан айрим конституция аномалиялари учрайди, булар экссудатив-катарал, неврастеник ва лимфатик диатезлардир. Скелетнинг интенсив ўсиши турғун бўлмаган модда алмашинуви билан бирга кўкрак ёшидаги болаларда рахит касаллигини келтириб чиқариши мумкин. Бирламчи пассив иммунитет секин аста пасаяди, орттирилгани эса ҳали ривожланмаган бўлади. Шунинг учун кўкрак ёшидаги болалар 4 - 5 ойлигидан бошлаб қизамиқ, сув чечак, скарлатина, кўк йўтал, грипп ва бошқа ҳаво томчи инфекциялари билан оғрийди.

Нафас олиш аъзоларининг пневмония ва бошқа қатор касалликларининг кўп учраши бола организмнинг ушбу даврдаги ўзига хос анатомик ва физиологик хусусиятлари билан тушунтирилади. Инфекциянинг энг кўп кириш дарвозаси бўлиб тери, ичакнинг шиллиқ қавати ва юқори нафас йўллари ҳисобланади.

Боғча ёши.

Бу давр учун бола организмнинг барча функционал кулайликларининг доимий шаклланиши хос. Аммо бу ёшда бола юқори даражада нозиклик жароҳатларга мойиллик юқорилиги, ҳаракатнинг ривожланиши ва мушаққулки ортиши билан ажралиб туради. Атроф муҳит билан алоқанинг

кенгайиши сабабли юкумли касалликларга чалиниш учун шароит яратилади. Шу сабабли бу даврда ўткир инфекциялар: қизамиқ, скарлатина, бўғма, сув чечак, дизентерия, паротит, кўк йўтал ва бошқалар кўп кузатилади. Бу ёшдаги болалар бошқаларга нисбатан юкумли касалликлар билан кўпроқ оғрийдилар. Бунинг сабаби, 1-10 ёш оралиғида ўткир инфекцияларга нисбатан бўлган иммунитетнинг пастлигидир.

Мактабгача бўлган давр.

Бу давр боланинг кейинги интеллектуал ривожланиши, жисмонан ўсиши ва ҳаракат уйғунлиги билан характерланади. Бундан ташқари, болаларда ўз тенгдошлари билан мулоқотда бўлиш талаби ортади. Ушбу даврда типик аллергия реакциялар, бронхиал астма, ревматизм, эшак еми ва бошқалар кўп учрайди. Сил билан зарарланиш хавфи кўпаяди. Мактабгача бўлган даврда болалар жисмонан ва интеллектуал ривожланиши ва мактаб ҳаётига тайёрланишлари лозим.

Кичик мактаб ёши.

Бу даврда болаларда мушак тизими яхши ривожланади ва интеллект юзага чиқади. Ўғил ва қиз болаларнинг руҳий ривожланишига жинсий безлар таъсир этади. Уларда эндокрин дисфункцияларининг турли шакллари учрайди. Юрак қон томир, ревматизм, асаб, буйрак касалликларига чалиниш ортади. Кўп касалликлар бу даврда худди катталарникидек кечади. Боланинг келажакдаги характери шаклланади.

Жинсий шаклланиш ёки катта мактаб ёши.

Бу давр жинсий безларнинг шаклланиши ва улар фаолиятининг ривожланиши билан характерланади. Қиз болаларда жинсий шаклланиш 12 ёшдан бошланади ва 16-18 ёшларда тугайди, ўғил болаларда эса 13-14 ёшдан бошланиб, 18-20 ёшларда якунланади. Бизнинг иссиқ иқлим шароитимизда жинсий шаклланиш одатда 1-2 йил эрта бошланади. Иккиламчи жинсий белгилар юзага келади қовуқ ва қўлтиқ ости соҳасида (сочлар) туклар ўсиши, қизларда кўкрак безлари ривожланиши, ўғил болаларда овоз йўғонлашиши кузатилади. Қиз болаларда ҳайз келиши, ўғил болаларда эса уйқу вақтида полюция бўлиши жинсий безларнинг етуқлиги ва функционал тайёрлигини кўрсатадиган белгилар ҳисобланади. Бу даврда юрак қон-томир тизимида функционал бузилишлар - ўсмир юраги, ўсмирлар гипертонияси ва неврози юз беради. Жинсий шаклланишда нуқсонлар аниқланади. Қалла суяги юз қисми нисбатан тезроқ, мия қисми секинроқ, кўкрак қафаси ва оёқлар эса тез ўсади.

Жинсий етилиш даври ёки юқори мактаб ёши

Ўсмирлик даври – бу инсон ўсиб улғайишининг ярмидан кўпроқ қисмини эгаллаб, энг кўп жисмоний, англаш ва психосоциал ривожланишлар ва ўзгаришларни ўз ичига олади. Фақатгина ушбу давр сезиларли даражада ўсиш тезлигининг ортиши билан характерланади. У қизларда 10, ўғил болаларда 12 ёшдан бошланади. Жинсий етилиш инсоннинг насл қолдириш хусусиятига эга бўлиши, яъни қизларда ҳайз кўриш, йигитларда 1,5-2 йил

кечроқ бошланувчи унча аниқ бўлмаган белгилар билан намоён бўлади. Юқорида қайд қилинганидек, бизнинг иссиқ иқлим шароитимизда жинсий етилиш 1-2 йил эртaroқ бошланади.

Жинсий етилиш – бу даврда иккиламчи жинсий белгилар пайдо бўлади. Унинг давомийлиги аниқ чегараланмаган бўлиб 2-3 йил давом этади. Ўсмирлик давридаги жисмоний ривожланишни ўғил болалар ва қизларда алоҳида кўриб чиқилади. 7-8 ёшгача ўғил болалар ва қизларда ҳаракат фаолияти ва координацияни бир хил даражада бўлиши кузатилади, лекин 9 ёшда ўғил болалар ҳаракат кўникмалари бўйича қизлардан ўзиб кетади. Жисмоний ўзгаришлар ўсмирлик даврида бир хил кетма-кетликда пайдо бўлса ҳам, лекин уларнинг бошланиш вақти, ривожланиш даври ва қайси ёшда тугаши турли хил бўлади. Бўйга ўсиш ўғил болаларда 13,5-15 ёшларда тезлашади. Шу вақт ичида унинг узунлиги 20 см га ортади, шундан 10 сантиметри энг тез ўсиш вақтига тўғри келади. Қизларда бўйнинг ўсиши 1,5 йилга вақтпроқ кузатилади ва 13,5 ёшга келиб кўп ҳолларда ниҳоясига етади. Шундан сўнг бўйнинг ўсиш тезлиги секинлашади ва 18 ёшга келиб тўхтади; ўғил болаларда бўйнинг ўсиши йилига 2,5 см дан давом этади, қизларда эса бирмунча секинроқ кузатилади.

Қизларда пубертат даврда чаноқларнинг кенгайиши кузатилади. Иккала жинсда ҳам болдир сонга нисбатан олдин ривожланади ва кенгайди. Шундан сўнг елкалар кенгайди, тана узунлигига ўсади. Мушак кучи қизларда ҳайз кўриш вақтигача кучаяди, шу вақтда ўғил болаларда энг юқори бўй узунлигига эришилгандан сўнг бу жараён яна 18 ой давом этиши мумкин.

Жинсий етукликни баҳолаш. Ушбу давр иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланиши билан белгиланади. Бунда жинсий безлар конфигурацияси ўзгаради, қизларда қовуқда туклар пайдо бўлади. Ўғил болаларда мезон бўлиб ташқи жинсий аъзолар ўлчами ва қовуқда тукларнинг ўсиши ҳисобланади. Оддий кўрик ўтказиш билан бир қаторда, ўсмирларда кўкрак безларини ёки ёрғокни пайпаслаб кўриш керак (1 ва 2-жадваллар).

1-жадвал

Қиз болаларнинг жинсий ривожланиш даври (J.M.Tanner)

Босқич-лар	Қовуқ туклари	Кўкрак безлари
1	Препубертат	Препубертат
2	Сийрак, енгил пигментлашган, тўғри, юмшоқ, лаблар узунлиги бўйича (11,5)	Кўкрак ва сўргич кўтарилган, ареола диаметри катталашган (11,0)
3	Анча куюклашган, тук, ўралиш бошланган (12,5)	Кўкрак ва ареола катталашган, умумий контурга эга (12,0)
4	Қаттиқ, ўралувчан, лекин катталарга нисбатан кам, сонларида бўлмади (13,0)	Ареола ва сўргич кўкрак беги контуридан чиқиб туради (13,0)

5	Катта аёлларга хос учбурчак, соннинг ички юзига тарқалган (14,5)	Етилган кўкрак беши, сўргич чиқиб туради, ареола – умумий контурнинг ярмига тенг (15,5)
---	--	---

2-жадвал

Ўғил болаларнинг жинсий ривожланиш босқичлари (J.M.Tanner)

Босқичлар	Қовуқ туклари	Жинсий аъзо, уруғдон
1	Йўқ	Препубертаг
2	Сийрак, узун, кам пигментлашган, юмшоқ (13,5)	Жинсий олат катталиги ўртача, мойк катта, тўқ рангда, бурмали (11,5)
3	Анча тук, ўралиш бошланган, кўп эмас, олат асосида (14,0)	Олат узунлиги, мойк ва уруғдон катталашган (13,0)
4	Қаттик, ўралади, катталар типида, лекин камроқ, сонларида йўқ (14,5)	Олат кенгайган, мойк ва уруғдон катталашган, териси тўқ рангда (14,0)
5	Катталарникидек кўринишда, соннинг ички юзасида, лекин горизонтал чегарада (15,0)	Катталарникидек ўлчамда (15,0)
6	Киндикгача тарқалган	

Илова: *қавс ичида тегишли босқичнинг бошланиш вақти (ёшларда) кўрсатилган.*

Жинсий ривожланиш қиз болаларда ўғилларга нисбатан 2 йил олдин бошланади ва бу гетерохронлик ушбу ёшдаги жинсларнинг ўзаро алоқасида муаммолар келтириб чиқаради. Айрим ҳолларда бир хил жинсларнинг етилиши ҳам турли-хил бўлиши мумкин. Психологларнинг кузатувида, ривожланиши ўрта ёшга тўғри келган қизларни ўзини баҳолаши ижобий, кеч етилган қизларда эса эрта етилганларга нисбатан ўзини баҳолаши анча юқори туради. Ўғил болалар эса аксинча кеч ривожланганда қайғуришади, уларнинг ўзларини баҳолаш даражаси паслашади, катталарга тобе бўлиб қолади ва уларни тенгдошлар четлатиб қўяди. Эрта етилган ўғил болалар эса ўзларини анча устун қўядилар ва бошқаларга раҳбарлик қилишга ҳаракат қиладилар.

Агар ўсмир болада тухумдонларнинг (пубертатли) катталаниши 13,5 ёшда кузатилмаса ёки жинсий балоғатга етишнинг 3-босқичи орқада қолса, унда жинсий етилишнинг ортада қолганлиги ҳақида сўз кетади.

Аксарият қизлар ҳайз кўришмаса, хавотирга тушадилар. Агар кўриқда жинсий аъзоларнинг анатомик нуқсон кузатилмаса, бу жинсий балоғатга етишнинг 3-босқичи бошланган қизларда етилиш меъёрида кетаётганидан ва яқин орада ҳайз кўриш кузатилишидан дарак беради. Мабодо 13

ёшли кизда кўкрак безларининг катталашуви кузатилмаса ёки пубертат ўзгаришлар бошланишидан ҳайз кўргунича орадан 5 йил ўтса, жинсий етилишда орқада қолиш ҳақида ўйлаш лозим. Бундай ҳолларда кизнинг эндокрин тизимини текшириш керак.

Ўсмирлик ёшдаги даврлар

Жинсий балоғат ёши хронологик равишда айрим мезонлар ёрдамида пубертат ўзгаришларнинг кузатилишига қараб эрта, ўрта ва кеч даврларга бўлинади. Ҳар бир давр бир-биридан айрим белгилар билан фаркланади.

Эрта давр. Ўсмир бу даврда танасидаги ўзгаришлар билан банд бўлади ва уларда унинг идеал тана тузилиши ҳақида ўз фикрлари бор. Пубертат даврининг бошида улар иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланишини қизиқиш билан кузатадилар. Ота-оналарига янгича карашади ва илк бор ўз тарбиялари (хурматлими, ҳамма ҳавас қилувчи образга тўғри келадими ёки йўқми) тўғрисида фикр юритишади.

Ўрта давр. Бу давр тахминан 1,5 йил давом этади ва қиз болаларда 13-15, ўғил болаларда эса 16 ёшларга тўғри келади. Ўсмирлар ўз қобилиятларининг ўсишига қараб эркин бўлишга ҳаракат қиладилар. Қарама-қарши жинсга нисбатан қизиқиш уйғонади. Ақлий ривожланиш ўсади, абстракт тушунчаларни ўйлаш ҳосил бўлади, ғоялар туғилади, келажак ҳақида ўйлайди.

Кечки давр. Кўпроқ келажакда ким бўлиб етишиш ва қаерда ўқиш ҳақида ўйлайди. Бу даврда ўсмирларда ўзига ишониш ҳисси пайдо бўлади ва жинсий алоқа қилишда ўзига катъи ишонч ҳосил қилади. Ақлий ривожланиш давом этади, логик фикрлаш устун туради.

Жинсий мослашув шакллари

Трансвестизм нормал ривожланишда учрайдиган ҳолат бўлиб, унда жинсий аъзоларнинг бузилиш идентификацияси ва вазифаси жиҳатдан йўқолиши ёки сурункали кўринишда қолиши кузатилади. Ўғил болалар айрим ҳолларда мактабгача бўлган даврда онаси ёки синглисининг кўйлагини кийиши мумкин. Агар бу тез-тез такрорланса, ота-она хавотирга тушади, бола эса уни яширинча бажаришга ҳаракат қилади. Агар бу ҳолат ота-онасининг қаршилигига қарамасдан, айниқса, 5-6 ёшда такрорланса ва сақланса, жинсий аъзоларнинг бузилиш идентификацияси ва уларнинг жинсий роли ҳақидаги масалани кўриб чиқиш муҳим ҳисобланади.

Транссексуализм бу инсонларнинг астойдил ўзига ишонганлиги, биологик бошқа жинсга мансублигини, уларнинг қарама-қарши жинсга тегишли бўлишига мослашуви. Транссексуализм бу ўжарлик билан қарама-қарши жинсдаги инсонлар кийимини кийиш. Ўғил болаларда рухий ўжарлик кўринишида, у ўзини ўғил бола эмас, балки қиз бола ҳис қилишидир.

Гомосексуализм. Ҳақиқий гомосексуализм кийин феномен ҳисобланади. Ўғил болаларда гомосексуализм ривожланишига таъсир қилувчи омиллардан

бири ўзини эркак ҳисобловчи эталоннинг ота-онаси ва тенгқурлари томонидан қўллаб-қувватланмаслигидир. Ўсмирлар ва йигитлар орасида гомосексуализм белгилари, уларнинг ўз жинсий фаолиятига ишончсизлик ҳисси ва мустақил эмаслиги натижасида пайдо бўлади. Бу ҳис туйғу оқибатида билмаган ҳолда улар кучли эркак олдиди ўзларини тобе ҳисоблашади. Бундай ўғил болалар ва йигитлар ёрдамга муҳтож. Уларни психиатр маслаҳатига юбориш зарурлигини ота-онасига тушунтириш ва даво чораларисиз ўз тобелиklarини ўзгартирмасликларини уқтириш муҳим. Кўпинча ўсмирлик ёшида гомосексуалликни орттирган аёллар анамнезида уларни кичик ёшли вақтида онаси билан ёмон муносабати аниқланади. Бундай ҳолларда она қизига нисбатан совуқ ва улардан узоқроқ бўлишга ҳаракат қилади, уларни жазолайди, ўзини туттиши, кичкина қиз болаларда ортикчаллик ва ташлаб қўйилганлик ҳиссини уйғотади. Гомосексуал ҳолат кўнгли нозик ва тез ранжийдиган кишиларда кўпроқ учрайди. Қизларда эркакча «одат» - сочи калта кесиш, ўғил болалар кийимини кийиш ва қатор бошқа кўринишларда намоён бўлади. Уларни психиатр ёки болалар психологи назорат қилиши ва даволаши керак. Ота-оналарга бундай ҳолатларда жазолаш (айниқса, жисмоний) ва насихат қилиш ёрдам бермаслигини тушунтириш керак.

Ўсмирлар билан суҳбат. Катталар ўсмирлар билан суҳбатлашганда, кўп ҳолларда қийинчилик сезадилар. Чунки уларнинг жавоби тўлақонли ва кўп сўзли эмас (лекин бу ҳолат ҳар доим ҳам кузатилмайди). Ўсмир бола, бошқа инсонлардек кўпчиликини, айниқса, ким унга ҳақиқий қизиқиш уйғотса, инсонга мурожаат қилгандай қараса, уни дўстона тарзда яхши кўради. Ўсмирлар ортикча гапиришга мойил, аммо уларга тегишли бўлмаса, сўраб-суриштириш уларнинг муаммоси эмас, Шунинг учун сўраб - суриштиришни ўртоқлари, мактабдаги қизиқишлари ва оиласидан бошлаш лозим. Ўсмирлар врачларга баъзан ўз ташаббуслари ёки ота - оналарининг маслаҳати туфайли мурожаат қиладилар. Улар шифокор қабулига ўзлари ёки ота - оналарининг бири ҳамроҳлигида келиши мумкин. Ўсмирларга тиббий ёрдам кўрсатиш аниқ конфиденциалликни талаб қилишини ота-оналарига тушинтириш зарур. Шунинг учун ўсмир билан алоҳида суҳбат ўтказишдан олдин ота - оналаридан сўраб - суриштириш муҳим аҳамиятга эга.

Конфиденциаллик, касаллик ёки бошқа бирор муаммони яширишга эмас, балки ўзаро ҳурматга асосланган бўлиши лозим. Катталар билан суҳбатлашгандаги баъзи усуллар, ўсмир бола билан мулоқотда бўлганда мос келмайди. Шу сабабли ўсмирларни сўраб-суриштирганда, фикрлаш қобилияти шаклланмаганлигини ҳисобга олиб, гапириш керак, чунки у аниқ фикрлаш кўникмаларини талаб қилади. Шунингдек,, уларда ўзига нисбатан етарли ишонч туғилмаганлигини инобатга олиб суҳбат вақтида жим турмаслик мақсадга мувофиқ.

Ижтимоий муаммолар. Ўсмир ёшдаги болаларда ўзини намоён қилиш, айрим мулоҳазалар ва илтимосларга қаршилик кўрсатиш ҳисси пайдо бўлади, шунинг учун оилада болалар фикрига ҳурмат билан қараш керак.

Улар катталарнинг айрим мулоҳазаларига хафа бўлишлари сабабли бу ёшда суицидал ҳолатлар кузатилади. Кўпинча қизлар ўзларини ўлдиришга ҳаракат қилсалар ҳам, ўғил болалар орасида ўлим ҳолатлари кўпроқ учрайди. Ушбу ёшда болалар кўпроқ гиёҳванд моддаларга берилувчан бўлишларини унутмаслик керак. Наркотикларни қабул қилиш ўсмирларга ўзларини катталардек сезиш, стресс олдини олиш, реал воқеалардан узоқлашиш ҳиссини туғдиради. Шунинг учун наркоманияни тугатиш, ўсмирларни талаб ва эҳтиёжини қондиришга қаратилган бўлиши лозим. Чекиш, спиртли ичимликларни қабул қилиш ўсмирни соғлом ривожланишига қаршилик қилади. Чекишнинг салбий оқибатлари ўсмирлик ёшида сурункали йўтал, шилликни кўп ажралиши, ўпкада хириллашларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Айрим ўсмирлар ушбу ёшда фаол жинсий алоқа билан яшайдилар. Шунинг учун уларни таноҳил касалликларига текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Жисмоний ривожланиш мониторинги. Антропометрия

Инсоннинг жисмоний ривожланиши деганда, морфологик ва функционал белгилар йиғиндиси ва уларни ўзаро бир-бирига боғлиқлиги тушунилади. Бола организмда шаклланиш ва ривожланиш жараёни интенсив кечади ҳамда уларда ташқи муҳитга алоҳида сезгирлик аниқланади. Бу ёшда болани жисмоний ривожланишига иқлим ва яшаш шароити, кун тартиби, овқатланиш характери, шунингдек, ўтказган касалликлари таъсир қилади. Бундан ташқари, унга ирсий омиллар, тана тузилиши, модда алмашинуви интенсивлиги, эндокрин безлари ҳолати, қондаги ферментлар фаоллиги ва овқатланиш безлари секрецияси ҳам таъсир кўрсатади. Шу сабабли болаларнинг жисмоний ривожланиши, улар соғлигини ишончли кўрсаткичи бўлиб, уни баҳолашда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак:

- морфологик кўрсаткичлар - тана вазни ва бўйи, кўкрак кафаси айланаси, 3 ёшгача бўлган болаларда бош айланаси;
- функционал кўрсаткичлар - ўпканинг тириклик сизими, бармоқ мушаклари кучи ва бошқалар;
- мушаклар ва улар тонуси ҳамда тери ости ёғ қатламини ривожланиши, қадди-қомаги ҳолати, таянч-ҳаракат аппарати, тўқималар тургори.

Жисмоний ривожланишни баҳолаш ва мониторинг қилиш учун маълум вақт ичида болани ўлчаб туриш зарур:

- тана вазни ва унга қўшилиш тезлиги;
- бўй ўсиш тезлиги;
- бош айланаси ва унинг катталашиш тезлиги;
- психомотор ва аклий ривожланиш.

Қуйидаги 3-жадвалда тана вазнини ўлчаш муддатлари тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

3-жадвал

Тана вазнини ўлчаш муддатлари

Биринчи ўлчаш	Чакалок туғилганда
Иккинчи	15 кунлик бўлганда
Учинчи	30 кунлик бўлганда
Ҳар ойда	Бир ёшгача
Ҳар 3 ойда	1-3 ёш
Ҳар 6 ойда	3-5 ёш
Ҳар йили	Кейинги ёшларда

Боланинг хронологик ёши йилда ва ойларда кўрсатилади. Масалан:

Ўлчанган вақт: 2003, 30 апрел=03.04/12

Туғилган вақти: 2001, 29 март=01.03/12

Хронологик ёши: 03.04/12- 01.03/12 = 02.1 (2 ёш 1 ой)

Тана узунлиги. Ушбу кўрсаткич жисмоний ривожланишнинг бошқа кўрсаткичларига нисбатан барқарор ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи 3 ойлигида буй ўсиши энг юқори даражага чиқади. У соғлом ривожланганда, биринчи ойлигида буйининг ўсиши 11-12 см, уч ёшлигида – 8 см, 4 ёшда – 6 см бўлиб, 100 см га етади. Кейинчалик (10 ёшгача) буйнинг ўсганлигини аниқлаш учун қуйидаги формуладан фойдаланилади:

Бола буйининг узунлиги $P = 100 \text{ см} + 6 (n-4)$,

n – боланинг ёши, 6 – ўртача ҳар йили кўшиладиган буй узунлиги, см. Буйнинг энг юқори даражада ўсиш вақти 5-7 ёшда ва жинсий шаклланишни бошланиш даврига тўғри келади. 4-жадвалда бир ёшгача бўлган боланинг буйи ва тана вазнига кўшилиш кўрсаткичлари келтирилган.

4-жадвал

Бир ёшгача бўлган болаларнинг буйи ва тана вазнига кўшилиш кўрсаткичлари

Ёши, ойларда	Ҳар ойда тана узунлигига кўшилиши, см	Ўтган даврда тана узунлигига кўшилиши, см	Ҳар ойда тана вазнига кўшилиши, г	Ўтган даврда тана вазнига кўшилиши, г
1	3	3	600	600
2	3	6	800	1400
3	2,5	8,5	800	2200
4	2,5	11	750	2950
5	2	13	700	3650

6	2	15	650	4300
7	2	17	600	4900
8	2	19	550	5450
9	1,5	20,5	500	5950
10	1,5	22	450	6400
11	1,5	23,5	400	6800
12	1,5	25	350	7150

Тана вазни. Бу ўзгарувчан кўрсаткич бўлиб, тана тузилишининг хусусиятлари, нерв-эндокрин ва соматик бузилишлар таъсирида ўзгариши мумкин ва экзоген сабабларга боғлиқ (овқатланиш, кун тартиби ва бошқалар). Боланинг тана вазнига интенсив қўшилиш 1 ёшгача ва пубертат даврга тўғри келади. Чакалоқларда - ўғил болаларда ўртача тана вазни 3494 г, қизларда – 3348 г. 4 - 4,5 ойлигида боланинг тана вазни 2 баробарга, 1 ёшда 3 баробарга ортади. 1 ойлигида боланинг ўртача вазнига 600 г, 2 ва 3 ойлигида 800 г дан қўшилади.

Чакалоқ 3 ойга тўлгандан кейин тана вазнига қўшилиши ҳар бир кейинги ойлар учун қуйидаги формула ёрдамида аниқланади:

$$X = 800 - 50(n - 3)$$

X – кутилаётган ҳар бир ойда қўшиладиган тана вазни, n – ойлар сони.

Болаларда тана вазнининг ортиш тезлиги 2 ёшдан кейин анча секинлашади ва ўртача ҳар йили 2 кг.ни ташкил қилади.

10 ёшгача болаларда кутилаётган тана вазни қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$$P = 1 \text{ ёшли бола тана вазни} + 2 \text{ кг} \times (n - 1),$$

P – кутилаётган вазни, n – боланинг ёши.

10 ёшдан кейин тана вазнини И.М.Воронцов формуласи бўйича аниқлаш мумкин:

10 ёшдан катта бола тана вазни = ёши X 3 + ёшининг охириги сони

Масалан: 14 ёшли боланинг вазни = 14 X 3 + 4 = 46 кг

Боши ва кўкрак қафаси айланаси. Етук туғилган чакалоқларда бош айланаси 33 – 37,5 см бўлиб кўкрак қафаси айланасидан 1-2 см ошмаслиги керак. Биринчи 3-5 ойлигида ҳар ойда 1-1,5 см, кейинги ойларда эса 0,5-0,7 см қўшилади. Бир ёшда бош айланаси 10-12 см ортади ва 46-48 см га етади. 1-3 ёшда боланинг бош айланаси йилда 1 см га, 4 ёшдан ҳар йили 0,5 см га кўпаяди. 6 ёшда 50-51 см бўлиб кейинги йилларда 5-6 см га ортиб боради.

Чакалоқларда кўкрак қафаси айланаси 33-35 см. Ҳаётининг биринчи йилида ҳар ойда қўшилиши ўртача 1,5-2,0 см ни ташкил қилади. Бир ёшда кўкрак қафаси айланаси 15-20 см га ортади, кейин бу кўрсаткичнинг интенсив ошиши пасаяди ва мактабгача ёшдаги даврда йилда 3 см, мактаб ёшида эса 1-2 см га кўпаяди. Кўпчилик етук туғилган чакалоқларда кўкрак

қафаси олди – орка ўлчами, кўндаланг ўлчамадан кичик ёки унга тенг. Ҳаётининг биринчи йили охирида кўндаланг ўлчами орка – олди ўлчамадан одатда каттароқ ва кўкрак қафаси шакли катталар конфигурациясига яқин бўлади, яъни кенгайди. Бола ривожланиши пропорционаллигини баҳолаш учун баъзи антропометрик индекслардан фойдаланилади.

Чулицкий индекси (Озикланишни баҳолаш индекси):

3 X елка айланаси + сон айланаси + болдир айланаси – тана узунлиги.

Бир ёшгача болаларда 20 – 25 см, 2 – 3 ёшда – 20 см, 6 – 7 ёшда 15-10 см.

Эрисман индекси. Кўкрак айланаси (см) – ярим бўйи (см).

Боланинг кўкрак қафаси ривожланиши ва унинг озикланишини характерлайди. Кўкрак қафаси айланаси 1 ёшгача бўлган болаларда бўйининг ярим узунлигидан 13,5-10 см га кўп, 2-3 ёшли болаларда – 9-6 см га, 6-7 ёшда 4-2 см га, 8-10 ёшда эса 1 см га катта ёки 3 см га кам бўлади.

Жисмоний ривожланишни индивидуал баҳолаш, боланинг антропометрик кўрсаткичларини стандартлар билан таққослаш учун, шу ҳудудда махсус ишлаб чиқилган кўрсаткичлар ва у ернинг климатогеографик яшаш шароитини ҳисобга олиш керак. Таклиф қилинган меъёрлар билан бола ривожланишини морфофункционал баҳолаш, сигмал регрессион ёки центил усулларда бажарилиши мумкин.

Тишлари. Бир ёшдан кейин (14 – 16 ойларда) кичик илдизли тишлар (олдинги тишлар), 16 – 20 ойларда ён тишлар, 20 – 24 ойларда орка кичик илдизли тишлар чиқади. Бола 2 ёшлигида 20 та сут тишлар бўлади. Сут тишлари сонини аниқлаш учун, 2 ёшгача бўлган болада ҳаётини ойлари сонидан 4 рақами олиб ташланади.

Мисол, 1 ёшда болани $(12 - 4) = 8$ та тиши бўлади, 18 ойлигида $(18 - 4) = 14$ тиши ва бошқалар.

Болаларда психомотор функцияларнинг шаклланиши

Бола ҳаётининг биринчи кундаёқ барча сезиш аъзолари ўз фаолиятини бошлайди. Чақалоқларда катталардан фарқли ўлароқ, генерализацияга мойиллиги бўлган барча реакциялар дифференциялашмаган хусусиятга эга. Бир неча рецепторларни кўзгатиш локал эмас, балки тарқоқ реакцияларни чакиради.

Етук туғилган болада бир қанча туғма ёки шартсиз рефлекслар бўлади. Уларга сўриш, ютиш, қовоқни юмиш, йўтал, аксириш, сийдик ажралиши, дефекация ва бошқалар киради. Ушбу шартли рефлекслар организмнинг атроф - муҳитга мослашувини таъминлайди ва бола ҳаётининг биринчи йилида эволюцияга учрайди. Шартсиз рефлекс шаклидаги туғма реакциялар бола ҳаётининг биринчи кунларидаёқ дунёга келганини характерлайди. Кейинчалик унинг ҳаётида орттирилган рефлекслар асосий роль ўйнайди ва организмнинг ташқи муҳит билан ўзаро таъсирини таъминлайди. Биринчи ойнинг охирида, 2 ой бошларида болада оддий, нисбатан турғун

шартли рефлекслар шаклланади. Учинчи ойнинг охирларида эса мураккаб, дифференциялашган рефлекслар пайдо бўлади ва бош мия пўстлогининг анализатор фаолияти ривожланишини кўрсатади. Олий нерв фаолиятининг тараққий этиши, яъни шартли рефлексларнинг юзага келиши, бола ҳаётининг биринчи йилида тез шаклланади. Катталарга нисбатан болалар ташқи муҳит билан шартли боғлиқликларни енгил вужудга келтиради ва улар болаларда турғунрок бўлади. Улар ўзларини тутиш кўникмаларини тезда ўрганадилар ва бутун ҳаёт давомида саклаб қоладилар.

Бола ҳаётида нутқ катта аҳамиятга эга. Унинг шаклланиши бош миянинг функционал ривожланиши ва сенсор тизим фаолияти тикланишига боғлиқ. Шу билан бирга, нутқнинг ривожланишида болаларнинг катталар билан мулоқотда бўлиши ва тарбиявий фаоллик муҳим аҳамиятга эга эканини ёдда тутиш лозим. Боланинг баркамол ривожланиши, тарбияси, кун тартиби, ўргатилиши лозим бўлган муҳим кўникмалар учун шароит яратиш зарур. Бу эса ўз навбатида, унинг жисмонан баркамол ривожланишига ва кайфиятини яхши бўлишига олиб келади.

Бола ҳаётининг иккинчи йилида психо-мотор ва жисмоний ривожланиш фаоллашади. Шартли рефлекслар тез шакллана бошлайди. Болада ҳаракатлар жуда фаол, ўзини тутишида ижобий эмоция якқол кўринади, кўпгина овоз ва сўзларни қайтаради, тез - тез ва жарангдор кулади, атрофдигиларга қизиқиш уйғотади. Ҳаётининг 2 йили, биринчи ярмидан юра бошлайди, нутқ ва ҳаракат координацияси яхшиланади, сўз бойлиги кўпаяди. Иккинчи ярим йиллигида ўйнашни яхши кўради, болалар бир – бирлари билан ўйнашга ҳаракат қиладилар, катталарнинг талабларини бажаради. Ўзини тутишни оддий талабларига ўрганади. Бола ҳаётининг 3 йилида мотор кўникмалар шаклланиши давом этади. Атрофдагилар билан киришувчан, нутки мукамаллашади, кўпроқ ўйнайди. 4 – 5 ёшларда болада ўзига хонлик ҳисси пайдо бўлади. Уларда фақат атроф – муҳит таъсирини эмас, балки эшитиш, китоб ўқиш, катталарни гапириб берганларини тез эслаб қолиш қобилияти ҳам шаклланади. Болалар дарсларда жамият ва табиат ҳақидаги маълумотларни яхши қабул қиладилар. Бу даврда улар янги сўзларни тез эслаб қолади, расм чизиш, мусиқани ўрганиш, оддий меҳнат кўникмаларини бажариш хусусиятлари пайдо бўлади. Шу билан бирга эстетик қабул қилиш, жамоат ўртасида ўзини тутиш шаклланади. Фикрлаш ривожланади, аввал аниқ – реалистик, мактаб ёшининг бошида эса – абстракт. 13-15 ёшларга келиб фикрлашни юқори босқичи тугалланади. Қуйидаги 5-жадвалда *болалар ҳаётининг биринчи йилида мотор омиллар ривожланишининг ўртача мuddати келтирилган.*

5-жадвал

Болалар ҳаётининг биринчи йилида мотор омиллар ривожланишининг ўртача муддати ва лозим бўлган чегаралари

Ҳаракат	Эга бўлишнинг ўртача ёши	Мумкин бўлган чегаралар
Жилмайиш (табассум)	5 – ҳафта	3 – 8 ҳафта
Ғу - ғулаш (гапириш)	7 – ҳафта	4 – 11 ҳафта
Бошини ушлаш	2 – ой	1,5 – 3 ой
Кўлларнинг йўналтирилган ҳаракатлари	4 – ой	2,5 – 5,5 ой
Ўгирилиш	5 – ой	3,5 – 6,5 ой
Ўтириш	6 – ой	5,5 – 8 ой
Эмаклаш	7 – ой	5 – 9 ой
Эркин ушлаш	8 – ой	5,5 – 10,5 ой
Тик туриш	9 – ой	6 – 11 ой
Ҳимоя билан қадам ташлаш	9,5 ой	6,5 – 12,5 ой
Эркин (ўзи) тўхташ	10,5 ой	8 – 13 ой
Эркин (ўзи) юриш	11,5 ой	9 - 14 ой

Соғлом болаларда ҳаракат фаоллигининг шаклланиш босқичлари

1 ойликда. Бола ушлаб турилганда озгина вақт бошини тутиб туради. Нарсаларга қарайди ва қисқа вақт давомида уларни кузатади.

2 ойликда. Бошини тўғри тутати. Кўзлари билан ҳаракатланаётган шахсларни кузатади, кулиб караган кишиларга жилмаяди, овоз чиқаради.

3 ойликда. Бошини ва кўкрагини қорнида ётиб кўтаради, ҳаракатлари фаол. Кўкракни танийди. Яқинларини бегоналардан фарқлайди.

4 ойликда. Кўкракдан қоринга айлана олади. Нарсаларни ушлайди. Нимагадир (кимгадир), нарсаларга ташланади. Қаттиқ кулади. Ҳайвонларни яхши кўради.

6 ойликда. Минимал ушлаганда ўтиради, қориндан орқага айланади. Нарсаларни бир қўлидан бошқа қўлига қўяди ва оғзига олиб боради. Айрим сўзларни гапиради.

7-8 ойликда. “Сенсор нутқ” ривожланади, эмаклайди. Нарсаларни ағдаради, “она”, “бобо” сўзларини гапиради. Ҳайвонларни бир қўлидан иккинчисига олади.

12 ойликда. Тик туради, ушлаб турганда юради, 8-10 сўзни билади. 2 та нарсани ушлайди. Сўраганда Ҳайвонларни кузатади. Оддий таъсирларни бажаради. Овозни билади, сўзларни такрорлайди.

18 ойликда. Югуриши ва зинапоярларга кўтарилиши мумкин. Ўзи овқатланади. Оддий гапларни гапиреди.

2 ёш. Таниш суратларни билади, нарсалар ҳақида сўрайди, уларни номини айтади, уй ишларига қизиқади. Ўйинчоқларини тахлайди, эртақлар эшитида. Зинапоярлардан ишончли кўтарилади.

3 ёш. Зиналарда юради. Бир оёқда қиска вақт туради, 3 - гилдиракли велосипедни ҳайдайди. Эшикни очади, сакрайди, ўйнайди ва расм чизади.

4 ёш. Жойида сакрайди, айлана чизади, 6 та асосий рангларни, фамилия, исми, ёши, жинсини билади. Бошқа болалар билан ўйнайди. Сўзларни грамматик тўғри тузади. Чет тилларни билишга қобилияти катта.

5 ёш. Бир неча бош ҳарфларни ёзади, расм чизади, оёк кийими ипини боғлайди.

Бола руҳиятининг шаклланиши 4 босқичга бўлинади:

Биринчи босқич – мотор, бола ҳаётининг биринчи йилида мотор кўникмаларни билиш билан характерланади.

Иккинчи босқич – сенсор, бир ёшдан уч ёшгача давом этади. Ҳаракатлар психомотор характерга эга, яъни билиб ҳаракат қилади. Сенсомотор ривожланиш барча руҳий фаолиятни шаклланишида база ҳисобланади, жумладан, қабул қилиш, эътибор, мақсадли ҳаракат, фикрлаш ва тан олиш.

Учинчи босқич – аффектли давр, уч ёшдан ўн икки ёшгача давом этади. Шахсий ва доимий характердаги мулоҳазаларга эга.

Тўртинчи босқич – идеаторлик давр (12 – 14 ёш). Мураккаб тушунча шаклланади, тушиниш, изох бериш, ақлни жамлаш юзага келади. Болалар фикрлашларини олдиндан режалаштирадилар. Улар абстрактли бўлади. Шахс шакллана бошлайди.

Бола ҳаётининг алоҳида даврларида руҳий бузилишлар ва касалликлар пайдо бўлишига мойиллик юқори бўлади. Бу кризис даврлар деб аталади, ҳамда унинг 2 тури фарқланади 2-7,5 ёшда ва 12-15 ёшда.

Биринчи – парапубертат даврда руҳий ва жисмоний сифатлар ҳаёт билан таъминловчи тизимлар фаолиятига таъсир кўрсатади. Бу ёшдан руҳий доирада қисман оғрикли ҳолатлар бошланади.

Иккинчи – пубертат давр – ички секреция безларининг қайта тикланиши билан боғлиқ, болалар тез ўсади, жинсий метаморфоз кузатилади. Бу даврда болаларни жаҳли тез чиқади, алоҳида эътибор талаб қилади.

Чақалоклар патронажи

Чақалок туғруқ хонадан чиққанидан сўнг ОП ёки ҚВП хабар берилади, болалар патронажини қайт қилиш дафтарига онанинг Ф.И.Ш, турар жойи ва боланинг туғилган куни қайд этилади. УАВ ва патронаж ҳамшираси туғруқхонадан чақалок чиққанидан сўнг дастлабки 3 кун ичида биринчи патронажни амалга оширади. Хавф омиллари, туғма нуқсонлар

ва касалликлар билан туғилган чақалоқлар, вақтидан олдин (чала) ёки вақтидан ўтиб туғилган болалар ҳамда оилада илк фарзанд туғрук хонадан чиққанидан сўнг биринчи кунни УАВ томонидан кўрилиши керак.

Чақалоқларнинг биринчи патронажи

Биринчи патронажда боладаги хавф омилларини аниқлаш учун онадан анамнез йиғилади, чақалоқ объектив текшириб кўрилади, онага боланинг парвариши бўйича кўрсатма берилади ва ҳужжат расмийлаштирилади (ш.№112). Анамнез йиғишга ижтимоий, биологик ва генеалогик маълумотларни аниқлаш киради. Ижтимоий анамнез кўрсаткичларига: оиланинг тўлиқлиги ва ундаги рухий вазият, турар-жой шароити, моддий таъминланганлиги, болани парвариш қилишда хонадондаги санитар-гигиеник ҳолат ҳамда яшаш шароити ва бошқалар киради. Биологик анамнез антенатал даврнинг ўзига хос хусусиятларини, онанинг ва боланинг саломатлигини ўз ичига олади. Генеалогик анамнезга – боланинг ота-онаси ва қон-қариндошларининг саломатлик кўрсаткичлари киради (3 авлод).

Она шифокорга туғрук хонадан чиққандан сўнг олган алмаштириш картасини беради. Картада ҳомиладорлик ва туғрук ҳақида, туғилиш вақтида боланинг аҳволи (Апгар шкаласи бўйича баҳолаш), жисмоний ривожланишининг асосий белгилари (тана вазни, бўй узунлиги, бош ва кўкрак айланаси), соғломлик ва хавф гуруҳи ҳақида маълумот кўрсатилади.

Объектив текширув

Объектив текширув тизимлар бўйича ўтказилади. Туғма ривожланиш нуқсонлари ва ҳомила ичи инфекциясига этибор берилади.

Тери. Чақалоқнинг тери қопламлари оч пушти рангда, тоза ва майин бўлиши керак. Унинг ўзгариши (кўкариш, сарғайиш, оқариш ва тупроқ ранг бўлиши) махсус текширувни талаб этади. Терлаш ва қизариш парвариш камчилигини кўрсатади. Терининг турғори ва эластиклиги аҳамиятга эга. Терида йирингли тошмалар, киндик ярасидан йирингли ажралмалар ажралса ёки киндик атрофида қизариш бўлса, болани текшириш ва даволаш учун шифохонга юбориш керак.

Гавда тузилиши. Чақалоқнинг гавдаси физиологик ёки патологик («курбақа», «искович ит» гавдаси) ҳолатда бўлиши мумкин. Физиологик ҳолатда қўл ва оёқларнинг букувчи мушаклари тонуси устунлик қилади («эмбрион» ҳолати). Мажбурий ҳолат патология тўғрисида маълумот беради.

Чақалоқнинг бош тузилиши юмалоқ шаклда бўлади. Айрим ҳолларда унда кефалогематома бўлиши мумкин (туғрук жароҳати натижасида суяк остига қон қуйилиши). Катта ликилдок ўлчами 1 см дан 3 см гача, кичкина ликилдок эса кўпчилик чақалоқларда ёпилган бўлади. Ликилдоқни бўртиб чиқиши, юзда азоб-укубат белгиси миёда босимни кўтарилишидан далолат беради (гидроцефалияда, менингитда, миёга қон қуйилганда). Бундай бола УАВ билан бир каторда, невропатолог назоратида бўлиши керак.

Кўз тузилиши текшириб кўрилганда, симметрик жойлашган, ёруғликка аниқ реакция кузатилади. Нистагм, ёки «кўёш ботиш» аломатлари марказий

асаб тизимида оғир жароҳат борлигидан далолат беради ва невропатолог маслаҳати зарурлигини кўрсатади. Кўп ҳолларда *қулоқ чиганоқларининг* яхши ривожланмаганлиги ва пастда жойлашуви ички аъзоларнинг туғма нуқсони билан бирга кузатилиши мумкин. Боланинг *ҳалқуми* кўздан кечирилганда, юмшоқ ва қаттиқ танглайга эътибор бериш зарур (яширин ёрик борлигини аниқлаш учун). *Кичкина тил* эса қисқарок бўлиши мумкин ва бу одатда сўришни бузилишига олиб келади, бундай ҳолларда жарроҳ ёрдами керак бўлади.

Кўкрак қафаси симметрик бўлиб, нафас алоҳида фаол катнашади. Нафас тезлиги ва характериға эътибор бериш муҳим аҳамиятға эға. Ўпка аускультациясида хириллашлар аниқланганда, болани шифохонада текшириш лозим бўлади. Одатда, чақалокларда ўпка перкуссияси аускультацияға нисбатан аниқ маълумотлар беради, чунки кўкрак қафасининг позик бўлиши сабабли нафас унинг бир томонидан иккинчи томонига осон ўтказилади, бу ўз навбатида, нафас суллашувини аниқлашға қийинчилик туғдиради. Турли нуқсонлар ичида туғма юрак пороклари чақалокларда кўпроқ учраши ва буни УАВ эсда тутиши зарур. Уларнинг биринчи белгилари чақалоклик даврининг дастлабки кунларида юрак аускультациясида аниқланадиган кўпол шовқин бўлиши мумкин.

Қорин соат стрелкасиға қарши томонға қараб пайпаслаб текширилади. Жигар кирраси меъёрда коворға ёйдан 1-2 см пастда жойлашган бўлиши мумкин. Патологик ўсмалар пайпаслаб аниқланса, бола қорин бўшлиғи аъзоларини УТТ ўтказилади.

Жинсий аъзолар боланинг ёши ва жинсига мос ривожланган бўлиши керак.

Қўл-оёқлар. Оёқларни тоз-болдир суяклар соҳасида 90° бурчақда бемалол букиш ва стол юзасига тегизиш мумкин. Туғма сон чиқишида қирсиллаш эшитилади. Эрба-Дюшен ва Дежерин-Клюмпке фалажлари елка бойламининг туғма жароҳати борлигидан далолат беради.

Асаб тизими ва руҳий ривожланиш ҳолати бола кузатилганда ва у билан мулоқот вақтида – унинг хатти-ҳаракати, қарши, шартсиз рефлексларнинг ривожланганлиги орқали баҳоланади. Куйидаги рефлекслар ташхисий аҳамиятға эға: сўриш, қидириш, ушлаш, эмаклаш, химоя, таянч ва автоматик юриш, Бабкин ва пай рефлекси аниқланади ҳамда уларни симметриклиги кузатилади.

Кўрсатмалар бериш

Бола парвариши, овқатланиши ва тарбияси бўйича ота-оналарға кўрсатма берилади.

Парвариш бўйича кўрсатма. Бола саломатлиги учун озодалик муҳим аҳамиятға эға. Унинг ётоқ ўрни хонанинг ёруғ жойига қўйилиши (елвизак жойға қўйиш мумкин эмас) керак. Ўринға ёнбошлашиб, ёстиқсиз ёткизиш керак бўлади. Хона ҳароратини 20-22°C ушлаб туриш муҳим. Болани ҳар куни махсус ваннада 10 дақиқа атрофида эрталаб ва кечқурин чўмилтириш

мумкин. Чўмилтириш учун энг кулай вақт – кечкурун, охириги эмизишдан олдин, бу уйқуни яхшилайти. Биринчи 2 ҳафтада чўмилтиришдан олдин ванна яхшилаб қайноқ сув билан ювилади. Киндик яраси битмагунча чақалокни қайнаган сувда чўмилтириш муҳим. Сув ҳарорати 37-38° С бўлиши ва ваннага таги тўлгунча қўйилиши керак. Унга ўт дамламасини қўйиш мақсадга мувофиқ (иттиканақ, мойчечак) бўлади. Ванна бўлмаса, катта тоғорадан фойдаланиш мумкин. Нотинч бўлишнинг олдини олиш мақсадида болани чойшабга ўраган ҳолда сувга аста-секинлик билан ботириш мақсадга мувофиқ. Бир қўл билан боланинг боши ушлаб турилади ва иккинчи билан чўмилтирилади. Киндик яраси бриллиант кўки, 5% калий перманганат ёки 5% йод эритмаси билан ювиб тозаланади.

Эрталабки ювиниш – ҳар куни биринчи эмизишдан сўнг пахтани илик сувга ботириб ювилади, кўз – ташқаридаги бурчакдан ичкаридаги бурчакка қараб, ҳар бири алоҳида пахта билан артилади. Бурун вазелин мойи суртилган пахта билан тозаланади.

Йўргаклаш – болани парвариш қилишнинг асосий ҳолатларидан бири. Эркин ва кенг йўргаклаш тавсия этилади. Эркин йўргаклаш учун болага химоя қўлқоплари бор яқтакча кийгизилиб, оёқлари чойшабга ўралади. Кўкрак қафаси бўш қолади, бу ўз навбатида, нафас олишни енгиллаштиради ва ўпка касалликларидан химоя қилади. Кенг йўргаклаш учун боланинг сонлари орасига қўшимча чойшаб қўйилиб, сон ёзилган ҳолда қолдирилади, бу туғма суяк чиқишнинг консерватив давоси ҳам ҳисобланади.

Тоза ҳавода сайр қилишни туғруқхонадан чиққандан сўнг дарҳол бошлаш керак. Биринчи сайр давомийлиги 5 дақиқа бўлиб, ҳарорат 10°С дан паст бўлмаслиги керак. Атрофга мослашиш мақсадида сайр давомийлигига ҳар куни 5 дақиқадан ошириб борилади. Бола бетоб бўлганда, сайр тақиқланади. Ота - онага кўрсатманинг энг асосий қисми болани овқатлантириш борасидаги тавсиялар ҳисобланади.

Тарбия. Илк даврдан ота-она ва бола ўртасида аниқ сигналлар ёрдамида бир-бирини тушуниш белгиланади, натижада ўзаро муносабат – меҳрибонлик шаклланади. Чақалок бола янги муҳитдаги салбий таъсирга қарши туриш ва маълум сабабларга аниқ жавоб бериш қобилиятига эга. Биринчи кунданок бола шахсининг руҳий тузилиши ва унинг ўзига хос хусусиятлари маълум бўлади. Ахлоқи ўзгарувчанлиги унинг шаклланивчи онгининг ўзгариши билан боғланган бўлади. Болани тарбиялашда кўкрак сутининг аҳамияти жуда катта. Кўкрак сути билан боқиладиган бола ўзини химояланган, керакли ва исталган сезади. Ижобий руҳий шароитда болалар ақл-идрокли бўлиб улғаядилар.

Ҳаётининг биринчи кундан бошлаб кичкинтойга тўғри кун тартиби зарурдир (асосий физиологик эҳтиёжларнинг вақтга алоқадорлиги - уйқу, ҳушёрлик, овқатланиш, сайр, гигиеник ва чиникиш тадбирлари). Бу маълум ҳаёт ритмини шаклланишига олиб келади. Болаларда вақтга нисбатан рефлекс ҳосил бўлади, ахлоқий динамик стереотип шаклланади, биологик

ритм белгиланади, бу эса тинч ва тез ухлаб қолишни, яхши иштаҳани, фаол ҳаракатни таъминлайди.

Боланинг биринчи патронажида оналарга қандай ҳолатларда тез тиббий ёрдам зарурлиги ва касалликларда қасрга мурожаат қилиш ҳақида маслаҳат берилади.

Ҳужжатларни расмийлаштириш

Чақалоқнинг биринчи патронажи ҳақидаги маълумот боланинг ривожланиш тарихига (ш.№112) «чақалоқнинг биринчи патронажи» сарлавҳаси билан қайд қилинади. Ёзув куйидаги кетма-кетликда олиб борилади: анамнез, объектив маълумотлар, ташхисда соғломлаштириш ва хавф гуруҳлари кўрсатилади, парвариш, овқатланиш ва тарбиялаш бўйича маслаҳатлар. Агар бола II-V соғломлаштириш гуруҳларига кирса, хавф гуруҳига мос реабилитация ёки касаллик нозологияси бўйича маслаҳат берилади.

Чақалоқнинг иккинчи патронажи

Чақалоқнинг иккинчи патронажи боланинг 14 кунлигида амалга оширилади. Ундан мақсад – чақалоқнинг саломатлик даражасини аниқлаш юзасидан аъзо ва тизимлар бўйича қайта текшириш, берилган тавсияларнинг бажарилишини назорат қилиш, муаммолар бўйича онада пайдо бўлган саволларга жавоб ва кўрсатма бериш.

Анамнез йиғилганда, боланинг овқатланиши, кун тартиби, хулқ-атвори тўғрисида аниқлаш зарур.

Объектив текширув

Объектив текширув босқичма-босқич бажарилади ва унга синчиклаб ёндошилади. Чунки олдин болада намоён бўлмаган жароҳатлар аниқланиши мумкин. Бола вазнининг ортиб боришини баҳолаш зарур. Агар унда қайт қилиш кузатилса, онага бир ёшгача бўлган болаларда ошқозон-ичак тизимининг сфинктер аппарати фаолиятининг физиологик етишмовчилиги мавжудлигини тушунтириш керак. Эмизиш вақтида бола ҳаво ютиб юборса, уни эмизишдан сўнг вертикал ҳолатда 10 дақиқа ушлаб туриш лозим. Агар қайт қилиш доимий ва фонтан кўринишида бўлса, бола тана вазнига кам кўшилса, уни шифохонага текшириш ҳамда кузатиш учун юбориш мақсадга мувофиқ.

Икки ҳафтали болаларда коринда тутиб қолувчи оғриқлар кузатилиши мумкин, бу ошқозон-ичак тизимини янги ҳаёт шароитларига мослашуvidан келиб чиқади. Бу жараён боланинг бирдан безовта бўлиши орқали кузатилади. Она бундай ҳолатларда УАВга мурожаат қилиши (бу ўзгаришлар функционал ёки органик сабабларга боғлиқлигини аниқлаш учун) зарур.

Кўрсатмалар бериш

Онага болани массаж ва бадантарбия қилиш аҳамиятини эслатиш керак. Улар чиниқтириш ва соғломлаштириш тадбирларига киради. Эрта босқичларда ўқалаш енгил, силаб кўювчи бўлиши ва мушакларни бўшаштириши лозим. Уқалаш тоза, илиқ ва қуруқ қўллар билан

бажарилади. Агар муолажа вақтида бола инжиқланса ва безовта бўлса, уқалашни тўхтатиб болани тинчлантириш керак.

Болани парвариш қилиш ва кўриш қобилятини ривожлантириш мақсадида кроватга юзидан 40-50 см юқорига ўйинчоқ осиб қўйиш мумкин. Туғруқхонадан чиққандан сўнг биринчи ўйинчоқ 2-3 дона катта ёрқин шар бўлгани маъқул, улар ҳар 2-3 кун ичида алмаштирилиб кроват тепасига осилади. Бу ўз навбатида, кўриш анализаторини ривожлантиради ва болада кувноқ кайфият туғдиради.

Патронаж натижалари боланинг ривожланиш тарихига (ш.№112) «чақалоқнинг иккинчи патронажи» сарлавҳаси билан қайд қилинади.

Чақалоқнинг учинчи патронажи

Чақалоқнинг учинчи патронажи бола ҳаётининг 21 кунда ўтказилади. Унинг мақсади – чақалоқнинг саломатлиги ўзгариши ва ривожланиш шароити, овқатланиш тартибини кузатиш ва аниқланган нуқсонларни даволаш.

Объектив текширув

Чақалоқ текширилганда, унинг ахлоқи, кайфияти, атрофдаги шароитга реакцияси кузатилади. Тана вазни, бўйи узунлиги, бош ва кўкрак айланаси, катта лиқилдоқ ўзгариши қайта баҳоланади. Бола парваришидаги камчилик сабабли оғиз бўшлиғи шиллиқ каватида оқариш кузатилиши мумкин. Чақалоқ ҳаётининг 3 ҳафтасида тикилиб қараш, меҳрибон муомалага ижобий ҳис-туйғу билан жавоб бериш кузатилади.

Тери қоплами меъёрида эластик, майин, тоза, оч пушти рангда бўлади. Унда йирингли ажралмалар кузатилса, лекин боланинг аҳволи қониқарли бўлса, уй шароитида даволаш мумкин. Агар унинг аҳволи ўртача оғирликда бўлиб, оилада санитария шароити ёмон бўлса, УАВ болани текшириш ва даволаш учун шифохонага йўлланма беради.

Бола ҳаётининг 21 кунда киндик соҳасидаги эпителиал ҳужайра битган бўлади. Агар киндик ярасидан йирингли ажралма чиқса, атрофи қизарса болани касалхонага жўнатиш лозим. Унинг аҳволини белгилаш учун шифокор шартсиз физиологик рефлексларни қайта баҳолайди (Бабкин, сўриш, ушлаш, автоматик юриш, эмаклаш), ўпка, юрак перкуссияси ва аускультациясини ўтказди.

Кўрсатмалар бериш

Она билан суҳбат давомида шифокор боланинг физиологик ажралмалари характерини суриштиради, чақалоқни овқатлантириш ва парвариш қилиш бўйича маслаҳат беради, 3 ҳафта мобайнида онада пайдо бўлган саволларга жавоб қайтаради.

Учинчи патронаж вақтида УАВ онага болаларда рахитнинг кечиши ва касалликнинг олдини олиш тадбирлари ҳақида гапириб бериши, ультрабинафша нурлари, витамин Днинг аҳамияти ҳақида тушунтириши ва дорихонадан унинг мойли эритмасини олиш учун рецепт ёзиб бериши лозим. Шунингдек,, камқонликни келиб чиқиши, она сутининг аҳамияти ва камқонликни олдини олиш ҳақида ахборот бериши керак. Суҳбат ниҳоясида УАВ онани боласи билан

биргаликда кабулга чиқишини (1 ойлик бўлганида), мутахассислар ва ўзининг иш вақти ҳамда соғлом бола куни билан таништиради. Олинган маълумотлар боланинг ривожланиш тарихига «чақалокнинг учинчи патронажи» сарлавҳаси билан қайд этилади.

Чақалоклик даврининг охирида УАШ биринчи йил учун бола саломатлиги прогнозини тузиши лозим. Бир хил хавф гуруҳларидаги болалар диспансер кузатувидан чиқарилади ва ҳаётининг 2 ойдан соғлом болалар сингари кузатилади. Агар бола саломатлигида ўзгаришлар кузатилса, у мутахассислар ёрдамида чуқур текширилади ва соғломлаштириш чора-тадбирлари белгиланади.

.. Болаларни рационал овқатлантириш тамойиллари

1. Кўкрак сути билан овқатлантириш

Табийй озиклантириш деганда, болани кўкрак сути билан овқатлантириш тушунилади. Бу унинг дастлабки 1-1,5 ёшида энг тўғри рационал усул ҳисобланади.

Болани туғруқхонада кўкракка илк бор тутиш она билан биринчи мулоқот орқали ўтказилади. Меъёрига етиб туғилган бола биринчи 102-150 дақиқа ичида кўкракни сўриши, яъни овқат кидириш учун тайёр ҳисобланади: она кўкрагига тирмашиш, қўл ва оёқларни қимирлатиб, оғизни катта очган ҳолда кўкрак кидиришдаги ҳаракатлари, кўкракни ухлаб қолгунча фаол сўриш. Кўкрак сути билан овқатлантиришни бола туғилганидан сўнг дастлабки биринчи соатда, яъни болани икки рефлекслари (кидириш ва сўриш) ва она кўкрак соҳасининг сезгирлиги юқори бўлган вақтда она ва бола мулоқоти жуда яқин – она қорни устида бўлиши керак (асоратсиз туғруқ). Қуйидаги 6-жадвалда она ва сигир сути ҳамда сутли аралашмалар таркиби келтирилган

6-жадвал

Етилган она сути (100 мл) ва сигир сути таркиби ва сутли аралашмалар бўйича тавсиялар

Таркиби	Етилган она сутининг ўртача миқдори	Болалар сутли аралашмалари	Сигир сути
Энергия (кДж)	280	250 – 315	276
Энергия (ккал)	67	60 – 75	66
Оксил (г)	1,3	1,2 – 1,95	3,2
Ёғ (г)	4,2	2,1 – 4,2	3,9
Углеводлар (г)	7	4,6 – 9,1	4,6
Натрий (мг)	15	13 – 39	55

Хлор (мг)	43	32,5 – 81	97
Кальций (мг)	35	59	120
Фосфор (мг)	15	16,3 – 58,5	92
Темир (µг)	76	325 – 975	60
Витамин А (µг)	60	39 – 117	35
Витамин С (µг)	3,8	5,2	1,8
Витамин D (µг)	0,01	0,65 – 1,63	0,08

Бола ва она саломатлиги учун кўкрак сутининг афзалликлари

Кўкрак ёшидаги бола:

- диспептик касалликларнинг учраши ва давомийлигини камайтиради;
- респиратор инфекциялардан сақлайди;
- қулоқ инфекцияси учраши ва уни қайталанишини камайтиради;
- чақалоқлар некротик энтероколити, бактеремия, менингит, ботулизм ва сийдик йўллари инфекциясидан сақлайди;
- аутоиммун касалликлар хавфини камайтиради;
- бирдан ўлим синдроми хавфини камайтиради;
- сигир сутига аллергия ривожланишини олдини олади;
- катта ёшда ривожланувчи семизлик хавфини камайтиради;
- она сути таркибидаги тўйинмаган ёғ кислоталари болалар кўриш қобилиятини ва психомотор ривожланишни таъминлайди;
- она сути таркибидаги кўп омиллар таъсирида боланинг ақлий ривожланиши IQ шкаласи бўйича ортади.

Она:

- бола туғилишидан кўкрак сути билан парвариш қилинса, она саломатлиги эрта тикланади, бачадон қисқаришини оширади, онадан қон кетиш хавфи йўқолади, натижада она ўлими камаяди, онада гемоглобин ҳажми қон йўқотиш камайиши натижасида сақланади;
- кўкрак беги раки ривожланиш хавфи камаяди;
- туғумдон раки юзага келиш эҳтимоли озаяди;
- суяклар минерализацияси яхшиланади ва бунинг ҳисобида суяк синиш хавфи камаяди.

Чақалоқларни биринчи кунларида оғиз сути (молозива) билан овқатлантиришнинг аҳамияти

Оғиз сути (молозиво) – қуюқ клейсимон сарик ёки қулранг сарик рангдаги суюқлик бўлиб, ҳомилдорликнинг охириги ва туғруқдан кейинги 3 кун давомида она кўкрагидан ажралиб чиқади. Қиздирилганда қуюқлашади. Молозивада етилган сутга нисбатан кўп оқсил, витамин А, каротин, аскорбин кислотаси, витамин В12, Е, тузлар бор. Альбумин ва глобулин фракциялари казеинга нисбатан юқори. Казеин лактациянинг 4 кунда

ажралади ва унинг миқдори сутда аста-секин ортиб боради. Молозивада лактациянинг биринчи кунларида IgA миқдори юқори бўлади. Ёғ ва сутли шакар молозивада стилган сутга нисбатан камроқ миқдорни ташкил этади. Молозива оксиди ўзгармаган ҳолда бола организмда осон сўрилади, чунки у зардоб оксиди билан ўхшаш таркибга эга. Молозива овқатланишнинг гемотроф, амниотроф ва лакотроф босқичларигача оралиқ овқатланиш тури бўлиб хизмат қилади. Молозиванинг энергетик хусусияти биринчи кун 1500 ккал/л, 2-кун – 1100 ккал/л, 3-кун – 800 ккал/л ташкил этади.

Етилган сут – бир неча кундан кейин ажралиб чиқади ва унинг миқдори ортиб боради, кўкрак тўлади ва бўртади, оғирлашади. Бу жараён «сут келиши» деб аталади.

Олдинги сут – деб эмизиш бошида ажраладиган сутга айтилади.

Орқа сут – бу эмизиш охирида ажралади ва ранги окрок, чунки унинг таркибида олдинги сутга нисбатан ёғлар кўп. Улар кўкрак сути билан болани парвартиш қилишда қувват манбаи ҳисобланади.

Олдинги сут оч мовий рангда ва кўп миқдорда ажралиб чиқади ҳамда бола организмни оксил, лактоза ва бошқа зарур моддалар билан таъминлайди. Боланинг биринчи 6 ойлигида ҳатто иссиқ иқлим шароитида ҳам қўшимча суюқлик (ҳатто сув ҳам) берилмайди. Агар бола чанқоғини сув билан қондирса, сутни камроқ қабул қилади.

Она сутининг афзалликлари

1. Молозивада ичак инфекцияси қўзғатувчилари - сальмонелла, эшерихий, шигелла, энтеровирус, респиратор инфекцияларга, вирусли ва бактериал касалликларни қўзғатувчисига қарши антителалар бор.

2. Молозивада иммуноглобулинларнинг ҳамма синфлари, хусусан IgA 90% ташкил этади. Лактация сабабли унинг миқдори бир оз камаяди, лекин бир кунлик эҳтиёжи юқорилигича қолади. Бу иммуноглобулин бола организмда химоя вазифасини бажаради, яъни вирус ва бактерияларни нейтраллаштиради, аллергиядан сақлайди.

3. Биринчи 4 ҳафта ичида она сутида лактоферин (50-100 мг/л) мавжуд бўлади, у боланинг ичагида ионлашган темирни ўзига боғлаб, бактериал флора кучини сустлаштиради, фагоцитозни фаоллаштиради. Унинг миқдори сут умумий оксил миқдорининг–15-20% ташкил этади. Сигир сутида онаникига нисбатан лактоферин миқдори 10-15 маротаба кам.

4. Молозивада С3 (кунда 30 мг) ва С4 (тахминан кунда 10 мг) комплементларнинг таркибий қисмлари мавжуд.

5. Она сути таркибида сигир сутига нисбатан лизоцим миқдори 100-300 маротаба кўп. Унинг таъсирида бактерия қобиғи шикастланади, сўлак амилазасининг ишлаб чиқарилишини таъминлайди ва ошқозон кислотасини оширади.

6. Она сути таркибида сигир сутига нисбатан бифидус-омил фаоллиги 100 маротаба юқори. Бу углевод ёрдамида сут ва уксус кислотасининг

бифида-флораси ҳосил бўлади, натижада стафилокок, сальмонелла, шигелла, эшерихиларнинг ўсиши камаяди. Табиий овқатланишда ичакда лактобактерий ва бошқа микроорганизмларнинг нисбати 1000:1 ни, сунъий овқатланишда эса – 10:1 ни ташкил этади.

7. Она сути таркибида ҳаёт учун керакли жуда кўп хужайралар, хусусан 1 мл. сутда – 0,5-1 млн., уларда макрофаглар – 50-80%, лимфоцитлар – 10-15% ташкил этади. Макрофаглар интерферон, лактоферрин, лизоцим комплементларни синтезлайди ва улар ўз хусусиятини ичак инфекцияларида ҳам сақлайди.

8. Ҳозиргача она сутига аллергия аниқланмаган, лекин сутли аралашмаларга нисбатан у эрта ёшдаги болаларда 10% ни ташкил этади.

9. Она сути, айникса, молозива таркибида сигир сутидан фарқли равишда, гипофиз ва қалқонсимон без гармонлари бор.

10. Она сути таркибида 30 га яқин ферментлар бўлиб, улар гидролизда иштирок этади ва она сутининг энгил ҳазм бўлишини таъминлайди.

11. Она сути таркибида ҳайвон сутига қараганда оксиллар икки баробар кам бўлиб, лекин углеводлар (лактоза) бирмунча кўп. Ёғ миқдори бир хил.

12. Зардоб лактоальбумин ва лактоглобулинларининг йиғиндисини казеинга нисбатан миқдори 3:2 ташкил этади, шунинг учун мослаштирилган сут маҳсулотлари зардоб оксигига бойитилган. Казеин ошқозонда катта бўлақлар билан, альбуминлар эса майда бўлақлар билан парчаланadi. Она сути таркибида протеолитик ферментлар ҳам бор.

13. Она сутининг асосий таркибий қисмларидан бири бўлиб триглицеридлар ҳисобланади. Болаларда ошқозон ости беzi липазаси кам фаоллиги сабабли ёғ гидролизи бир мунча қийинлашган. Она сути таркибида пальмитин кислоталари камлиги сабабли ёғ гидролизи энгил кечади.

14. Шакар миқдори (лактоза) она сутига сигир сутига нисбатан кўп бўлиб, асосан β-лактозадир, у ичакда секин ҳазм бўлади ва грамм манфий флорани йўғон ичакда ўсишини таъминлайди.

15. Кальций ва фосфорларнинг она сутигаги миқдори 2-2,5:1, сигир сутигаги миқдори – 1 : 1, бу эса уларни сўрилиши ва ҳазм бўлишига таъсир кўрсатади. Она сутигаги кальций ҳазм бўлиши 60%, сигир сутига эса – 20%. Она сути сигир сутига нисбатан темир, мис, цинк ва ёғ парчаловчи витаминларга бой.

Эмизикли бола учун бир кунда зарур бўладиган сут миқдорини аниқлаш усуллари

Агар бола она кўрагини эмиб бўлгандан сўнг бемалол қўйиб юборса, хотиржам бўлса ва кейинги эмизишгача яхши ухласа, демак унинг учун сут старли. Она сути болага етаётганининг объектив белгилари бу тана вазни ва бошқа антропометрик кўрсаткичларнинг ёшга мос ошиши, тери қопламанинг ва тургорининг меъёрида кўриниши, сийдик ва нажас

миқдорини нормал келишидир. Агар она сутининг кам ажралаётганига шубҳа туғилса, болада текширув эмизишини ўтказиш керак бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи 10 кунлигида керак бўладиган бир кеча-кундузлик сут миқдорини куйидаги формулалар ёрдамида аниқлаш мумкин.

Н.П.Шабалов формуласи:

Бир мароталик сут миқдори (мл) = 3 мл X бола ёши кунларда X тана вазни (кг)

Н.Ф.Филатов формуласи (Г.И.Зайцева):

Бир кеча-кундузлик сут миқдори (мл) = 2% тана вазни X бола ёши кунларда

Бола 10 кунлик бўлганидан сўнг зарур сут миқдори 2 хил усулда аниқланади.

«Хажмий» усул Гейбнера-Черни бўйича. Овқат ҳажми бола ёши ва тана вазнига боғлиқ бўлади. Бунинг учун тана вазни ўртача ёш нормативига тўғри келиши керак.

Бир кеча-кундузлик сут миқдори 1 литрдан ошмаслиги лозим. Бола ёши 10 кунликдан то 1,5 ойгача – тана вазнини 1/5 қисмига; 1,5-4 ойгача – 1/6; 4-6 ойгача – 1/7; 6-12 ойгача – 1/8 қисмига тўғри келади.

М.С. Маслов бўйича калория усули. Бола тана вазнини 1 кг энергия миқдори тўғри келишини куйидагича аниқланади:

1-чи кварталда – 120 ккал/кг/кун, 2-чи – 115 ккал/кг/кун, 3-чи – 110 ккал/кг/кун, 4-кварталда – 100 ккал/кг/кун.

Меъёрида 1 литр она сути 700 ккал га тенг. Бир мароталик сут миқдорини аниқлаш учун бир кеча-кундузлик сут миқдорини умумий овқатланиш сонига бўлинади. Бир ёшгача соғлом бола кунда 1000-1100 мл гача сут истеъмол қилиши керак.

Сунъий ва аралаш овқатлантириш

Сунъий овқатлантириш деб болани шиша идиш орқали сутли аралашмалар билан озиклантиришга айтилади. Бунда она бир маҳал болани кўкракка тутса ҳам ёки кунлик кўкрак сути миқдори 50-100 мл ни ташкил этса ҳам, овқатлантириш сунъий ҳисобланади.

Сунъий овқатлантириш бола организмга физиологик жиҳатдан салбий таъсир кўрсатиб, унда биологик ўзгаришларнинг келиб чиқиши, боланинг кейинги ҳаётига таъсир кўрсатувчи касалликлар турини ўзгартириши мумкин. Аралаш ва сунъий овқатлантириш асосан она томонидан болани кўкрак сути билан боқишга монеликлар бўлганда ёки боланинг сурункали оч қолиш хавфи туғилган ҳолларда ўтказилади. Фақатгина 4-10% оналарда туғруқдан сўнг лактация бузилиши мумкин.

Она томонидан кўкрак сути билан боқишга қарши кўрсатмалар:

- силни очик шакли бацилла ажратувчи;
- ОИТС;
- жуда хавфли инфекциялар (чечак, куйдирги), қоқшол;

• сурункали юрак, буйрак, жигар касалликларининг декомпенсация босқичи;

- ўткир рухий касалликлар;
- хавфли ўсма касалликлари.

Агар онада кизамиқ ва сувчечак каби юқумли касалликлар бўлса, болага иммуноглобулин юборилгандан сўнг уни кўкрак сути билан эмизишга берилади. Онада тиф, сурункали гепатит, дизентерия, сальмонеллез аниқланса сутни соғиб олиб, стерилизация қилингандан сўнг болага бериш мумкин. Аёл ўРВИ, ангина, бронхит, пневмония билан оғривса, бола кўкракка она тана ҳарорати меъёрлашиб, аҳволи бирмунча яхшилангандан сўнг тугилади. Эмизиш вақтида маска тутиш ва она билан бола мулоқотини эмизишдан сўнг чеклаш зарур.

Она баъзи бир дори воситаларини даво тариқасида қабул қилса, болага кўкрак сути ва соғилган сут бериш тақиқланади. Қуйидаги 7-жадвалда (Таточенко В.К., 2000) улар тўғрисида маълумот келтирилган.

7-жадвал

Кўкрак сути билан парвариш қилишда дори препаратлари қўллашга тавсиялар

Мутлақ тавсия этилмайди	Буюрманг ёки жуда эҳтиёткорлик билан қабул қилиш керак	Эҳтиёткорлик билан қабул қилиш керак
Амфетаминлар Бромкриптин Диэтилстилбэстрол Иммунодепрессантлар Тавегил Мепробамат Метамизол Олтин препаратлари Литий препаратлари Йўталга қарши воситалар Йод тузи Тетрациклин Тиоурацил Фениндион Хлорамфеникол Циклоспорин Циметидин Эрготамин	Антрахинолинлар Ич ҳайдовчи воситалар Бромидлар Витамин D Метаклопрамид Метронидазол Наркотиклар Орал контрацептив воситалар Психотроплар Резерпин Салицилатлар (аспирин) Фенобарбитал Эстрогенлар	Аминазин Анестетиклар Антибиотиклар Антигистаминлар (тавегилдан ташқари) Антикоагулянтлар Антитиреоидлар Витаминлар Галоперидол Гипотензив воситалар Индометацин Кодеин Сийдик ҳайдовчи воситалар Релаксантлар Парацетамол Преднизолон Шайтонлашга қарши воситалар Юрак гликозидлари Эуфиллин

Бола томонидан кўкрак сути билан боқишга қарши кўрсатмалар:

Моддалар алмашувининг наслий касалликлари – галактоземия, фенилкетонурия, лактоза етишмовчилиги ва бошқалар.

Ҳозирги вақтда болаларни аралаш ва сунъий овқатлантиришда мослаштирилган маҳсулотлар – тайёр курук ва суюқ сутли аралашмалардан фойдаланилади. Бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантиришда сутсиз аралашмалар (сояли) қўлланилади, уларнинг сифати сутли маҳсулотлардан унчалик фарқ қилмайди. Бундай аралашмалар аллергияга мойиллиги бор болаларга тавсия этилади.

Сунъий овқатлантириш тамойиллари. Аралаш овқатлантиришда битта аралашмадан, сунъий овқатлантиришда эса иккита аралашмадан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Нордон аралашмаларни ширинлари билан алмаштириб бериш мумкин, бунда улар кунлик овқатланишни 1/3 – 1/2 миқдорини ташкил этади.

Агар аралаш овқатлантиришга жуда эрта ўтилган бўлса (3 - 5 ойлигида), болани кўкракга тутиш сонини бирмунча кўпайтириш керак. Сўнгра лактацияни ошириш мақсадида қўшимча сутли аралашмани болага бир неча ҳафта камроқ миқдорда бериш ва ундан кейин олдинги кўкракка тутиш сонига қайтиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Агар лактация бир меъёрда бўлса (200-400 мл), аралаш овқатлантиришда болани аввал кўкракка тутиш, сўнгра сутли бўтқа бериш керак бўлади.

Аралаш ва сунъий овқатлантиришда икки поғонали овқатлантириш тизимидан фойдаланиш маъқул: сут миқдорини аниқлаш ва аралашмани танлаш. 8-жадвалда бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириш тамойиллари келтирилган.

8-жадвал

Бир ёшгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириш

Ёши	Америка ва Европа мактаблари	Оддий мактаб
<i>Бир кундаги тахминий эмизии миқдори (сонини)</i>		
Ҳаётининг 1-ҳафтаси	6 – 10	7 – 8
1 ҳафта – 1 ой	6 – 8	7 – 8
1 – 3 ойлар	5 – 6	7 – 6
3 – 7 ойлар	4 – 5	6 – 5
4 – 9 ойлар	3 – 4	6 – 5
8 – 12 ойлар	3	5
<i>Бир марталик сут миқдори, мл</i>		
Биринчи 2 ҳафта	60 – 90	70
3 ҳафта – 2 ой	120 – 150	100
2 – 3 ойлар	150 – 180	120

3 – 4 ойлар	180 – 210	160
5 – 12 ойлар	210 – 240	200

Аралашмалар боланинг туз ва витаминларга бўлган эҳтиёжини кондиреди. Сунъий аралашмаларнинг осмолярлиги баланд бўлгани учун кўп суолик талаб этади. Буни кондиритиш учун болани овқатлантиришдан сўнг ёки оралигида қайнаган сув бериш керак.

Олти ойгача бўлган болаларни сунъий овқатлантириш учун таркиби она сутига яқинлаштирилган сут аралашмалари «Нутрилак 0-12» («Нутритек», Россия), «Nutrilon» («Nutricia», Голландия), «Semper Bebı-1» (Швеция), «Pre-Hipp» ва «Hipp-1» (Австрия), «Humana -1» (Германия), «Enfamil -1» (США), «NAN» («Nestle, Швейцария), Nestogen® 1 ва 2 (Швейцария) ва бошқалардан фойдаланилади. Баъзи ҳолларда мослаштирилган аралашмалар «казеинли формула» деб аталади. Уларни тайёрлашда сигир сутидан фойдаланилади ва унинг асосини казеин ташкил этади. «Казеинли» формулаларга қуйидагилар киради «Similac» (США), «Nestogen» (Швейцария), «Малютка» ва «Малыш» (Россия).

Нестленинг Швейцариядаги илмий-текшириш маркази мутахассислари томонидан чақалок туғилганидан бошлаб қўллаш мумкин бўлган пробиотикли болалар сутли аралашмаларини ишлаб чиқарган ва қуйида уларга кискача тўхталиб ўтамыз.

NAN®1; 2 ва 3 аралашмалари – туғилган ва бир ёшгача булган даврда она сутини қабул қилмаётган болалар иммунитетини мустаҳкамлайди, уйғун ўсиши ва ривожланишини таъминлайди.

NAN аралашмаси таркиби жихатдан она сутига максимал яқинлаштирилган ва ўзида қуйидаги комплексларни тутади:

BL пробиотиклар – туғилгандан бошлаб болалар иммунитетини мустаҳкамлайди, уйғун ўсиши ва ривожланишини таъминлайди;

OPTIPRO оқсил компоненти – она сутти оқсилларига миқдори ва сифати жихатидан максимал яқинлаштирилган, боланинг муносиб ўсиши ва жисмоний ривожланишини таъминлайди;

Узуи занжирли яримтўйинмаган ёғ кислоталари – бола бош мияси ва кўрув органининг меъёрида ривожланиши, иммун тизимни муносиб фаолияти каби бир қатор муҳим вазибаларни таъминлайди;

Nestogen® 1 ва 2 аралашмалари – болани меъёрида ривожланиши ва овқатнинг енгил ҳазм бўлишини таъминлайди. Унинг таркибидаги қуйидаги моддалар бунга имконият яратади:

- зардоб оқсилларининг устунлиги (зардоб оқсиллари – казеин = 60:40) бифидобактерияларнинг фаол ўсишига ёрдам беради;

- аралашма таркибига пребиотиклар PREBIO® Nestle 90% ГОС ва 10% ФОС комплексини киритилиши соғлом ҳазм ва бир маромда ич келишини таъминлайди;

- Са Р оптимал нисбати – юмшоқ ич келишини ва кальций сўрилишини яхшилайди

NAN® Нордон сутли 1 ва 2 – бир ёшгача булган болалар учун мослаштирилган сутли аралашма. Улар куйидаги ҳолатларда тавсия қилинади:

- ҳазмнинг енгил функционал бузилишлари;
- она сути кам ёки йўқ бўлган ҳолатларда соғлом болалар туғилганидан бошлаб асосий сутли озуқа сифатида;
- инфекциялар хавфи юқори бўлган ҳолатларда, ўткир ичак инфекцияларида парҳез даво сифатида.

• **NAN® Нордон сутли 1 ва 2** – икки томонлама ҳимоя, уйғун ўсиш ва ривожланишни куйидагилар ҳисобига таъминлайди:

- ичак инфекцияларидан ҳимояланишни, оксил ва минералларнинг яхши сўрилишини таъминловчи патентланган биологик ферментация усули;
- ичак микрофлораси таркибини меъёрлашишига, иммунитетни мустаҳкамланишига, ичак инфекцияларидан ҳимояланишга ёрдам берувчи тирик бифидобактериялар BL;
- яхшилланган аминокислота таркиби, енгил ҳазм, оксилли зўриқиш хавфининг камайишини таъминловчи OPTI PRO оксил компоненти;
- уйғун ўсиш ва ривожланишни таъминловчи витаминлар ва минераллар комплекси.

NAN® Гипоаллерген 1 ва 2 - бола ҳаётининг биринчи йилида аллергияни олдини олиш муаммоларини ҳал қилишда замонавий ёндашув. Аралашма таркиби бола организмда аллергия профилактикасини таъминлайди.

OPTI PRO HA қисман гидролизланган оксил – аллергияк сенсбилизацияни камайтириб, озуқавий толерантликни шаклланишига ёрдам беради.

Узун зақжирли яримтўйинмаган ёғ кислоталари – монанд иммун жавобни шаклланишида ёрдам беради.

BL пробиотиклар – ичак микрофлорасига ижобий таъсир этади ва иммунитетни мустаҳкамлайди

Лактозасиз NAN® – лактозани ҳазм қила олмайдиган болалар учун замонавий аралашма. Уни кўллашга кўрсатмалар:

- бирламчи лактаза етишмовчилиги;
- иккиламчи лактаза етишмовчилиги;
- ўткир ичак инфекциялари;
- гастроэнтеритлар;
- иккиламчи лактаза етишмовчилиги билан кечувчи ичакнинг яллиғланиш касалликлари (целиакя).

Аралашмани ўзига хослиги куйидагилар:

- таркибида лактаза йўқлиги – лактаза етишмовчилиги белгиларини камайтиради;

- таркибига нуклеотидлар киритилганлиги – ичакнинг шиллик қаватини тезроқ тикланишига ёрдам беради;

- таркибига узун занжирли яримтўйинмаган ёғ кислоталари киритилганлиги – ичакда яллиғланиш фаоллигини камайтиради;
- паст осмолярлик – ичак шиллик қаватининг яллиғланганлигига қарамай аралашмани кўллаш хавфсиздир;
- рух миқдорининг монандлиги – ичак шиллик қаватини регенерациясини жадаллаштиради ва диарея давомийлигини камайтиради.

Мослаштирилган сутли аралашмаларни (сигир сути ёки бошқа ҳайвон сути) 9 ойдан олдин болаларга бериб бўлмайди. Аралаш овқатланиш асосан онада гипогалактия бўлганда тавсия этилади. Гипогалактияга шубҳа бўлса, болада текширув эмизиш ўтказилади ва кўшимча сут миқдори аниқланади. Аралаш ва сунъий овқатлантиришда ҳам кунлик сут миқдори табиий овқатлантириш сингари ҳисобланади.

Гипогалактия – лактация вақтида сут безларини ажратиш фаолиятини камайишига айтилади. Кўп ҳолларда онада гипогалактия эмизиш коидаси бузилганда, овқатлантиришда йўл қўйиладиган хатоликларда, онанинг сурункали касалликларида, рухий зўриқишда, ҳолсизликда, яхши ухламасликда, эмизишга онада ва унинг оила аъзоларида хоҳиш бўлмаганда келиб чиқади.

Гипогалактиянинг эрта (туғруқдан кейинги биринчи 10 кун) ва кечки турлари фарқланади. Шунингдек, боланинг кунлик эҳтиёжига кўра сут етишмовчилигидан келиб чикиб гипогалактиянинг 4 даражаси тафовут этилади:

- I – 25% гача;
- II – 50%;
- III – 75%;
- IV – 75% юқори.

Гипогалактияга шубҳа бўлганда, бола эмиб олган сут миқдорини аниқлаш учун текширув эмизишини камида уч маротаба ўтказиш керак.

Лактацияни сақлаб туриш усуллари:

- кун тартибига риоя қилиш – уйку кунда 10 соат, тоза ҳавода камида 2 соат сайр қилиш;
- кўп суюқлик ичиш (кунда 1,5-2 л);
- болани тез - тез кўкракка тутиш, тунги эмизишни чекламаслик;
- Р.И.Зейтц бўйича душ ва массаж қабул қилиш - болани эмизгандан 2 сутни соғиб бўлгандан сўнг кўкрак безига иссиқ сув қуйиш (45° С) билан бир маҳалда массаж (юкоридан пастга, сўрғичдан периферияга) ўтказилади ва шу вақтда сут соғилади. Давомийлиги 5-10 дақиқа, муолажа кунда икки маҳал ўнг ва чап кўкракда ўтказилади;
- эмизшдан 30 дақиқа олдин сутли чой ичилади;
- эмизикликли онага поливитаминлар буюрилади.

Кўшимча овқат

Кўшимча озиклантириш деб эмизикли болаларни овқат маҳсулотлар ва суюқликларни кўкрак сутига кўшимча қабул қилишларига айтилади. Кўшимча овқат маҳсулотлари болага 6 ойлигидан бошлаб берилади.

Нима сабабдан кўшимча овқат буюрилади ва унда нимага асосланиш керак:

▶ бола улғайиши билан унинг ҳаракатлари фаоллашади ва овқатга бўлган физиологик эҳтиёжларини тўла қондириш учун кўкрак сути етмайди. Уни (қувват, темир ва бошқа она сути билан кирувчи керакли элементларни) қондириш мақсадида ўсаётган болага кўшимча овқат буюриш зарур бўлади. Кўшимча овқат асаб-мушак мувозанати ривожланиши учун ҳам керак;

▶ кўшимча овқатни рационга тўғри ва ўз вақтида киритиш боланинг саломатлигини тиклайди, овқатланиш ҳолатини яхшилайтиди ва жисмоний ўсиб-улғайишини таъминлайди;

▶ кўшимча овқат буюрилишидан қатъи назар, она сути эмизикли бола рационда асосий озуқа ҳисобланади;

▶ 9 ойлик бўлгунча болаларга сигир сутини ичиш учун бериш мумкин эмас, лекин 6-9 чи ойларда кўшимча овқат тайёрлаш учун ундан фойдаланиш мумкин. 9-12 ойлигидан уларга сигир сутини ичириш тавсия этилади;

▶ кам қувватга эга бўлган кўшимча овқат маҳсулотларини буюриш мақсадга мувофиқ эмас. Шунинг учун уларни ўртача қувват зичлиги 4,2 кДж (1 ккал)/г дан кам бўлмаслиги керак. Болаларга 2 ёшгача ёғ микдори кам бўлган сут буюрилмайди;

▶ бола рациондаги кўшимча овқат консистенцияси, мазаси, ва кўриниши жиҳатдан ҳар хил бўлиши, бир вақтни ўзида кўкрак сути билан боқишни давом эттириш керак;

▶ кўшимча овқат маҳсулотлари тузсиз бўлиши ва уларни тайёрлашда овқатга туз қўшилмаслиги лозим.

▶ *Кўшимча овқатни қандай бериш ва қайси маҳсулотларни ишлатиш лозим:*

▶ Кўшимча овқат 2 турга бўлинади:

▶ оралик давридаги овқат – бу маҳсус кўшимча овқат бўлиб, эмизикли болани физиологик ва специфик овқатга бўлган эҳтиёжларини қондиришга қаратилган;

▶ оила дастурхонидан овқат ёки уй овқати – бу эрта ёшдаги болаларнинг кўшимча овқат учун ишлатиладиган маҳсулотлари бўлиб, бошқа оила аъзолари қабул қиладиган маҳсулотлар билан ўхшаш бўлади.

Болани кўкрак сути билан парвариш қилишдан ажратишга ўтиш даврида, уларни аста-секин уй овқатига ўргатиш керак. У бир ёшга тўлганида, оила дастурхонидан овқатланишга тайёр ҳисобланади. Ривожланишининг турли босқичларида келиб чикувчи кўпгина овқатланиш рефлекслари ҳар хил турдаги таомларнинг рационга киришини енгиллаштиради ёки

оғирлаштиради. Болалар овқатни оғзига олиб келишни, чайнашни ва бошқа овқат қабул қилиш шартларини бажариш жараёнини ўрганганларида уларни рағбатлантириш жуда муҳим. Бу шартлар болага ўз вақтида ўргатилмаса, кейинчалик ахлоқ ва овқатлантириш муаммолари туғилиши мумкин.

Болани сунъий овқатлантиришда биринчи кўшимча овқат (сабзавотли бўтқа) рационга 4,5-5 ойлигида, иккинчи кўшимча овқат 5,5 -6 (сутли бўтқа) ойдан бошлаб киритилади. Биринчи кўшимча овқат витаминларга, темирга, микроэлементларга бойитилган сутли бўтқа бўлиши ҳам мумкин. Тухум сариғи 6 ойдан, гўшт эса 7 ойдан бошлаб берилади. Овқатланиш тўғрисидаги айрим маълумотлар 9-жадвалда келтирилган.

9-жадвал

Кўкрак ва эрта ёшдаги болаларда асаб тизимининг ривожланиши ва унинг ҳар хил даврларида қабул қилиши мумкин бўлган маҳсулотлар

Ёши (ой)	Ҳосил бўлган рефлекс/ кўникмалар	Қабул қилиш мумкин бўлган маҳсулот тур- лари	Маҳсулотлар намунаси
0 – 6	Сўриш/кўкракни сўриш ва ютиш	Суюқликлар	Кўкрак сути
4 – 7	Биринчи чайнаш ҳаракатларини пайдо бўлиши. Сўриш ку- чининг ортиши. Қайт қилиш рефлексини тилни ўрта қисмидан охирига кўчиши	Бўтқасимон овқатлар	Сабзавотли ёки мевали; ёпишқоқсиз донли; эзилган сифатли жигар ва гўшт
7 – 12	Қошиқни лаб билан тоза- лаш. Тишлаш ва чайнаш. Тилни ёнламача ҳаракати ва овқатни тишга томон суриш	Қўл билан ис- теъмол қилса бўладиган эзилган ёки майдалан- ган овқатлар ва маҳсулотлар	Яхшилаб қиймаланган ҳамда қайнатилган жигар ва гўшт; эзилган қайнатилган сабзавотлар ва мевалар; майда- ланган мевалар ва сабзавотлар (пиширилма- ган); донли маҳсулотлар ва нон
12 - 24	Айланмача чайнаш ҳаракатлари.	Оила дастурхони- дан овқат	

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, овқат маҳсулотларини кўшимча овқат сифатида болалар рационига киритиш унинг жисмоний ривожланиш босқичларига ва рефлексларнинг шаклланишига боғлиқ. Уни 4 босқичга бўлиш мумкин.

1-босқич. Болани қошиқ ёрдамида овқатланишга ўргатиш. Кам миқдорда овқат беришдан бошлаш (тахминан, 1 ёки 2 қошиқ).

2-босқич. Қошиқ ёрдамида овқатланиш кўникмасини ўрганганидан сўнг болани овқат рационини кенгайтириш ва ҳаракат кўникмаларини ўргатиш. Қуюқ овқатлар бериш, уларни бемалол ёрдамсиз ўтира олишга, бир кўлидан иккинчисига олишга ўргатиш.

3-босқич. Чайнашни ўрганиш. Ҳаракат кўникмаларини ўрганганидан ва тишлари чиққанидан сўнг болалар нарсаларни кўлида ушлаш ва оғзига олиб бориш ҳамда овқатни чайнашни ўрганади.

4-босқич. Болани овқатлантириш ўзи мустақил катталар ёрдамида овқат қабул қилиш билан бирга кечади.

Кўшимча овқат беришнинг асосий қоидалари

Болага кўшимча овқат едиришнинг энг қулай муддати уни қорни очган ва она кўп вақт ажрата оладиган ҳолатлардир. Куннинг биринчи ярми мақбул вақт ҳисобланади.

Кўшимча овқат оз-оздан чой қошиғи билан беришдан бошланиб, секин-аста кўпайтириб борилади. Бунинг учун ўртача қуюқликдаги бир таркибли, масалаи, гуручли, сутли ёки картошкали бўтқалардан (пюре) бошлаш мумкин. Бола кўшимча овқатга осон ўрганиши учун унга соғилган кўкрак сутини қўшиш мақсадга мувофиқ. Кўкрак сути камайишининг олдини олиш мақсадида болага кўшимча овқатни кўкрак сути берилганидан сўнг буюриш керак. 5-6 кундан сўнг иккинчи кўшимча овқат, яна 5-6 кундан кейин 3-чи янги овқат тавсия этилади. Бу вақт ичида бола овқат рационига кўп таркибли овқатларни - гўшт+сабзавотлар, гўшт+сабзавотлар+донли маҳсулотлар киритилади. Кўшимча овқат қуюқ бўлиши, лекин бола уни қошиқ ёрдамида қабул қила олиши керак. Унда ҳар хил маҳсулот бўлиши лозим. Донли маҳсулотлар танланганда глютенсиз - гуруч, гречка, жўхори ва шунга ўхшаш маҳсулотларни танлаш керак.

Камқонликни олдини олиш учун, таркибида темир захираси кўп бўлган гўшт бир ёшгача бўлган болаларнинг овқат рационига энг керакли маҳсулот ҳисобланади. Гўшт бола 6 ойлик бўлганидан сўнг қиймаланган қайнатма, кейинчалик тўғралган ҳолда буюрилади. Болани овқатлантиришда мол, кўй, паррайданинг ёғсиз гўшtidан фойдаланилади. 3 ёшгача бўлган болалар овқатини тайёрлашда туз, шакар ва зираворлардан фойдаланиш шарт эмас.

Кўшимча овқатни нотўғри буюриш нималарга олиб келиши мумкин?

Болаларни нотўғри овқатлантириш ёки боқиш, жиёмоний ва аклий ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Қўшимча овқатни ўз вақтида бола рационига киритиш муҳим аҳамиятга эга. Уни жуда эрта ёки кеч бериш боланинг ўсиб улғайишига хавфли таъсир кўрсатиш эҳтимоли мавжуд. Улар 10-жадвалда келтирилган

10-жадвал

Қўшимча овқатни кеч ёки эрта бериш билан боғлиқ бўлган хавфлар

Жуда эрта бериш	Жуда кеч бериш
Қўшимча овқатни жуда эрта бериш кўкрак сути билан эмизишни сиқиб чиқариши, бунинг натижасида унинг ажралишини сусайиши ва бола организмга тушувчи энергия ва оқибатда зарур элементларни қабул қилиш камайиши кузатилади	Кўкрак сути боланинг эҳтиёжларини тўла қондира олмайди ва шу сабабли бўйнинг ўсиши ҳамда овқатланишнинг сурункали бузилишлари кузатилиши мумкин
Овқат маҳсулотлари ва суюқликлардаги зарарли микроблар таъсирида диспептик касалликлар кўпайиш хавфи ошади ва овқатланишнинг бузилиши кузатилади	Микроэлементларнинг, айниқса, темир, витамин А, цинк етишмовчи лигига олиб келади (бола ўсиб улғайиши туфайли кўкрак сути унинг эҳтиёжларини тўла қондира олмайди)
Боланинг ошқозон - ичак тизими аъзолари суи ривожланганлиги сабабли диспептик ўзгаришлар ҳамда овқат аллергияси хавфи ортади ва натижада овқатланишнинг сурункали бузилишлари келиб чиқади	Овқат таъмини сезиш, чайнаш ва бошқа рефлексларнинг кечикишига олиб келади
Онанинг ҳомиладор бўлиш хавфи ортади	

Турли ёшдаги болаларни овқатлантиришда ишлатиладиган маҳсулотлар

6-11 ой:

• сутли бўтқалар (гуручли, гречкали, сулили) + сариёғ + сут (аралашган 1:1);

- нон;
- картошкали ва сабзавотли бўтқа;
- гўшт, парранда, балиқ, жигар, тухум сариғи;
- катик, кефир, сузма;
- мевали бўтқа ёки шарбат.

12-23 ой:

- гуруч, макаронли маҳсулотлар ёки сутли бўтқа;
- картошкали ва сабзавотли бўтқа;
- гўшт, парранда, балиқ гўшти, жигар, тухум сариғи;
- қатик, кефир, сўзма, творог;
- нон;
- мевалар.

24 ой ва ундан катта ёшда:

- нон + сариёғ ёки гўшт;
- қатик + творог;
- нон, печенье;
- қайнатилган картошка ва сабзавотлар;
- мевалар;
- сизир сути, кефир ёки қатик.

Нима учун шиша ва сўргич зарар:

• Шишадан болани боқиш диарея хавфини оширади, тиш касалликлари ва қулок шамоллашини келтириб чиқариши ҳамда оғиз бўшлиғи ўзгариши мумкин;

- бола эмишга кам эътиборли бўлиб қолади;
- шиша ва сургични яхшилаб шётка билан ювиш ҳамда стерилизация қилиш мақсадида қайнатиш керак. Бу кўшимча вақт ва ёқилги учун ҳаражат талаб қилади (кишлоқ шароитида қийинчилик туғдиради);
- тайёр сутли аралашмаларга кўпинча ширин таъм берувчи қаттик моддалар кўшилади, бу тиш кариесига олиб келиши (сўргични асал ёки шакарга ботириш сингари) мумкин.

Косача орқали болаларни боқиш кўпинча кейинчалик кўкрак билан эмизилмайдиганларга буюрилади. У билан тўғри овқатлантириш таомни оғизга тушишини бошқариш имконини беради.

Косача ёрдамида овқатлантиришни ижобий томонлари:

- бола овқатланиш вақтида тилидан фойдаланади;
- косача билан овқатланишни бола ўзи бошқаради, овқатни вақт ва миқдор бўйича тақсимлайди;
- косача шишадан хавфсизроқ бўлиб, совун ва сув билан ювиш осон;
- косача ўзида бактерияларни шишага нисбатан кам ушлайди, шунинг учун уларнинг кўпайиш хавфи оз;
- косача билан овқатлантириш, шишага қараганда она ёки бошқа одамдан болага нисбатан кўпроқ эътибор қаратиш кераклигини, яъни уни ушлаб туриш, у билан кўпроқ мулоқот қилиш орқали руҳий таъсирни талаб этади;
- косача орқали боқишни бола 6 ойга тўлгунича бошлаш керак, чунки қошиқ билан овқатлантириш кўп вақт талаб этади ва она бола қорни тўйишидан олдин овқат беришни тугатиши мумкин.

6-9 ойлик болалар учун тахминий таомнома:

- бола талаби бўйича кўкрак сути;

- сутли бўтқа (гуручли, гречкали, овсянкали) аралашган сигир сутида (1:1) – 150-200 г + 4 г сариёғ;
- картошкали ва сабзавотли бўтқа – 150 г, яхшилаб эзилган гўшт (парранда гўшти ёки балик) – 10-30 г + ўсимлик мойи – 5 г, мевали бўтқа ёки шарбат – 50 г;
- творог (сузма) – 10 - 40 г + қатиқ – 100 - 150 г, печенье – 5 г, тухум сариғи – ½.

9-12 ойлик болалар учун тахминий таомнома:

- бола талаби бўйича кўкрак сутти;
- сутли бўтқа (гуручли, гречкали, овсянкали) аралашган сигир сутида (1:1) – 150-200 г + 4 г сариёғ;
- картошкали ва сабзавотли бўтқа ёки тўғралган бўлақлар – 150 г, қиймаланган гўшт (парранда гўшти ёки балик) – 30 - 60 г + ўсимлик мойи – 5 г, мевали бўтқа ёки шарбат – 50 г;
- творог (сузма) – 40 - 50 г + қатиқ – 150 г, нон – 5-10 г, тухум сариғи – ½ - 1 дона;

- сигир сутти – 100-150 г.

12-23 ойлик болалар учун тахминий таомнома:

- бола талаби бўйича кўкрак сутти;
- сутли бўтқа (гуручли, гречкали, маккажўхорили, овсянкали) сигир сутида – 250 г + 6 г сариёғ, нон – 10 г, тухум – 1 дона;
- қатиқ (кефир) – 200 г, булочка – 25 г;
- сабзавот ва гўштли шўрва (40-50 г) – 200 г, нон – 10 г, мевалар – 100 г;
- шовла (гўшт – 40-50 г) – 200 г, нон – 10 г, мевали шарбат – 100 г;
- мошли шўрва – 200 г, нон – 10 г, мевалар – 100 г, творог (сузма) – 60 г + қатиқ – 200 г, печенье – 15 г;
- сигир сутти – 200-250 г.

24 ойдан катта болалар учун тахминий таомнома:

- сутли бўтқа (гуручли, маккажўхорили, овсянкали) сигир сутида – 250 г + 10 г сариёғ, нон – 20 г, 1 дона тухум;
- творогли блинчик ёки сомса, мевалар – 100 г;
- гўштли қовурдоқ – 200 г, салат-қўкат ва сабзавотлардан – 50 г, нон бўёлаги – 40 г, компот мевали – 100 мл;
- қатиқ (кефир) – 200 г + булочка – 50 г;
- мастава – 200 мл, нон бўёлаги – 40 гр, қатиқ – 100 мл.

Соғлом болалар диспансеризацияси.

Соғлиқни баҳолаш ва соғлиқ гуруҳлари

Диспансеризация – бу тегишли профилактик чора-тадбирлар тизими бўлиб, тиббий ходимлар томонидан болалар соғлиғини доимий назорат қилиш орқали касалликларни эрта аниқлаш ва даволашга (шикастланган аъзо фаолиятини бутунлай тиклаш) қаратилган. Диспансеризациянинг

вазифалари: соғлом болани тарбиялаш, жисмоний ва рухий ривожланишни таъминлаш, касалликни эрта аниқлаш, даволаш ва болалар ўлимини камайтириш. Диспансеризация икки босқичда ўтказилади: комплекс тиббий кўрикларни амалга ошириш, аниқланган касаллик жараёни бўлган болаларни даволаш ва соғломлаштириш тадбирларини ташкил қилиш.

Болаларни диспансеризацияси ЎзР ССВ 164 буйруғидаги 43-банд бўйича «Болаларни диспансеризациядан ўтказиш ҳақидаги» қўлланмага асосан ўтказилади. Унинг асосий мақсади болалар соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш, касаллик ривожланишининг олдини олиш, келиб чиқиш сабабини ва чақалоқлар ўлимини камайтиришга қаратилган комплекс чоратадбирларни амалга оширишга қаратилган.

Диспансеризация ўз ичига қуйидагиларни олади:

- ҳар йили белгиланган лаборатор ва асбобий текширувларни ўз ичига олган болалар тиббий кўригини ўтказиш;
- ёрдамга муҳтож беморларни замонавий ташхислаш усулларини қўллаш орқали тиббий текшириш;
- касаллик ривожланиши ва келиб чиқиши бўйича хавф омиллари бор болаларни аниқлаш;
- касалликни эрта босқичларда ташхис;
- болалар соғлиғини индивидуал баҳолаш.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги белгиланган вақтга биноан ОП ёки ҚВП мудири болаларни профилактик кўрикларини ташкиллаштириш режасини тузади. Уни ўтказиш болаларни диспансеризация килишининг бир қисми, яъни биринчи босқичи ҳисобланади. Иккинчи, энг асосий босқич – касаллик аниқланган болаларда даволаш тадбирларини ташкил қилиш ҳисобланади. Диспансеризацияга муҳтож ҳар бир болага ҳисобга олувчи № 030/У шакл тўлдирилади.

Ҳар йили диспансеризациядан ўтказишнинг асосий самарали мезони, болалар саломатлик даражасини аниқлаш, хавф омилларини пасайтириш, касалланиш кўрсаткичини ва чақалоқлар ўлимини камайтириш ҳисобланади.

ЖССТ таърифлаши бўйича, соғлиқ – жисмоний, рухий ва ижтимоий хотиржамликдир. Болани соғлом гуруҳга киритиш мезонлари – ёшига мос тоза, пушти рангдаги, майин тери қоқлами, тери-ёғ қаватининг қалинлиги, тўқима тургори, мушак тонусининг меъёрида бўлиши, жисмоний, психомотор ривожланишининг, психоэмоционал тонус, иштаҳанинг яхшилиги, бутун аъзоларнинг нормал ишлаши, юқумли касалликларга организм қаршилигини кучлилиги ва бошқалар ҳисобланади. Педиатрлар орасида тарқалган «амалий соғлом» тушунчаси илмий асосланмаган. Болалар соғлиғини комплекс баҳолашда 4 та мезондан фойдаланиш тавсия этилади:

- ▶ сурункали касаллик бор ёки йўқ (туғма касаллик ҳам қиради);
- ▶ аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати;
- ▶ организмининг реактивлиги ва резистентлиги;

► жисмоний ва рухий ривожланишнинг гармоник боғлиқлиги.

Аъзолар ва тизимларнинг функционал ҳолати клиник усуллар, функционал текширувлар орқали аниқланади. Резистентлик ва реактивлик онтогенез хусусиятига қараб, ўткир касалликлар учраши (сурункали касалликларни қўзиши), уларнинг оғир ва узоқ кечиши орқали баҳоланади.

Чақалоқлар соғлиғини комплекс баҳолаш туғруқ хонадан чиққандан сўнг биринчи ташрифда ёки касалхонада амалга оширилади. Улар соғлиғини баҳолашда ота-онанинг саломатлиги, ҳомиладорлик ва туғруқ даврининг кечиши, туғма жароҳат ёки нуқсонлар ривожланиши ҳисобга олинади. Чақалоқ болалар саломатлигига кўра қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1А гуруҳга – соғлом ота онадан туғилган, онасининг ҳомиладорлик ва туғиш даври меъёрида кечган, Апгар шкаласи бўйича 8-10 балл билан баҳоланган, туғруқ хонада касал бўлмаган соғлом чақалоқлар.

1Б гуруҳга – туғруқ хонада физиологик мослашувнинг ўзига хос хусусияти бўлиб ўтган (транзитор иситма, жинсий ўзгариш) ёки функционал фаолиятига таъсир этмайдиган енгил ривожланиш нуқсони бор (кулок чаноғи нуқсони) соғлом чақалоқлар.

2А гуруҳга – тўғилиш вақтида Апгар шкаласи бўйича 7-10 балл билан баҳоланган лекин акушерлик анамнези ёмон кечган, вақтидан олдин ёки кўп ҳомилалари аёлдан туғилган чақалоқлар.

2Б гуруҳга – тўғилиш вақтида Апгар шкаласи бўйича 6-9 балл билан баҳоланган, акушерлик анамнези оғир кечган оналардан (нефропатия 2-3 даража, туғруқ асоратлари, онанинг сурункали касаллиги) тўғилган, етилмаган белгилари бор чала туғилган, туғруқ хонадан чиқишга қадар бир ёки бир неча марта касалланган чақалоқлар.

3А гуруҳга – Апгар шкаласи бўйича 4-7 балл билан баҳоланган, туғма жароҳат ва нуқсонлар билан туғилган чақалоқлар.

3Б гуруҳга – жуда оғир туғма ва орттирилган касаллиги мавжуд бўлган, кейинчалик бошқа гуруҳларга ўтиш эҳтимоли бор болалар.

Эрта ва мактабгача ёшда бўлган болаларнинг саломатлик ҳолатини комплекс баҳолаш ўтказилиб, унинг ёрдамида соғлом гуруҳлари ажратилади. Соғлиқ ҳолати комплекс баҳоланганда, қуйидагилар ҳисобга олинади:

- аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати;
- организмнинг реактивлиги ва резистентлиги;
- жисмоний ва рухий ривожланишнинг даражаси ва ўзаро мослиги;
- сурункали (туғма) касаллик борлиги.

Юқоридаги мезонларга асосланган ҳолда болалар соғлиғининг ҳолати бўйича 5 та гуруҳга бўлинади.

1 гуруҳ – касаллиги йўқ, текшириладиган тизимларнинг функционал фаолияти меъёрий кўрсаткичларда, тўғри жисмоний ва рухий ривожланишига эга, камдан-кам касалланувчи, анамнезида ўзгариш аниқланмаган болалар.

2 гурух – у ёки бу функционал нуқсонлари, баъзида жисмоний ва рухий ривожланишида бошланғич ўзгаришлар мавжуд бўлган, тез-тез касалланувчан, лекин сурункали касаллик белгилари йўқ бўлган соғлом болалар.

3 гурух – компенсация босқичидаги сурункали касаллиги бор бўлган болалар. Компенсация ҳолати камдан-кам учрайдиган сурункали касаллик кўзиши билан (бир йилда 1-2 марта), ундан сўнг узоқ давом этувчи тана ҳароратининг кўтарилиши йўқлиги, ўткир касалланишнинг кам учраши, организм фаолиятини меъёрий ҳолати билан белгиланади.

4 гурух – субкомпенсация босқичидаги сурункали касаллиги бор бўлган болалар (кайфияти сезиларсиз ўзгарган, болалар ташкилотларига бора оладиган). Субкомпенсация ҳолати тез-тез учрайдиган ва оғир кечувчи сурункали касалликнинг кўзишлари (бир йилда 3-4 марта), ундан сўнг тана ҳароратининг узоқ кўтарилиши, ўткир касалланишнинг тез-тез учраши, ҳархил тизимлар функционал ҳолатининг чуқур ўзгариши билан белгиланади.

5 гурух – декомпенсация босқичидаги сурункали касаллиги мавжуд, текширув вақтида касалхонада ёки уй шароитида ётоқ режимида бўлган болалар киради.

Демак, жисмоний ва психомотор ривожланиш ёшга мос, этник ва муҳитга хос фазилатга эга, кам касалланувчан (бир йилда 3 мартадан ортиқ эмас), касалликка сабаб бўлувчи анамнез (генетик ва антенатал) ва объектив ўзгаришларга эга бўлмаган бола соғлом ҳисобланади. Эрта ёшдаги болаларнинг рухий ривожланиши, бош ва ўрта миyanинг морфологик тузилмасининг етилиш белгиси ва организмнинг ташки муҳит билан таъсири орқали рўй беради. Ҳар қайси ёш босқичида ривожланишнинг ўз йўли, унинг аҳамиятли кўрсаткичлари ажратилади. Аҳамиятли кўрсаткичлар – билишни таърифловчи ва унинг бошқа белгиларига таъсир қилувчи, боланинг кейинги ривожланишини белгиловчи кўрсаткичлардир. Ноқулай омилларга ўта таъсирчан кўрсаткичлар ахборотли бўлиши мумкин.

Бир ёшгача бўлган болаларда куйидаги 8 та ривожланиш чизиғи кўрсатилган: кўриш ва эшитиш, ҳис-туйғу реакцияси, умумий ҳаракат қилиш, қўл ҳаракати ва нарсаларга таъсир, фаол нутқ ҳамда бошқа қатор кўникмаларни бажариш ва билиш жараёни, жами бўлиб 56 та кўрсаткич мавжуд. Болалар 6 ойга тўлгунча ривожланиш кўрсаткичларига куйидагилар киради: кўриш ва эшитиш, қўл ҳаракатини характерловчи реакциялар, 6-12 ойлар – нутқни тушуниш босқичи, умумий ҳаракатлар ва нарсаларга таъсир.

Профилактик эмлаш, уни ташкиллаштириш, бажариш ва мониторинг қилиш

Профилактик эмлаш – юқумли касалликларга қарши курашда аҳолини барчасига ёки индивидуал шахсга сунъий иммунитет ёки муҳофазани таъминлаш мақсадида ўтказилади ва куйидагиларга бўлинади:

специфик - маълум кўзгатувчига қаратилган;

носпецифик - организм иммун тизимини фаоллаштиришга қаратилган;

фаол - эмлашдан сўнг организмда ҳимоя антителаси ишлаб чиқарилишига қаратилган;

пассив - организмга тайёр антителаларни киритишга қаратилган.

Эмлаш – бу касаллик чақирувчисига қарши антителаларни ишлаб чиқариш учун одам организмга заифлаштирилган ёки ўлдирилган касаллик агентини киритиш. Амалиётда энг кўп тарқалган вируслар (қизамиқ, қизилча, эпидемик паротит, полимиелит, гепатит А ва В қарши) ва бактериялар (сил, кўкйўтал, бўғмага қарши) билан эмлаш орқали курашиш мумкин.

Қанчалик кўп одамларда маълум бир касалликка қарши иммунитет бўлса, бошқаларда (иммунитетсиз) касаллик келиб чиқиш ва эпидемия тарқалиш хавфи шунчалик кам бўлади.

Қайта эмлаш (ревакцинация) - олдинги эмлашдаги организмда ҳосил бўлган иммунитетни таъминлаш (таъсирини кучайтириш) мақсадида ўтказилади. Афсуски, эмлашдан кейин инсон организмда айрим асоратлар кузатилиши мумкин.

Эмлашдан кейин юзага келадиган асоратларга қуйидаги омиллар таъсир кўрсатади:

Вакцинага боғлиқ бўлган омиллар:

-препаратнинг тозалиги;

-вакцинани сақланиши;

-вакцина дозаси;

-юбориш интервали.

Организм хусусиятларига боғлиқ бўлган омиллар:

-эмланаётган организмнинг индивидуал иммун реактивлик ҳолати;

-ёш;

-иммунодефицит ҳолат;

-организмнинг умумий ҳолати;

-наслий мойиллик.

Ташқи муҳитга боғлиқ бўлган омиллар:

-овқатланиш;

-уй ва меҳнат шароити;

-иқлим;

-ташқи физик - химик омиллар.

Вакцина турлари

Тирик вакциналар - заифлашган микроорганизмларни сақловчи. Ушбу гуруҳга кенг тарқалган касалликлар полимиелит, сил, қизамиқ, қизилча, эпидемик паротитга қарши тирик вакциналар киради. Улар одам организмда кўпайиб, касалликка қарши ҳимоя омилларини ишлаб чиқаради.

16. Корпускуляр (ўлдирилган) вакциналар - (масалан кўк йўталга, кутуришга қарши) тирикларга қараганда камроқ иммуногенли, билинар - билинмас қиздириш, ёхуд формалин, спирт, ацетон ва бошқа кимёвий моддаларни қўллаб ўлдирилган бактериялар ва вирус штаммларидан иборат. Бундай вакциналар ҳозирги вақтда жуда кам қўлланилади.

17. Кимёвий вакциналар - кўзгатувчининг бўлақларини ёки хужайра девори компонентини сақлайди.

18. Анатоксинлар – сусайтирилган зарарсиз кўзгатувчининг токсинларидан иборат вакциналар. Махсус ишловдан сўнг токсик хусусияти йўқолади, лекин иммуногенлиги сақланиб қолади. Мисол қилиб бўғма ва қоқшолга қарши вакцина анатоксинларини олиш мумкин.

19. Рекомбинант вакциналар - ген-инженерлик технологияси ёрдамида ишлаб чиқарилади. Улар сунъий равишда эмланган ҳайвонлар ва одам қонидан олинади. Масалан, буларга гепатит В ва ротавирусга қарши вакциналар киради.

20. Синтетик вакциналар - сунъий равишда ишлаб чиқилган вакциналар.

21. Ассоцирланган вакциналар - бир неча компонентни ўзида сақловчи вакциналар (масалан АКДС).

11-жадвал

Эмлаш календари

Ёши	Эмлашлар
1 кунлик	ВГВ-1
2-5 кунлик	БЦЖ-1, ОПВ – 0
2 ойликда	АКДС-1, ОПВ-1; ВГВ-2 +ХИБ-1
3 ойликда	АКДС-2, ОПВ-2, ВГВ-3 + ХИБ-2
4 ойликда	АКДС-3, ОПВ-3 ВГВ - 4 + ХИБ-3
6 ойликда	ВГВ-3
12 ойликда	КПК-1
16 ойликда	АКДС-4, ОПВ-4
6 ёш	КПК-2
7 ёш	АДС-М-5, ОПВ-5, БЦЖ-2
14-15 ёш	БЦЖ-3,
16 ёш	АДС-М-6

Илова: барча шифокорлар орасида сингиб кетган сўзлар бўлганлиги сабабли вакциналарнинг номлари русча қисқартиришда берилган ва қуйида уларнинг ўзбекча номлари ҳам кўрсатиб ўтилади

Вакциналар характеристикаси ва эмлашдан сўнгги асоратлар

БЦЖ вакцинаси (BCG = Bacillus Calmette Guerin vaccine) сил касаллиги профилактикаси учун ўтказилади. У заифлашган тирик силга қарши вакцина ҳисобланади (тип bovis). БЦЖ вакцинаси чақалоқларга (2-4 кунда) туғруқ хонада тери остига чап елка ташқи юзаси учдан бирининг юқори ва ўрта чегарасига юборилади. Вакцина юборилгандан сўнг бўртиш пайдо бўлади, йиринглаши мумкин, яра битгандан сўнг чандикча қолади (бу жараён 2-3 ой, баъзан ундан ортиқ давом этади). Иммунитет ҳосил бўлганини текшириш мақсадида ҳар йили болага Манту реакцияси қўйилади.

Эмлашда кузатиладиган реакциялар ва ундан сўнгги асоратлар

Эмлашда кузатиладиган реакциялар аксарият ҳолларда маҳаллий характерга эга ва уни бажариш талаб даражасида ўтказилмаганда содир бўлади. Одатда вакцина юборилган жойда қизариш, шиш, инфильтрат юзага келади, регионал лимфа тугунларининг яллиғланиши кузатилиши мумкин. Келлоид чандикча, остеит (суяк яллиғланиши) ва тарқалган БЦЖ инфекцияси жуда кам ҳолларда иммунодефицит мавжуд болаларда кузатилади.

Эмлашга ва қайта эмлашга монеликлар

Чақалоқларга БЦЖ вакцинаси қўллашга қарши кўрсатма бўлиб, ўткир касалликлар (хомила ичи инфекцияси, гемолитик касаллик ва бошқалар) ва 2-3 даражали чала туғилганлик (<2000 г) ҳисобланади.

Агар болада қуйидагилар аниқланса қайта эмлаш (ревакцинация) ўтказилмайди:

- туғма иммунитет танқислиги, ОИТС инфекцияси, онкологик касалликлар;
- иммунодепрессантлар ёки катта дозаларда кортикостероидлар қабул қилиш;
- сил касаллиги;
- вакциналарнинг аввалги дозаларига оғир ноҳўя реакциялар.

АҚДС - вакцинаси бўғма, қоқшол ва кўкйўталдан ҳимоя қилади.

АДС (бўғма ва кўкйўталга қарши тозаланган анатоксин) – 7 ёшдан катта болаларга АҚДС вакцинани қўллашга қарши кўрсатма бўлганда ишлатилади.

АДС-М - бўғма ва қоқшолга қарши вакцина бўлиб, бўғмага қарши анатоксин дозаси камайтирилган. 6 ёшдан ошган болалар ва катталарни қайта эмлашда фойдаланилади.

Эмлашда кузатиладиган реакциялар ва ундан сўнгги асоратлар

Эмлаш кўпинча куйидаги енгил реакцияларни чақиради: тана ҳароратини кўтарилиши (37,5 С юқори), вакцина юборилган жойда оғрик, кизариш ва шиш. Тана ҳароратини тушириш учун ацетаминофен (парацетамол) тавсия этилади. Агар тана ҳарорати вакцина юборилгандан сўнг 24 соат ичида кўтарилса ёки бир кундан ортиқ давом этса, эмлашга боғлиқ бўлмаган иситма ҳисобланади. Бундай ҳолларда бола врач томонидан бошқа касалликларни (менингит, отит) ўтказиб юбормаслик учун назоратга олинади.

АҚДС вакцинасидан сўнг оғир эмлаш реакциялари камдан-кам ҳолларда юз беради. Бундай реакциялар эмланган болаларнинг 0,3% да кузатилади. Буларга тана ҳароратини 40,5° С гача кўтарилиши, коллапс ҳолати, фебрил шайтонлаш ва бошқалар кирди.

Эмлашни эҳтиёткорлик билан ўтказиши лозим бўлган ҳолатлар ва қарши кўрсатмалар:

- агар болада оғир ёки ўртача оғирлик даражадаги юкумли касаллик кузатилса эмлаш вақтинча ўтказилмайди;
- АҚДС вакцинасининг аввалги дозасига нисбатан оғир анафилактик реакция ёки энцефалит кузатилган бўлса, вакцинанинг кейинги дозасини эмлаш мутлақ монелик ҳисобланади;
- агарда эпидемиологик жиҳатдан болаларда кўкйутал, қоқшол ва бўғма билан касалланиш хавфи юқори бўлса, кузатиладиган асоратга нисбатан эмлашдан фойда кўпроқ ҳисобланади ва бундай ҳолатларда бола эмланади.

Бундай ҳолатларга қуйидагилар кирди:

- эмлашдан 48 соат ўтгандан сўнг тана ҳароратини 40,5° С дан юқори бўлиши (бошқа сабаби аниқланмаган ҳолларда);
- эмлашдан 48 соат ўтгандан сўнг коллапс ёки шунга ўхшаш ҳолатлар кузатилса;
- эмлашдан сўнгги 2 кун ичида давом этувчи тўхтовсиз, узок чинқирик;
- шайтонлаш (тана ҳароратига боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаган), эмлашдан кейин 3 кун давомида кузатилувчи.

Неврологик бузилишлар аниқланган бемор болаларни эмлаш бирмунча муаммо туғдиради. Уларда (бошқа болаларга нисбатан) асосий касалликнинг клиник белгиларини эмлашдан сўнг кузатилиш хавфи юқори ҳисобланади. Кўпинча бундай ҳолатларда эмлаш боланинг аҳволи яхшилангунча вақтинча тўхтатилади.

Масалан, ривожланиб боровчи энцефалопатия, бошқариб бўлмайдиган эпилепсия, шайтонлаш ёки бошқа неврологик ҳолатлар АҚДС дозасидан сўнг кузатилиши бунга мисол бўла олади. Ўзгармас неврологик ҳолатлар, ривожланишдан ортда қолиш АҚДС вакцинасини эмлашга қарши кўрсатма бўла олмайди. Бундай болаларга эмлашдан аввал ва кейин, ҳарорат

кўтарилишини олдини олиш мақсадида цетаминофен ёки ибупрофен (кунда бир маҳал) бериш мумкин.

Полиомиелитга қарши вакцина

90% болаларда эмлашдан сўнг ҳимоя иммунитети ҳосил бўлади. Вакцинанинг 2 хил тури фарқланади:

1. Сусайтирилган Солка вакцинаси. Ўзида ўлдирилган полиомиелит вирусини сақлайди ва инъекция орқали юборилади.

2. Тирик Сэбина вакцинаси. Ўзида хавфсиз сусайтирилган тирик полиомиелит вирусини сақлайди. Оғиз орқали (орал) юборилади ва энг кўп қўлланиладиган полиомиелит вакцинаси ҳисобланади.

Эмлашда кузатиладиган реакциялар ва ундан сўнгги асоратлар. Полиомиелитга қарши эмлашдан сўнг реакциялар, одатда, кузатилмайди. Жуда кам ҳолларда (бир неча миллионда битта) оёқ-қўлларнинг суст парези (шолнинг енгил шакли) учраши мумкин. Бундай оғир асоратни олдини олиш мақсадида ҳозирги вақтда АҚШда сусайтирилган Солка вакцинаси (биринчи 2 дозаси) инъекция ҳолида юборилади, кейинги эмлашлар тирик орал вакцинани юбориш орқали давом эттирилади.

Илмий манбалардаги маълумотларга кўра, полиомиелит вакцинаси инъекция ҳолида юборилганда, асоратлар кузатилиши қайд этилмаган. Уни юборган жойда енгил реакция, бирмунча оғрик ёки қизариш кузатилиши мумкин.

Эмлашни эҳтиёткорлик билан ўтказиш лозим бўлган ҳолатлар ва унга қарши кўрсатмалар

Болада иммун танқислик ҳолати бўлса (туғма ёки орттирилган), тирик вакцина билан полиомиелитга қарши эмлаш ўтказилмайди. Агар полиомиелитга қарши эмлаш олган бола уйда иммун танқислик ҳолати бўлган бемор бўлса, уларнинг мулоқоти 4-6 ҳафтага чекланади (вакцина вирусини организмдан чиқиб кетиш вақти).

Қизамиққа қарши вакцина. Вакцина тирик сусайтирилган қизамиқ вирусидан тайёрланади. Ҳозирги вақтда уч таркибдаги вакцинани (қизамиқ, кизилча ва эпид паротит) биргаликда қўллаш кенг тарқалган. Вакцина курак ёки елка қисм тери остига юборилади.

Эмлашда кузатиладиган реакциялар ва ундан сўнгги асоратлар. Кўпинча эмлашдан сўнг, 2-чи ҳафтанинг охирида тана ҳароратининг кўтарилиши ($37-38^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори) кузатилади. Аллергияга мойиллиги бўлган болаларда эса эмлашдан сўнг тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Оғир асоратлар жуда кам ҳолларда учрайди. Ҳароратга боғлиқ бўлган шайтонлаш шулар жумласидан.

Эмлашни эҳтиёткорлик билан ўтказувчи ҳолатлар ва қарши кўрсатмалар:

Эмлаш куйидаги ҳолатларда тақиқланади:

- иммун танқислик ҳолатида;
- ўсма касалликларида;

- аминокликозидларга аллергия (канамицин, мономицин) кузатилганда;
- ҳомиладорлик вақтида.

Агар бола иммуноглобулин препаратлари ёки плазма олган бўлса, эмлаш 2-3 ойдан сўнг ўтказилади.

Эпидемик паротитга қарши вакцина. Вакцина тирик сусайтирилган паротит вирусларидан тайёрланади. Эмлаш курак остига ёки елка қисми тери остига юборилади.

Эмлашда кузатиладиган реакциялар ва ундан сўнгги асоратлар. Аксарият болаларда эмлашдан сўнг реакция бўлмайди. Камдан-кам ҳолларда тана ҳароратининг кўтарилиши (эмлашдан сўнг 4-12 кунлари), бир икки кун ҳолсизлик, кулок ён безининг катталашиви (2-3 кун) кузатилади. Оғир асоратлар жуда кам ҳолларда учраши мумкин. Ҳароратга боғлиқ бўлган шайтонлаш баъзан аллергияга мойиллиги бор болаларда кузатилади.

Эмлашни эҳтиёткорлик билан ўтказиш лозим бўлган ҳолатлар ва қарши кўрсатмалар:

Эмлаш куйидаги ҳолатларда тақиқланади:

- иммун танқислик ҳолатида;
- ўсма касалликларида;
- аминокликозидларга аллергия (канамицин, мономицин) кузатилганда;
- ҳомиладорлик вақтида.

Гепатит В қарши вакцина. Гепатит В қарши вакцина ген-инженерлик технологияси ёрдамида ишлаб чиқарилади. У соннинг олд латерал қисмига ёки елка соҳасига мушак ичига юборилади.

Профилактик эмлаш чакалоқларга туғилгандан кейинги дастлабки соатларда ва хавф гуруҳидаги катталарга ўтказилади (тиббиёт ходимлари, гемодиализдаги ёки кўп миқдорда қон препаратлари олувчи беморлар, гепатит В касаллигини ташувчилар, озодликдан маҳрум этилиб зонада яшовчилар, наркоманлар, гомосексуалистлар, жинсий шериги НВ5 антигенини ташувчи соғлом одам ва бошқалар).

Эмлашда кузатиладиган реакциялар ва ундан сўнгги асоратлар. Эмлашдан сўнгги реакциялар тарқалишига кўра умумий ва маҳаллий турларга бўлинади. Умумий реакция тана ҳароратининг кўтарилиши, энгил ҳолсизлик кўринишида кечади. Вакцина тери остига юборилганда, инъекция жойида оғрик, қизариш ва шиш кузатилиши мумкин (маҳаллий реакция). Умумий ва маҳаллий реакциялар одатда энгил кечиб 2-3 кун давом этади.

Эмлашдан сўнг оғир умумий интоксикация белгилари, тарқалган шишлар, инъекция жойида яллиғланишнинг кузатилиши вакцина юборилгандан сўнгги асоратларга киради. Ушбу асоратларнинг характери ва вақтини инобатга олиш керак:

- тана ҳароратини юқори даражада кўтарилиши, шайтонлаш белгилари 48 соатдан сўнг (АКДС, АДС ва АДС-Мдан кейин) ёки 4-5 кундан кейин (қизамиқ ва эпид паротит вакцинациялари) кузатилиши мумкин;
- менингит белгилари эпид паротит вакцинациясининг 3-4 кунли;

- аллергик реакцияларнинг кузатилиши;
- нафас йўллари катарининг қизамиқ вакцинациясидан сўнг қайд этилиши шулул жумласидандир.

Эмлашларни режалаштириш ва жавобгарлик

Эмлашларда асосланмаган монеликларга йўл қўйилса, тиббиёт ходимлари жавобгар ҳисобланадилар. Эмлаш тиббий ходим кўригидан сўнг амалга оширилади. Уни ўтказилиш вақтида санитария қоидаларини сақламаслик ёки ўз вақтида эмлашларни ўтказмаслик ва режалаштирмаслик учун ҳам қонуний жавобгарлик кўзда тутилган. Агар эмлаш қоидалари тўлиқ бажарилишига қарамасдан вакцинациядан сўнг асорат содир бўлса, тиббиёт ходимлари бунинг учун жавоб бермайдилар.

Эмлашга кўрсатма

Ёши, эмлаш календарига мувофиқ:

- эпидемиологик шароит;
- бола тиббиёт муассасасига мурожаат қилганда, унинг эмлаш ҳолати ўрганиб чиқилади ва монелик йўқ бўлса, бола эмланади.

Эмлашларга монеликлар. Кўп ҳолларда касалликка тез-тез чалинувчи болалар эмлашдан четда қолади. ЖССТ маълумотига кўра юқумли касалликларни оғир ўтказишлари сабабли улар биринчи навбатда эмланишлари керак. Охириги вақтларда эмлашга мутлақ монелик қилувчи касалликлар тури бирмунча камайган.

Эмлашга мутлақ монелик ҳолатлари: аввалги вакцина дозасига кучли реакция, хавфли ўсма, ОИТС.

Эмлашга вақтинча монелик ҳолатлари: ўткир иситмалашни чақирувчи касалликлар ёки сурункалиларининг кўзиш даври. Қуйидаги 12-жадвалда вакцина туридан келиб чиқиб, уни ўтказишга монеликлар ва 13-жадвалда ёлғон қарши кўрсатмалар келтирилган.

12- жадвал

Вакцина туридан келиб чиқиб уни ўтказишга монеликлар

Вакцина	Қарши кўрсатма
Барча вакциналар	Кучли реакция ёки аввалги дозага асорат
Барча тирик вакциналар	Иммун танқислик (бирламчи) ва иммунсупрессия ҳолатлари, хавфли ўсмалар, хомиладорлик
БЦЖ (силга қарши вакцина)	Тана вазни 2000 гдан кам, аввалги дозадан сўнг келлоид чандик
ОПВ (полиомиелитга қарши вакцина)	Мутлақ қарши кўрсатма йўқ

АҚДС (кўкйўтал, бўғма, қокшолга қарши вакцина)	Асаб тизимининг кучайиб борувчи касалликлари, анамнезида тутқанок (АҚДС ўрнига АДС юборилади)
АДС, АДСМ	Мутлак қарши кўрсатма йўқ
ЖКВ (тирик қизамикқа қарши вакцина)	Аминогликозидларга реакция
ЖПВ (тирик эпидпаротитга қарши вакцина)	Тухум оқига анафилактик реакция

Эслатма: Режалаштирилган эмлашлар касалликни ўтқир, сурункалиларининг қўзиш даврида бирмунча кейинроқ ўтказилади. Оғир бўлмаган ЎРК, ўтқир ичак касалликларида меъёрида бўлган тана ҳароратида эмлашлар ўз вақтида ўтказилади. 40 градусдан юқори иситма, эмлаш жойида шиш, қизариш ва анафилактик ҳолатлар кучли реакция ҳисобланади.

13-жадвал

Профилактик эмлашларга ёлғон қарши кўрсатмалар

Ҳолатлар	Анамнезида бор
Перинатал энцефалопатия	Чала туғилиш, туғилгандаги кам вазник
Турғун неврологик ҳолатлар (болалар церебрал параличи, Даун касаллиги ва бошқалар)	Сепсис
Қалқонсимон безнинг катталашиши	Гиалин мембранаси касалликлари
Аллергия, астма, экзема	Чақалоқларнинг гемолитик касаллиги
Туғма нуксонлар	Оилада аввалги боласида вакцинага асорат
Дисбактериоз	Оила аъзоларида аллергия касалликлар
Даво вақтида	Эпилепсия
Стероидлар қабул қилиш	Оилада эмлашдан сўнг ўлим ҳолатлари
Туғма нуксонлар	Овқатланишнинг бузилиши

Эмлашларни режалаштириш

Режалаштириш асоси сифатида яшаб турган ва хизмат кўрсатилаётган аҳоли ҳамда ўтган йилдан бери эмланмаганлар сони олинади. Аҳоли сонини аниқлаш учун йилда 2 марта (баҳор ва кузда) улар рўйхатга олинади.

Режалаштиришдан аввал қуйидагиларни бажариш керак бўлади:

- 1). аҳолини олдиндан рўйхатга олиш;
- 2). аҳоли рўйхатлари маълумотларини таққослаб чиқиш:

- 063 шакл ва 112 шакл билан болалар ва ўсмирларга хизмат кўрсатувчи барча даволаш профилактика муассасалари бўйича;

- журналлар билан – барча даволаш профилактика муассасалари бўйича 064 шакл;

- ёш жадвали билан.

3). юкумли касалликларга қарши (қизамиқ, бўғма, кўкйўтал, коқшол, полиомиелит) эмланганликни таҳлил қилиш.

Эмланиши керак бўлган хизмат кўрсатилаётган аҳоли сони аниқ бўлгандан сўнг режаларни тузишга киришилади. Профилактик эмлашлар режаларини 063, 112, 26 шакллар бўйича ўтказиш УАВ ва картотека юритувчи тиббиёт ҳамшираси зиммасида. Силга қарши эмлашлар режасини тузиш даволаш профилактика муассасалари, шу жумладан, туғруқхоналар, болалар ва умумий поликлиникалар, силга қарши диспансерлар бош шифокорлари вазифасига киради.

Эмлашни ўтказувчи ҳар бир тиббий ходим билиши шарт:

▶ СанПиН бўйича эмлашни ташкиллаштириш ва бажариш;

▶ вакцина билан ишлаш қондаларини билиш (ташиш, сақлаш, ишлатиш, сифатини текшириш), хавфсиз эмлашни ўтказиш, инъекция қилиш, очик флаконлар қондасига амал қилиш;

▶ эмлашни рўйхатга олиш ишларини билиш;

▶ асоратларни ҳисобга олиш;

▶ ҳар ой бажарилган эмлаш ишлари ҳақида ҳисобот тузиш (ш-063-у ва ш-112/у);

▶ бирламчи тез ёрдам кўрсатиш техникасини билиш ва қўллаш;

▶ аҳоли ўртасида эмлаш ўтказиш ҳақида тушунтириш ишлари ўтказиш;

▶ болани эмлашдан олдинги ҳолатини баҳолай олиш;

▶ эмлаш ўтказмаслик сабаби аниқланганди, ш-112 ва қайт қилиш

журналига белгилаш;

▶ эмлашда асорат кузатилган ҳолларда 055/у шаклни тўлдириб тегишли жойга хабар бериш.

Вакциналарни сақлаш ва ташиш

Вакциналарни сақлаш ва ташиш техникасига риоя қилмаслик уларнинг самарадорлиги ва сифатига таъсир кўрсатиши мумкин. Бир қатор вакциналарни сақлашда ҳарорат бузилиши нафақат улар самарадорлигини сусайишига, балки реактогенлигининг ошиб кетишига ҳам олиб келади. Вакциналарни юқори ҳароратда сақлаш препаратларда яшовчан микроб хужайралари миқдори камайишига, демак, кучининг йўқолишига ва десорбцияга олиб келади. Натижада вакцинанинг таъсир кучи йўқолади.

Тиббиётнинг бирламчи тизимида вакциналар бир ойдан кўп сақланиши мумкин эмас. Уларни сақлаш учун алоҳида музлатгич бўлиши керак. Ундаги ҳарорат тез кўтарилиши сабабли зарурат бўлмаганда, бир дақиқа

хам очмаслик ва вакциналарни музлатгич эшигида сақламаслик лозим. Куйидаги 14-жадвалда вакциналарни сақлаш тартиби келтирилган.

14-жадвал

Вакциналарни сақлаш тартиби

Вакцина тури	Вакцина номи	Сақлаш шарти
Тирик вакциналар	ОПВ Қизамиққа қарши Эпидпаротитга қарши БЦЖ	Ҳамма вакциналарни музлатиш мумкин, аммо қайта эритилгандан сўнг музлатиб бўлмайди
Инактивирланган (фаоллиги йўқотилган)	Ўлдирилган (кўк йўталга қарши)	Музлатиб бўлмайди, сақлаш ҳарорати +4С дан +8Сгача
	Анатоксинлар (АДС, АДС-М, АДМ)	Музлатиб бўлмайди, сақлаш ҳарорати +4С дан +8Сгача
	Рекомбинант (гепатитга қарши)	Музлатиб бўлмайди, сақлаш ҳарорати +4С дан +8Сгача

Касалликдан сўнг болалар реабилитацияси

Касаллик кўринишини 3 хил даражада кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ - аъзолар, организм ва ижтимоий.

Касаллик аъзолар даражасида морфологик ўзгаришлар кўринишида намоён бўлиб, улар фаолияти ёки тизимларининг бузилишига олиб келади. Организм даражасида касаллик ҳаёт фаолиятининг чекланиши билан характерланади. Ижтимоий даражада касаллик ижтимоий етишмовчиликка, натижада инсон ҳаёт фаолияти чекланиши оқибатида ҳаётдаги оддий ролни бажара олмасликка сабаб бўлади. ЖССТ экспертлари аниқлашича ҳаёт фаолияти мезонлари куйидагилар:

1. Ориентация олиш.
2. Мулоқот қилиш.
3. Ўз-ўзига хизмат қилиш.
4. Ҳаракат қилиш.
5. Меҳнат фаолиятини бошқариш.
6. Ўз феъл-атворини назорат қилиш;
7. Таълим олиш.

Бола ҳаёт фаолиятининг бутунлай ёки қисман чекланиши мулоқот, ҳаракат, ўз-ўзига хизмат, феъл-атворини назорат қилиш ҳамда меҳнат фаолиятини бошқаришни қисман ёки тамоман йўқотиш билан ифодаланади. Ушбу функцияларни бузилиши 3 даражага бўлинади: кучли (I даража), сезиларли (II даража), аниқ (III даража).

Функциялар ҳолати синфлар бўйича характерланади:

0 – функциялар бузилиш йўқ;

1 – функцияларнинг енгил бузилиши (25% гача), бутунлай компенсацияланувчи;

2 – функцияларнинг ўртача бузилиши (25% дан 50%), қисман компенсацияланувчи;

3 – функцияларнинг сезиларли бузилиши (51% дан 75%), заиф компенсацияланувчи;

4 – функцияларнинг (75% дан юқори) бутунлай бузилиши, компенсацияланмайдиган.

Ногиронлик

Болаларда ногиронлик – турғун ижтимоий мослаша олмаслик (дезадаптация) ҳолати бўлиб, аъзолар функцияси ёки улар тизимининг бузилиши натижасида ҳаёт фаолиятининг чекланиши билан кечувчи ҳолатдир.

ҚВПларда фаолият кўрсатаётган УАВ болалардаги ногиронликни ўз вақтида аниқлашлари ва реабилитация чораларини белгилашлари учун ногиронлик тўғрисидаги маълумотларни батафсилроқ ёритишни ўринли деб ҳисобладик. Чунки унда йўл қўйилган хато ва камчиликлар болани бир умр ногирон бўлишига ёки ўлимга олиб келиши мумкин.

ЖССТ экспертлари томонидан ногиронликни белгиловчи яшаш мезонлари ишлаб чиқилган ва улар қуйидагича:

- 1). ташқи муҳитга мослашиш;
- 2). жисмоний мустақиллик;
- 3). эркинлик;
- 4). мулоқот;
- 5). машғулот;
- 6). иқтисодий мустақиллик.

Яшаш мезонларининг 4 та чекланиш даражаси бор: бир оз чекланиш, ўртача, сезиларли, кучли чекланиш. Ногиронликнинг маълум мезонларининг бир оз чекланиш даражасида ёрдамчи имкониятлар қўлланилганда ёки ҳар доим дори-воситалар қабул қилинганда, бутунлай тузалиш имконияти туғилади. Ўртача даражада чекланиш кузатилганда, ёрдамчи имкониятлар ёки даво натижалари қисман тузалиш имкониятини беради. Сезиларли даражада чекланиш кузатилганда, бошқа инсонлар ёрдами, кучли чекланиш даражасида, махсус корхоналарнинг доимий ёрдами зарур бўлади.

Демак, ногирон шахс деб жисмоний ёки ақлий камчилиги натижасида ҳаёт фаолиятида чекланиш кузатилаётган ва ижтимоий ёрдам ҳамда ҳимояга муҳтож бўлган инсонга айтилади. Болалиқдан касаллик аниқланса, ногиронлик 16, ўқувчилар учун 18 ёшгача белгиланади.

Мехнатга лаёқатсизликни аниқловчи врачларнинг эксперт комиссияси ногиронлик ҳақида хулоса, яъни унинг сабаби ҳамда муддатини кўрсатувчи махсус ҳужжат беради ва ногирон бола учун аниқ турдаги индивидуал тиббий, профессионал, ижтимоий реабилитация режасини белгилайди. Ногиронликни белгилаш учун касаллик ёки жароҳатнинг ўзи эмас, балки натижаси сабаб бўлади. Чунки унинг оқибатида организмнинг рухий, физиологик ёки анатомик тузилишининг ўзгариши ёки функциясининг бузилиши, ҳаёт фаолиятининг чекланиши ва ижтимоий етишмаслик келиб чиқади.

Сурункали соматик касалликлар натижасида ҳаёт фаолиятининг чекланишига олиб келувчи турли ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Бундай ҳолатларда ногиронлик шифохона шароитида текширувдан сўнг, даволаш ва реабилитация тадбирлари ўтказилишига қарамасдан, ижтимоий мостлашмаслик (дезадаптация) турғун характерга айланганда белгиланади. Болаларга ногиронлик гуруҳи ва сабаби маълум вақтгача кўрсатилмасдан белгиланади: масалан 6 ойдан 2 йилгача, 2 йил, 5 йил, 16 ёшга тўлгунча.

Ногиронликни белгиловчи вақт касаллик, жароҳат ёки нуқсон натижасида келиб чикувчи функционал бузилишларнинг орқага қайтишига ҳамда социал мостлашувга, бошқача сўз билан айтганда, клиник башоратга ва бола организмнинг имкониятларига боғлиқ.

Нафас олиш аъзолари касалликларида болалар ногиронлигини белгилаш

Ногиронлик 6 ойдан 2 ёшгача белгиланади.

1. Нафас олиш аъзоларининг туғма ва орттирилган касалликларида ногиронлик 2 йилга белгиланади.

Клиник характеристикаси: аниқ ифодаланувчи 2-даражали нафас етишмовчилиги, оғир ва тез-тез кузатилувчи бронхиал астма хуружлари (бир йилда 4 ва ундан ортик хуружлар).

2. Ногиронлик 5 йилга белгиланади.

3. гармонга боғлиқ Бронхиал астма, ўпка-юрак етишмовчилигининг 3-даражаси, 2-даражали нафас ва юрак етишмовчилиги, жарроҳлик амалиётига муҳтож бўлмаган патологик ҳолатлар, нафас олиш аъзолари ривожланишининг туғма нуқсонларида ногиронлик 16 ёшга етгунча белгиланади.

Болаларда қон айланиш аъзолари касалликларида ногиронликни белгилаш

Ногиронлик 6 ойдан 2 ёшгача белгиланади.

1. Геморрагик васкулит аниқланганда, ногиронлик 2 йилга белгиланади. Клиник характеристикаси - 2 ва ундан ортик белгилар билан бирга

2 ойдан ортиқ кечувчи ва ҳар йили қайталанувчи. Бунда қуйидаги касалликлар ҳам ҳисобга олинади - юрак-қон томир, туғма ва орттирилган юрак ва йирик томир нуқсонлари, юрак ва қон томирларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги ҳолатлар, юрак ритмининг бузилиши, ҳамда кардиостимуляторлар имплантацияси.

2. Юрак етишмовчилиги аниқланганда ногиронлик 5 йилга белгиланади.

Клиник характеристикаси: димланувчи юрак етишмовчилигининг II-III ва юқори даражаси ёки сурункали ривожланувчи гипоксемия.

3. Оғир кечувчи гипертензия, жарроҳлик амалиётига муҳтож бўлмаган қон айланиши бузилишининг 2 даражаси ҳамда туғма ва орттирилган юрак нуқсонларида ногиронлик 16 ёшга тўлгунча белгиланади.

Болаларда овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларида ногиронликни белгилаш

Қуйидаги ногиронлик вақтлари белгиланади:

1) 6 ойдан 2 йилгача – ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг асоратли кечиши.

2) 2 йилдан 5 йилгача – ошқозон-ичак тизими, жигар, ўт йўллари касалликлари, сурункали гепатит, қайталанувчи ярали жараён.

Клиник характеристикаси - жигар ва ҳазм қилиш аъзолари фаолиятининг турғун бузилиши.

3) 5 йилга – ошқозон-ичак тизими касалликлари, қизилўнғач нуқсонлари (ошқозон ёки ингичка ичакнинг 2/3 қисми резекцияси, сурункали ичак тутилиши, сунъий қизилўнғач, целиакия ва бошқалар).

Клиник характеристикаси - ҳазм қилиш фаолиятини турғун бузилиши, нажасни ушламаслик, жарроҳлик коррекциясига ёки давосига муҳтож бўлмаган окма.

4) 16 ёшга тўлгунча ногиронлик белгиланади – жигар циррози, сурункали гепатит, жигарнинг туғма ва орттирилган ва орқага қайтмас бузилишлари билан кечувчи касалликлар.

Сийдик аъзолари тизимининг касалликларида болалар ногиронлигини белгилаш

1. Буйрак фаолиятининг сезиларли турғун бузилишида, буйрак тўқимасида юқори даражали фаол патологик жараён кузатилганда - буйрак касалликлари билан болаларда ногиронлик 6 ойдан 2 йилгача белгиланади.

2. Махсус касалхоналарда текширилганда ёки буйрак биопсиясида беморларда гломерулонефритнинг давога резистент, склеротик кечувчи шакли аниқланса, касаллик бўйича ногиронлик 2 йилдан 5 йилгача белгиланади.

Клиник характеристикаси - нефротик синдром, гипертония, терапияга резистент нефротик жараённинг юқори фаоллик даражаси.

3. Сийдик ажратиш йўллари ривожланишининг нуқсонлари ва шикастланиш касалликларида - аъзоларнинг қисман ёки бутунлай аплазияси кузатилганда, касаллик бўйича ногиронлик 5 йилга белгиланади.

4. Болаларда буйрак тизимининг наслий касалликлари, ривожланиш нуқсонлари аниқланганда, сурункали буйрак етишмовчилиги ёки оғир кечувчи гипертония кузатилганда, қандсиз диабет касалликларида беморлар 16 ёшга тўлгунларича ногиронлик белгиланади.

Тизимли касалликларда болалар ногиронлигини белгилаш

Тизимли касалликларнинг фаоллик даражаси юкори бўлганда ва жараён 3 ойдан ортиқ кечиб, ҳар йили авж олиши кузатилганда, ногиронлик 6 ойдан 2 йилгача белгиланади.

Қон касалликларида болалар ногиронлигини белгилаш

1. Геморрагик васкулит касаллиги 2 ойдан ортиқ кечганда ва ҳар йили қўзиганда ёки беморда гематологик ўзгаришлар аниқланганда болалар ногиронлиги 6 ойдан 2 йилгача белгиланади.

2. Туғма ва орттирилган қон касалликларида ногиронлик 2 йилдан 5 йилгача белгиланади. Клиник ўзгаришлар - бир йилда бир марта ўзгариш - гемоглобин 100 г/л камайса.

3. Ўткир лейкозда, лимфогранулематоз касаллигида ногиронлик 5 йилга белгиланади. Белгилаш муддати - ташхис қўйилган вақтдан 16 ёшгача.

4. Гематосаркомада, гистиоцитоз, гемоглобиноз касалликларида, туғма ва орттирилган гипо- ва апластик ҳолатларда (гемоглобин 100 г/л дан кам, тромбоцитлар 100000 l mm^3 дан кам, лейкоцитлар — $4000 \text{ в } 1 \text{ мм}^2$); гемофилия А, В, С, қон ивишининг V, VII омиллари етишмаганда, Виллебранд касаллигида, Гланцман тромбастениясида, туғма ва орттирилган тромбоцитопатия ҳолатларида, сурункали тромбоцитопеник пурпурада спленэктомиядан катъи назар, тромбоцитлар сони 1 мм^3 қонда 50000 дан кам бўлса, сурункали лейкоз, миелолейкоз касалликларида ногиронлик белгиланади.

Реабилитация жараёни

Реабилитация — бола организмдаги касаллик туфайли юзага келган патологик ўзгаришни имкон даражасида йўқотиш ва кейинчалик нормал ривожланишини таъминлашга қаратилган жараён.

Реабилитация даволашдан бирмунча фарқ қилиб, беморнинг ёшига мос равишда ҳаёт фаолиятини тиклашга қаратилган бўлади. Реабилитациянинг мақсади:

- функцияларни тиклаш;
- ижтимоий ҳаётни тиклаш;
- касбга, болаларда эса ўқишга бўлган хоҳишни тиклаш.

Реабилитация тиббий, ижтимоий ва касбий бўлади.

Тиббий реабилитация маълум бир касалликда саломатликни тўлик тиклашгача бўладиган босқичли даволашга қаратилган. Унинг вазифаларига организм тикланишини таъминлаш ва функционал имкониятларни нормал ҳолатга қайтариш киради. Бунинг учун психотерапия ёрдамида болани касалликка бўлган монанд ҳолатини таъминлаш, ногирон бола саломатлигини тиклаш учун ўз ҳаракатлари ёрдамида вақтдан унумли фойдаланиш ва бунинг учун беморни ўзи кўпроқ ҳаракат қилиши кераклиги тушунтирилади.

Ижтимоий реабилитация - мактабгача бўлган муассасаларда ва мактабларда тиббий ходимлар ёки беморнинг оила аъзолари ёрдамида ногирон бола учун ёшига мос, саломатлигига муносиб кун тартиби яратиб беришга қаратилган. Бу турдаги реабилитация болани касаллик вақтида ўзига, жамият ва оила аъзоларининг унга бўлган ижобий муносабатини таъминлайди. Ижтимоий реабилитация ногирон болани ёрдамчи техник воситалар билан таъминлаш, зарур бўлса, махсус муассасаларда ўқитиш ва тарбиялаш вазифаларини ҳам ўз ичига олади.

Меҳнат реабилитацияси - ногирон болани таълим олиш жараёнига тайёргарлигини, мактаб ёки мактабгача бўлган корхона ўқув дастурини ўзлаштиришни, таълим олиш учун керакли бўлган ўқув ва касбий таълим воситалари билан таъминлашни ўз ичига олади.

Реабилитация дастури индивидуал бўлиб, боланинг шахсий хусусиятларини ҳисобга олишга, патологик, морфологик ва функционал жараён ўзгаришларига қаратилган. У боланинг ривожланиш тарихига тўлик киритилади (ш 112/у).

Реабилитация гуруҳига қуйидагилар киради:

- педиатр;
- даволаш жисмоний тарбияси бўйича мутахассис;
- физиотерапевт;
- логопед;
- педагог

Реабилитация босқичлари

Эрта реабилитация даво натижаларини яхшилашга, организм ва аъзоларнинг функционал фаолиятини тиклашга қаратилган. Касалликнинг ўткир даврида шифохона ёки поликлиника шароитида ўтказилади ҳамда унинг клиник босқичи ҳисобланади ва организмни кейинги босқичга тайёрлайди.

Кечки реабилитация ёки санатория босқичи, организмдаги патологик ўзгаришни бутунлай йўқотишга, боланинг индивидуал қобилиятига қараб

жисмоний ва психологик фаолиятини тиклашга қаратилган. Бу босқич санатория ёки поликлиника шароитида ўтказилади ва касалликни бутунлай йўқотишда ҳал қилувчи рол ўйнайди.

Иккиламчи профилактика ёки тикловчи (ОП ёки ҚВП шароитида ўтказилувчи) даво - бу комплекс даволаш, соғломлаштириш ва педагогик тадбир бўлиб, касаллик ёки жароҳат натижасида организмда келиб чиққан морфологик ва функционал ўзгаришларни ва боланинг саломатлигини бутунлай тиклашга ҳамда уни аввалги ҳаёт шароитига қайтаришга қаратилган. Бу босқичда бузилган функцияларнинг турғун компенсациясига, тўлиқ жисмоний, психологик ва ижтимоий мостлашувга эришиш керак. Унинг мақсади организмни тўлиқ тикланишини таъминлаш, сурункали жараён ва ногиронликнинг олдини олиш ёки бола организмдаги функционал ўзгаришларни тиклашни таъминлаш, беморни қисқа муддат ичида аввалги ҳаёт шароитига қайтариш ва руҳий ҳолатини тиклашга қаратилган. Реабилитациянинг амбулатория босқичида курорт даво қўлланилади.

Санатория - курорт реабилитацияси касалликнинг қайталанишини олдини олади. Кучли таъсир этувчи курорт реабилитацияси турига бальнеотерапия, лой билан даволаш, ёруғлик терапияси, чиниқтириш, шунингдек, даволаш жисмоний тарбияси, физиотерапия, педагогик даволар қиради.

Учламчи профилактика бу ногиронликка олиб келувчи шароит ва омилларни камайтиришга қаратилган тадбирлардан иборат. Бу босқич реабилитациясининг мақсади ногиронга жисмоний, интеллектуал, психологик ва ижтимоий фаолиятини тиклашга ёрдам бериш, уни қўллаб-қувватлаш, ҳаётини ўзгартириш учун шарт-шароит яратиш ва мустақил фикрлашни кенгайтиришга қаратилган. Бу ногирон учун нафақат атроф-муҳитга мослашув, балки атрофга, умуман жамоага таъсир этишдир.

Болаларда шошилинич ҳолатлар ва касалхонагача ёрдам кўрсатиш тамойиллари

Шошилинич ҳолатларда ёрдам кўрсатувчи УАВ олдида қуйидаги вазифалар туради:

- шошилинич ҳолатни ташхислаш;
- бола ҳолатини яхшилашга қаратилган шошилинич ёрдам кўрсатиш;
- болани шифохонага ётқизиш тўғрисида қарор қабул қилиш.

Болаларда шошилинич ҳолатларни ташхислаш оқибати ёмон бўлган белгиларни аниқлаш, уларни бошқалари билан солиштириш, оғирлик даражасини баҳолаш, тезкор даво чораларни кўришга қаратилган. Вакт кам бўлганлиги туфайли шошилинич ҳолатларда касаллик тарихини тўплаш айрим қийинчиликлар туғдиради. Биринчи навбатда, болада шошилинич ҳолат ривожланишига олиб келган сабаб ва касаллик оқибатига таъсир

этувчи омилларни аниқлаш керак. Анамнез тўплашда аввало куйидаги саволларга жавоб топиш керак: касаллик қандай шароитда бошланган, бола аҳволи ёмонлашишининг сабаби, бошлангандан буён қанча вақт ўтди? Касаллик бошлангандан буён қанча кўп вақт ўтган бўлса, шунчалик оқибати оғир бўлади ва даво чоралари ўта интенсив бўлиши керак.

Ҳаёт анамнезини йиғишда бемор бола аҳволини оғирлаштирувчи куйидаги омилларга алоҳида эътибор бериш лозим: онада ҳомиладорлик ва туғруқ даврининг оғир ўтганлиги, энцефалопатия, юрак ва буйрақларнинг ёндош касалликлари, дориларга аллергия, эмлашга реакция ва бошқалар. Албатта, оиланинг ижтимоий ҳолатини ҳисобга олиш зарур. Шошилиш ҳолатларда болани объектив текшириш ҳаёт учун хавфли белгиларни кидиришга қаратилган бўлади. Биринчи навбатда, нафас олиш ҳамда юрак фаолияти декомпенсацияси белгилари ва МНТдаги бузилиш даражасига эътибор бериш керак. Нафас олишнинг монанд эмаслиги тўғрисида, брадиканоэ ёки патологик нафас турлари мавжудлиги далолат беради. Марказий гемодинамика ҳолати ҳақида томир уриши ва артериал қон босимни аниқлаб маълумот олиш мумкин.

АБ қўлда 50-60 мм сим. уст., уйку артериясида эса 30 мм сим. уст. паст бўлганда, билакда пульс йўқолади. Гипоксия белгилари қанчалик яққол ифодаланган бўлса, шунчалик тез тахикардия брадикардия, аритмия билан алмашади. Бемор аҳволини баҳолашда шок индексини (пульсни систолик артериал босимга бўлиш) ҳисоблаш ҳам ёрдам бериши мумкин. 5 ёшгача бўлган болаларда индекс 1,5 дан, 5 ёшдан ошганда эса 1,0 дан катта бўлса, шок тўғрисида фикр юритилади. Периферик қон айланишининг бузилган тўғрисида оқибати ёмон бўлган белгилар – «мармарсимон» тери, цианоз ва «гипостаз»лар маълумот беради.

Катта ёшдаги болаларда ҳушни йўқотиш даражасини аниқлаш кийинчилик туғдирмайди. Кўкрак ёшидаги болаларда ҳушни аниқлашга куйидагилар ёрдам беради – товушга, кўрувга оид кўзғатувчига ва ижобий ҳамда салбий таъсирларга эмоциоанал жавоблар. Ҳушни йўқотганда, кўз қорачиқларининг ўлчамига ва ёруғликка бўлган реакциясига эътибор бериш. Кенгайган, кичрайишга мойил, ёруғликқа реакцияси йўқ кўз қорачиқлари МНТда чуқур ўзгаришлар мавжудлигини белгиси ҳисобланади. Агар ҳуши сақланган бўлса, бола кўзгалувчан ёки тормозланганлигига эътибор берилади. Талваса пайтида унинг нафас олишнинг бузилиши билан бирга келиши, мушаклар тонуси ҳолати (гипертония ёки гипотония) ва талваса синдроми характерига қаралади (клоник ёки тоник компонентлар устунлиги). Мушаклар тонусининг йўқлиги ва тоник компонентнинг устунлиги мия стволи бузилишлари учун характерли.

Хатоликларни олдини олиш учун ҳар гал биринчи ёрдам кўрсатаётганда эътиборни куйидагиларга қаратиш лозим:

- бемор ҳолатининг оғирлик даражаси;
- ҳаёт учун хавфли асоратлар вужудга келиши мумкинлиги;

- асосий ва йўлдош касалликлар ва уларнинг асоратлари;
- шошилиш ҳолат ривожланишига олиб келган асосий сабаб ва ривожланиш механизми;
- бемор боланинг ёши;
- олдин олган давоси ва дориларга реакцияси.

Вақт кам бўлганлиги сабабли ташхис ва даволашдаги хатоликларни олдини олиш мақсадида ёрдам бериш алгоритмлари ва даво схемаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Гипертермик синдромда тез ёрдам

Иситмалаш - патоген таъсир этувчиларга қарши организмнинг ҳимоя мослашиш реакцияси бўлиб, терморегуляция жараёнларининг қайта тузилиши ҳисобига тана ҳарорати ошади, бу эса организмнинг ҳақиқий реактивлигини таъминлайди.

Бола тана ҳароратининг кўтарилиши даражасига қараб унинг қуйидаги турлари фаркланади:

- субфебрил $37,2^{\circ} - 38,0^{\circ} \text{C}$;
- фебрил $38,1^{\circ} - 39,0^{\circ} \text{C}$;
- гипертермик $39,1^{\circ} \text{C}$ ва ундан юқори.

Иситмалашнинг болаларда учрайдиган асосий сабаблари:

1. Токсик – инфекцион ҳолат;
2. Оғир метаболик ўзгаришлар;
3. Тананинг меъёридан ортиқ исиб кетиши;
4. Аллергик реакциялар;
5. Посттрансфузион ҳолатлар;
6. Миорелаксантларни қўллаш;
7. гармонал ўзгаришлар.

Гипертермик синдром – иситмалашнинг патологик кўриниши бўлиб, бунда тана ҳароратининг тез монанд бўлмаган кўтарилиши, микроциркуляциянинг бузилиши, метаболик ўзгаришлар ҳамда муҳим аъзо ва тизимларнинг ошиб борузчи дисфункцияси тушунилди.

Клиник ташхиси. Ташхислаш мақсадида «кизил» ва «оқ» гипертермия фаркланади. «Кизил» гипертермия «оқ» гипертермияга қараганда енгилроқ кечади: иссиқликнинг ҳосил бўлиши унинг ажралиши билан бир хил, тери гиперимияси меъёрида, иссиқ ва нам, қўл - оёқлар илиқ. Пульс ва нафас олиш сони тана ҳарорати кўтарилиши билан бирга ошади (ҳар бир даражага 4 та нафас олиш ва 20 та юрак уриши сони қўшилади). Ҳароратнинг гипертермик даражасига кўтарилишига қарамасдан боланинг ҳолати ўзгармайди.

«Оқ» гипертермияга қуйидаги белгилар хос. Тери рангпар («мармарсимон»), лаб ва тирноқларда цианоз кузатилади, «оқ доғ» симптоми мусбат, қўл - оёқлар совуқ, тахикардия, ҳансираш, тутканок. Бола

ҳолсиз, баъзан таъсирланувчан. «Оқ» гипертермияда ҳароратни туширувчи воситалар кам таъсир кўрсатади. ЖССТ тавсияси бўйича ҳарорат $38,5^{\circ}\text{C}$ дан кўтарилса, тана ҳароратини туширувчи муолажа ўтказилиши лозим. Иситмалашда гипертермиянинг қайси даражаси бўлишидан қатъи назар, бола ҳолати оғирлашса (миалгия, токсикоз, тери рангпар), унга қарши даво чоралари қўлланиши шарт.

Ҳароратни туширувчи воситалар асорати бўйича хавф гуруҳига кирувчи болаларга, «қизил» иситмалашда ҳарорат 38°C дан юқори бўлганда, «оқ» да эса ҳатто субфебрилитетда буюрилади.

«Иситмалашнинг асорати бўйича хавф гуруҳига» куйидаги болалар киради:

- биринчи 3 ойликкача бўлган гўдақлар;
- анамнезида фебрил тутқаноқ бўлганлар;
- МНТда жароҳати бўлганлар;
- ўпка – юрагида сурункали хасталик белгилари бор бўлганлар;
- наслий метаболик ўзгаришлари бор бўлганлар.

Тез ёрдам

I. Қизил гипертермияда:

▶ бола кийимини ечиш, ҳаво киришини таъминлаш;
 ▶ суюқлик ичишни ошириш (1 кунда ёш меъёридан $0,5 - 1$ л. кўп);
 ▶ совутишнинг физик усулларини қўллаш (пешона терисига совутгич, йирик томирларга совуқ боғлам қўйиш, сирка – спирт эритмаси билан артиш, 40% спирт, 9% сирка эритмаси, сув ($1:1:1$), терини нам тампон билан артиш ва қуритиш. Муолажани 2-3 марта такрорлаш);

▶ куйидаги дорилар ичишга ёки ректал буюрилади - парацетамол (ацетаминофен, панадол, калпол, тайлинол, эффералган, упса ва бошқалар) 10 мг/кг ичишга ёки шамча $15 - 20$ мг/кг, ибупрофен 1 марталик миқдори $5 - 10$ мг/кг (1 ёшдан катта болалар учун);

▶ агар $30 - 45$ дақиқа давомида тана ҳарорати тушмаса, мушак орасига антипиретик эритмаси юборилади - 50% анальгин эритмаси (1 ёшгача) – $0,01$ мл/кг, 1 ёшдан катталарга – $0,1$ мл/ёшига, $2,5\%$ пипольфен (дипразин) 1 ёшгача бўлган болалар учун – $0,01$ мл/кг, 1 ёшдан катталарга – $0,1-0,15$ мл/ёшга. Дорилар эритмасини битта шприцда (комбинациясини) тайёрлаш мумкин.

II. “Оқ” гипертермияда:

Иситмани туширувчи дорилар билан бирга қон томирни кенгайтирувчи воситалар буюрилади:

▶ папаверин ёки но-шпа 1 мг/кг миқдорда ичишга;
 ▶ 2% папаверин эритмаси 1 ёшгача бўлган болаларга – $0,1-0,2$ мл, 1 ёшдан катталарга $0,1-0,2$ мл/ёшга, но-шпа $0,1$ мл/ёшга, ёки 1% дибазол $0,1$ мл/ёшга.

Гипертермик синдромда тана ҳарорати ҳар $30-60$ дақиқада текширилади. Ҳарорат $37,5^{\circ}\text{C}$ гача туширилганда, гипертермик терапия тўхтатилади.

Болаларга биринчи ёрдам кўрсатилганидан сўнг, шифохонага юбориш керак. Иситмалашни чакирувчи патологик жараённинг оғирлигига, сабабига ва хусусиятига қараб шифохонада этиотроп даво белгиланади.

Талваса синдромида биринчи ёрдам кўрсатиш

Талваса–мушакларнинг тўсатдан ихтиёрсиз клоник - тоник қисқариши бўлиб, баъзан хушни йўқотиш билан бирга кечади.

Талваса сабаблари:

1. Инфекция:

- менингит ва менингоэцефалит;
- ЎРВИ негизида нейротоксикоз;
- фебрил талваса.

2. Метаболик:

- гипогликемик талваса;
- гипокальцемик талваса.

3. Гипоксик:

- аффектив – респиратор талваса;
- гипоксик – ишемик эпцефалопатия;
- аниқ ифодаланган нафас олиш етишмовчилиги;
- аниқ ифодаланган қон – айланиш етишмовчилиги;
- ҳар хил этиологияли III даражадаги кома.

4. Эпилептик:

- идиопатик тутқаноқ.

5. Тизимли:

- МНТнинг турли хилдаги органик ўзгаришлари (ўсма, жароҳат, ривожланиш нуқсонлари).

Эпилептик хуруж – кучаювчи рухий эмоционал ҳолатлар, хушнинг такрор пароксизмал ўзгариши ва талваса билан кечадиган сурункали кучаювчи жараён.

Клиник ташхиси. Катта талваса ва кичик тутқаноқ хуружлари фарқланади.

Катта талваса хуружига:

- продромал давр;
- тоник давр;
- клоник давр;
- хуруждан кейинги давр.

Продромал – тутқаноқ кузатилганга кадар, яъни бир неча соат ёки кун олдин бошланади. Турли хил клиник белгилар, кўпроқ лабиллик, кучли кўзгалувчанлик, уйқусизлик билан кечадиган ҳолат.

Талваса бошланишидан ва хушни йўқотишдан олдин (комагача) бола кучли овоз чиқаради. Талвасанинг тоник босқичи 10-20 сония давом этади. Юз, қўл – оёқнинг ёзувчи мушакларининг тоник таранглашиши,

кўз олмагарининг юқори ва ёнга кетиши, тана ва жағ мушакларининг кучли бирикши билан кечади. Юз терисининг кўриниши олдин рангпар, сўнг қизғиш – цианоз рангга қиради. Кўз қорачиғи кенгайган, ёруғликка таъсирсиз, нафас олиш кузатилмайди.

Клоник босқич 30 сониядан бир неча дақиқагача давом этади. Бунда тананинг турли гуруҳ мушаклари қиска флексор қисқаради. Талвасанинг иккала босқичида ҳам тил ва лабни тишлаш кузатилиши мумкин. Вақт ўтиши билан талваса сусаяди, мушаклар бўшашиб, нафас олиш бошланади. Бемор сопор ҳолатида, ҳаракатсиз, рефлекслари пасайган, ихтиёрсиз сийдик ва нажас ажратиши мумкин. 10-30 дақиқадан сўнг бола уйқуга кетади ёки ҳушига келади.

Эпилептик статус – тўхтовсиз, қайталанувчи талваса хуружлари бўлиб, улар орасида бемор тўлик ҳушига қайта олмайди. Бу даврда гемодинамик ўзгаришлар, нафас жараёнининг бузилиши, бош мия шишига олиб келади. Эпилептик статус талвасага қарши даъво самарадорлигини пасайтиради, тутқанокка қарши дори миқдорини камайтиради, инфекцияларга, интоксикацияларга ва бош мия жароҳатига олиб келади.

Биринчи тез ёрдам:

1). бемор текис жойга ётқизилади (ерга), нафас олишни яхшилаш мақсадида боши ёнга қийшайтирилиб, остига ёстиқ қўйилади;

2). нафас олиш йўллари тикланади - томоқ ва оғиз бўшлиғи шиллик моддadan тозаланади, лаб босилиши ва тиш зарарланишини олдини олиш учун оғиз бўшлиғига олдин доқа билан ўралган ҳолда шпатель ёки оғиз кенгайтиргич қўйилади;

3). агар талваса 3-5 дақиқа давом этса, 0,5 % ли 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) седуксен (реланиум) мушак орасига юборилади ёки тил остига қўйилади;

4. эпилептик статус ва талваса қайталиниши кузатилса, 0,5 % ли 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) судексен эритмаси вена ичига юборилади;

5. магний сульфатнинг 25 % ли 1,0 мл/ёшга, 1 ёшгача бўлган болаларга эса 0,2 мл/кг мушак орасига, ёки 1 % ли 0,1 – 0,2 мл/кг (1 – 2 мл/кг) лазикс томир ичига ёки мушак орасига юборилади;

6. бемор ҳолати ўзгармаса, 20 % ли 0,5 мл/кг (100 мг/кг) натрий оксидутират 10 % ли глюкоза билан вена ичига **секин(!)** юборилади (нафас тўхташ хавфи бўлгани учун).

Беморга биринчи ёрдам кўрсатилгандан сўнг неврология, эпилептик статусда эса реанимация бўлимига ётқизилади.

Фебрилли талваса – инфекциян касалликларда (ўткир респиратор касалликлар, грипп, отит, пневмония ва бош.к.) тана ҳарорати 38 ° С дан юқорига кўтарилганда пайдо бўлувчи талвасага айтилади.

Клиникаси:

- талваса юқори ҳароратда пайдо бўлиб, у тушганда йўқолади, бир неча сониядан бир неча дақиқагача давом этади;

- хушни йўқотиш, кам ҳолда бир томонлама парциал неврологик бузилишлар билан кечадиган тарқалган тоник – клоник хуружлар;

- антипиретик воситалар яхши натижа беради, талвасага қарши воситалар камроқ ишлатилади.

Солиштирма таъхис

Фебрилл талвасани қуйидагилардан фарқлаш керак:

- менингоэнцефалит ва менингитдаги талваса синдромидан, уларга ЎРВИ ва юкумли касалликларга хос анамнез, жумладан: менингиал симптомлар – Кернинг, Брудзинский, Гийен, Лессаж, энса мушакларининг ригидлиги; гиперестезия – инъекция, ёруғлик, баланд товуш каби таъсирларга юкори сезувчанлик;

ўчоқли симптомларнинг вақтли аниқланиши (менингит кузатилмаслиги мумкин) – чегараланган талвасалар, парез ва параличлар, сезувчанликнинг бузилиши, бош мия нервларининг зарарланиши (оғиз бурчагининг осилиб қолиши, бурун - лаб бурмасининг яссиланиши, қайт қилиш, эшитишнинг йўқолиши) команинг секин ривожланиш белгилари.

Менингоэнцефалитда талваса хуружининг авжи гипертермияга боғлиқ эмас, шунинг учун унинг хуружига қарши воситаларни қайта бериш керак.

Биринчи ёрдам:

1). беморни ётқизиб, тоза ҳаво олишини яхшилаш учун боши ёнга оғдирилади, нафас тикланади; оғиз бўшлиғи ва томоқ шиллик суяқлигидан тозаланади;

2). талвасага қарши ва антипиретик терапия бир вақтда қўлланади - 0,5 % ли 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) седуксен мушак орасига ёки тил остига, 15 – 20 дақиқа давомида ижобий ўзгариш бўлмаса муолажа такрорланади, талваса хуружи пайдо бўлса, 20 % ли 0,25 – 0,5 мл/кг (50 – 100 мг/кг) натрий оксидутират мушак орасига ёки вена ичига 10 % ли глюкоза эритмаси билан юборилади, гипотермик терапия.

Юкумли касалликлар натижасида ривожланган талваса хуружи аниқланган беморлар тегишли бўлимга ётқизилади. Фебрилли талваса хуружидан сўнг болага 1 – 2 мг/кг фенобарбитал 1 – 3 ой давомида буюрилади.

Аффектив - респиратор талваса – бола йиғлаганда юзага келадиган апноэтик талваса хуружлари. Нерв – рефлексор кўзгалувчан болалар (6 ойдан – 3 ёшгача) учун хос.

Клиникаси. Аффектив – респиратор талвасалар кўпроқ кўрқув, жаҳл чиқиши, оғрик, хурсандчилик, мажбурий овқатлантириш натижасида ривожланади. Боланинг йиғлаш ёки овоз чиқариш вақтида нафас олиш тўсатдан тўхтаб қолади ва оғиз шиллик қавати ҳамда тери цианотик ранга киради. Ривожланган гипоксия ҳолатида вақтинчалик хушни йўқотиш, тоник ёки клоник талваса кузатилиши мумкин.

Биринчи ёрдам:

- болани тинчлантириш;
- нафас олишни рефлексор тиклаш (лунжларга уриш, юзни совук сув билан артиш, аммиак билан ҳўлланган тампон орқали 10 см масофадан хидлатиш).

Беморларга невропатолог маслаҳати, седатив ва асаб тизимида модда алмашинуви яхшиловчи воситалар тайинланади.

Гипертензион – гидроцефал синдром деганда ликвор бўшлиқларининг кенгайиши ва бош миёда босимнинг ортиши тушунилади. Унинг ортиши ва кўп миқдорда суюқлик сакловчи кенгайган қоринчаларнинг мавжудлиги ушбу синдромнинг клиник белгилари юзага келишига сабаб бўлади. Бир ёшли болаларда гипертензион – гидроцефал синдроми кўп тарқалган белгилардан бири ҳисобланади.

Этиологияси:

- хомилдорлик ва туғишнинг оғир кечиши;
- бош миёнинг гипоксик – ишемик зарарланиши;
- бош миёга қон қуйилишлар;
- хонила ичи инфекциялари;
- бош миё малфармацияси.

Клиник ташхиси. Куйидаги характерли клиник белгилар кузатилади:

- бош ўлчамларининг катталашиши (айниқса, пешона энса сохалари - бош миё суяқларининг юзникдан катта бўлиши);
- чокларнинг очилиши, ўлчамларнинг катталашиши, чуқурчаларнинг шишиб таранглашиши;
- перкуссияда бош миё суяқларининг акс садоси эшитилиши (дарз кетган тувак товуши);
- бош терисидаги вена томирлари суратини кучайиши;
- ўткир «миё қичқирғи»;
- Грефе симптоми мусбат, «кўз» белгилари, «куёш ботиши», экзофтальм, нистагм, гилайлик;
- эмоционал - ҳаракат безовталиги, сесканиш, қалтираш, мушак дистонияси, пай рефлексларини ортиши;
- вегетатив дисфункция, терморегуляциянинг бузилиши;
- «фонтан» қайт қилиш;
- кўз тубида «кўрув нервларида диск тикинлари» ёки қон қуйилишларнинг пайдо бўлиши, баъзи ҳолларда иккиламчи атрофия ва кўришнинг пасайиши;
- бош миёни нейросонография, КТ, МРТ усулида текширганда, миё қоринчаларининг катталашиши (вентрикуломегелия) ёки субарахноидал бўшлиқларнинг кенгайишини (ташқи гидроцефалия) аниқланиши;
- люмбал пункцияда ликвор босимининг ошиши;
- ЭХО-энцефалографияда пульсация амплитудаси ва қўшимча сигналлар текширилганда, 3-чи (5 мм дан кўп) ён қоринча ўлчамларини катталашиши.

Агар боланинг бош айланаси меъёрида бўлса, КТ ўзгаришлар кузатилмаса, аммо клиник белгилар ва кўз тубида унинг нерви шиши аниқланса, бу ҳолат «*гипертензион синдром*» деб аталади. КТ ва нейросонографияда қоринчалар тизими катталашган, бош миё ичи босими

белгилари қайд этилса, «гидроцефал синдром» тўғрисида сўз боради. Айрим ҳолларда бош мия суяклари ўлчамлари нафақат катталашган, балки атрофия натижасида кичиклашган ҳам бўлиши мумкин. Ушбу кўринишдаги гидроцефалия нормотензив (пассив) ҳолат бўлиб дегидратацияга қарши даво ўтказиш шарт эмас. Агар ликвор бўшлиқларининг катталашishi билан биргаликда бош мия суяклар ичи босими ошиши кузатилса, бу кўринишдаги гидроцефалия фаол ҳолат деб баҳоланиб, дегидратация ёки жаррохлик амалиёти ўтказиш лозим бўлади.

Тез ёрдам:

1. Бошни 30° бурчак баландликка кўтариш.

2. Куйидагилар билан дегидратация терапиясини ўтказиш - 1% лазик эритмаси, кунда 1 кг тана вазнига 0,1мл м/о, глицерин 1 кг тана вазнига 0,5-1,0 г мева шарбати билан ичишга, магний сульфатнинг 25% ли эритмаси м/о 1 кг тана вазнига 0,2 мл, диакарб кунда 1 кг тана вазнига 40-60 мг 2-3 марта ичишга. Дегидратация таъсирга эга бўлган препаратлардан 3% калий хлорид, панангин, аспаркам тавсия этилади. Магnezия билан цитралнинг микстураси 1 чой қошиқдан 3 маҳал ёки эуфиллин 0,003-0,005 г кунда 1-2 марта буюрилади. Декомпенсация даврида бемор бола неврология бўлимига ётқизилади.

Анафилактик шок - ўткир ривожланувчи, ҳаётга хавф солувчи патологик жараён бўлиб, организмнинг аллергенга қарши ўта ўткир жавоб реакцияси ҳисобланади ва қон айланиши, нафас олиш, МНТ қўзғалувчанлигининг бузилиши билан намоён бўлади. Кўп ҳолларда парентерал йўл билан юбориладиган дори воситалари (пенициллин, сульфаниламид, рентгеноконтраст моддалар, зардоблар, вакциналар, оксил препаратлари)га жавоб реакцияси тарзида юзага келади. Баъзи ҳолларда чанг, озик-овқатлар ва ҳашаротлар захри аллерген тарзида таъсир қилиши мумкин.

Клиник ташхиси. Кечишига қараб шиддат билан ривожланувчи анафилактик шокнинг - ўткир нафас ва ўткир қон-томир етишмовчилиги белгилари билан кечувчи шакллари фарқланади. Анафилактик шокнинг ўткир нафас етишмовчилиги турида болада тўсатдан пайдо бўладиган ва ривожланиб боровчи ҳолсизлик, ҳаво етишмаслиги, кўкракни босиш ҳисси, азобли йўтал, лўқилловчи бош оғриғи, юрак соҳасида оғриқ, кўркув ҳисси кузатилади. Терида бирданига оқариш ва цианоз, оғиз кўпириши, қийин ҳуштаксимон нафас чиқариш билан курук хириллашлар аниқланади. Юз ва бошқа соҳаларда ангионевротик шиш пайдо бўлади. Ўткир нафас етишмовчилигининг бошқа белгилари ривожланиши билан бир қаторда, ўткир буйрак етишмовчилигини кўшилиши ўлим ҳолатини келтириб чиқаради. Анафилактик шокнинг ўткир қон-томир етишмовчилигида ҳам тўсатдан бошланувчи ҳолсизлик юзага келиб, кулоқда шовқинлар эшитилади, кўп терлаш кузатилади. Артериал босимнинг тўхтовсиз пасайиши, акроцианоз, кучайиб боровчи тери оқариши, ипсимон пульс, юрак тонларининг кескин кучсизланиши қайд этилади. Бир неча диққалардан кейин ҳушдан кетиш ва тутқанок бўлиши мумкин. Ўлим ҳолатлари ўткир юрак-қон томир етишмовчилигининг кескин кучайиши

натижасида юзага келади. Кўп ҳолларда анафилактик шокнинг клиник белгилари доимий зўрайиб бориш билан кечади. Комплекс даво чоралари тез, ўз вақтида ва аниқ кетма-кетликда олиб борилиши шарт. Даволашнинг бошланғич даврларида шокка қарши дори воситаларни аввал мушаклар ичига, самара бермас венага юборилади.

Биринчи тиббий ёрдам:

1. Бемор оёғи озгина кўтарилган ҳолатда чалқанча ётқизилади, боши ён томонга қаратилади, тил орқага кетиб қолмаслиги, асфиксия ва қусуқ моддаларнинг аспирациясини олдини олиш мақсадида пастки жағ босилиб очилади. Тоза ҳаво ёки кислород ингаляцияси таъминлаб берилади;

2. Организмга аллерген моддалар киришини дарҳол тўхтатиш чоратадбирлари кўрилади;

а) аллерген парентерал кирган бўлса:

- инъекция жойи «хожсимон» тарзда тешилади ва 5,0 мл NaCl изотоник эритмаси билан адреналинни 0.1% эритмаси ҳар бир ёшга 0,1 мл ҳисобига юборилади ва шу жойга муз қўйилади;

- аллерген юборилган жойнинг проксимал томонига артерияни сикмаган ҳолда 30 дақиқага жгут қўйилади;

- агар аллергик реакция пенициллин таъсирида юзага келган бўлса, 1 млн бирликдаги пенициллиназа 2,0 мл NaClнинг изотоник эритмасида мушак ичига юборилади;

б) аллерген перорал қабул қилинганда, бемор ҳолатидан келиб чиқиб (ахволи қонқарли бўлса) ошқозон ювилади;

в) аллергенлар бурун йўлларида ва конъюктива қопчаларида йиғилса, уларни оқаётган сув билан ювиб ташлаш керак.

1. Зудлик билан мушак ичига юборилади:

- 0,1% адреналин эритмаси ҳар бир ёшга 0,05-0,1 мл ва преднизолон 1 кг тана вазнига 5 мг;

- антигистамин препаратлари - 1% димедрол эритмаси бир кг тана вазнига 0,05 мл (1 ёшгача 0,5 мл, 1 ёшдан катта болаларга 1,0 мл) ёки 2 % супрастин эритмаси ҳар бир ёшга 0,1-0,15 мл. Антигистамин моддалардан, хусусан, пиполфендан фойдаланилганда, у *гипотензив хусусиятга эга эканлигини унутмаслик лозим*. Шунингдек, бемор бола *пульси, нафас олиши сони, ҚБ доимий кузатиб турилиши шарт*.

2. Биринчи навбатдаги чоралар кўриб бўлингач, 0,1% адреналин ҳар ёшга 0,05-0,1 млдан 10 мл. NaCl нинг изотоник эритмасида томир ичига оқим билан юборилади.

3. Глюкокортикоидлар вена ичига:

- преднизолоннинг 3% эритмаси 1 кг.тана вазнига 2-4 мг;

- гидрокортизон 1 кг.тана вазнига 4-8 мг;

- дексаметазон 1 кг.тана вазнига 0,4% эритмаси 0,3-0,6 мг.

4. 20-30 дақиқа ичида 20 мл/кг миқдордаги Рингер ёки 0,9% NaCl эритмаси томир ичига томчилаб.

Ўтказилган тадбирларга қарамасдан гемодинамиканинг барқарор-лашиши кузатилмаса, каллоидли эритмалар (реополиглюкин ёки полиглюкин) ҳар бир кг тана вазнига 10 мл буюрилади. Инфузион терапиянинг ҳажми ва даврийлиги АБ ва марказий веноз босимнинг кўрсаткичлари ва беморнинг ҳолатига қараб белгиланади.

1. Агар АБ паст қолса, ҳар 10-15 дақиқада томир ичига қуйидаги α -адреномиметиклар юборилади:

- адреналиннинг 0,1% эритмаси ҳар бир ёшга 0,05-0,1 мл ёки норадреналиннинг 0,2% эритмаси 0,1 мл;
- мезатоннинг 1% эритмаси ҳар бир ёшга 0,1 мл;

2. Юқоридаги тадбирларга қарамасдан бемор бола аҳволида ижобий ўзгаришлар кузатилмаса, АБ ва ЮУС назорат қилган ҳолда ҳар бир кг тана вазнига 8-10 мк дофамин томир ичига титрланган ҳолда юборилади.

3. Бронхоспазма ва бошқа нафас бузилишларида:

- оксигенотерапия;
- эуфиллиннинг 2,4% эритмаси ҳар бир йил ёшга 0,5-1,0 мл 20 мл NaCl изотоник эритмаси билан томир ичига;

- трахея ва оғиз бўшлиғида йиғилган шилликларни олиб ташлаш;
- юқоридаги тадбирлар ёрдам бермаган ҳолларда тезда интубация қилинади, айрим ҳолатлар коникотомияга кўрсатма ҳисобланади;

4. Зарур ҳолларда юрак-ўпка реанимацияси ўтказилади.

Анафилактик шок профилактикаси:

- синчковлик билан хусусий ва оилавий алергоанамнез йиғиш;
- анамнезида алергик касаллиги бўлган беморларнинг касаллик тарихига аввал “аллергия” сўзини, кейин кўзгатувчисини ёзиш;
- антибиотик юборилгандан сўнг беморларни 10-20 дақиқа кузатиш;
- шифокорлар хонасида, жарроҳлик кабинетида, медпунктларда дорилар таъсирида юзага келадиган анафилактик шокка қарши биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган дори воситаларини сақлаш.

Ҳар бир шифохонанинг муолажа хоналарида ва ҚВП ҳамда ОП анафилактик шокка қарши ва уни даволашда ишлатиладиган препаратлар бўлиши шарт.

Квинке шиши - тери, тери ости тўқимаси ва шиллик қаватларга тарқалувчи ангионевротик шишлар пайдо бўлиши билан кечувчи ҳамда тез ривожланувчи алергик реакция.

Клиник ташҳиси. Квинке шиши кўпроқ дориларга ёки озиқ-овқат антигенларига, ҳашарот заҳарига, баъзи ҳолларда сабаби ноаниқ вазиятлар таъсирида юзага келади. Товон, панжа, бўйин, қулоқ супрасида, кўпроқ лаб соҳасида, тери ости тўқимасида чегараланган шишларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Баъзи ҳолларда шишлар юқори даражада катгалашиб, жойлашган юзасини деформациялайди. Шунингдек, юқори нафас йўлларида шишлар ҳосил қилиб, механик асфиксия пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Ёш болаларда томокнинг шиши натижасида

ақиллаган йўтал, овозни хириллаши, нафас олишнинг ва бронхоспазм хисобига нафас чиқаришнинг қийинлашиши кузатилади.

Биринчи ёрдам:

1. Дархол аллерген киришини тўхтатиш;
2. Антигистамин воситаларни мушак ичига ёки томирга (пипольфен 2,5% эритмаси ҳар бир ёшга 0,1- 0,15 мл, супрастин 2% эритмаси ҳар бир ёшга 0,1-0,15 мл) юбориш;

3. Преднизолонни 2% эритмаси 1-2 мг/кг мушак орасига ёки вена ичига юбориш;

4. Томоқдаги шиш катталашиб обтурацион нафас етишмовчилиги юзага келган пайтда интубация ёки трахеотомия ўтказиш.

Қичима - тез ривожланувчи аллергик реакция бўлиб, терида ва шиллик қаватларда тез пайдо бўлувчи қавариқли тошмалар билан характерланади.

Клиник ташхиси. Пайдо бўлиш сабаблари Квинке шишиникидек бўлиб, болаларда иссиқлик хисси пайдо бўлиши, тери қичишиши билан кечади. Қичима элементлари – бурсилдок ва папулалар - турли хил шакл ва катталиқда, улар қўшилиб, гигант элементларни ҳосил қилади. Қичима элементлари оч-пушти рангдан кизил рангача бўлади. Унинг тошмалари тана ва шиллик қаватнинг истаган ерида, асосан коринда, белда ва сонда кузатилади. Шунингдек,, иситмалаш, кўзгалувчанлик, артралгия, коллапс каби умумий белгилар кузатилиши мумкин.

Биринчи ёрдам:

1. Аллерген таъсирини дархол тўхтатиш.

2. Антигистамин воситаларини (кларитин, кестин, зиртек, телфаст) ичишга ёки томирга юбориш.

3. Тарқалган ёки гигант қичима иситмаш билан кечганда, преднизолонни 3% эритмасини ҳар бир кг тана вазнига 1-2 мг дан мушак орасига ёки томир ичига юбориш.

4. дозаси 1 г/кг бўлган фаоллаштирилган кўмир билан энтеросорбция ўтказиш.

Даволаш самара бермаган ва ҳолати оғир бўлиб қолган беморлар шифохонага ётқизиладилар.

Лайелла синдроми- аллергик дерматитнинг оғир кўриниши.

Клиник ташхиси. Лайелла синдромининг асосий сабаби баъзи дори воситаларига (антибиотиклар, сульфаниламидлар, салицилатлар ва бошқалар) организмнинг реакцияси бўлиб, зўрайиб борган ҳолларда бола аҳволи кескин ёмонлашади. Юқори ҳарорат, интоксикация белгилари яққол намоён бўлади. Тери тошмалари илк даврда якка буллёзли элементлар – «қизамик» ёки «скарлатина» шаклида кўринади. Бир неча соатдан кейин тошма жойида сероз ёки сероз-геморрагик модда тутувчи катта ясси пуфаклар кузатилади. Улар тезда ёрилиб, тўқ кизил рангли эрозиялар пайдо бўлади. Мусбат Николсон (соғлом терини силаганда, эпидермис десквамацияси кузатилади ва тери юзаси намланади) симптоми аниқланади.

Баъзан юрак, жигар, буйрак, корин бўшлиғи аъзоларида токсико-аллергик зарарланишлар кузатилади.

Ўз вақтида малакали тиббий ёрдам кўрсатилмаса, Лайелла синдроми ўлимга олиб келиши мумкин.

Биринчи ёрдам:

1. Аллерген таъсирини дарҳол тўхтатиш.

2. Ҳар кг тана вазнига 5 мг преднизолонни 3% эритмасини томир ичига ёки мушак орасига.

3. Антигистамин воситаларини (пипольфеннинг 2,5% эритмасини 0,1-0,15 мл ҳар бир ёшга, супрастиннинг 2% эритмаси) мушак орасига.

Гипертермия пайтида иситмани тушурувчи воситалардан фойдаланилмайди, чунки улар аллергияцияни кучайтириши мумкин.

Беморни реанимация бўлимига зудлик билан ётқизиш ва эрозия ўчоқларига инфекция тушиши олдини олиш чораларини кўриш.

Хушдан кетиш (синкопал ҳолат) - мияда қон айланиши бузилиши натижасида мушаклар тонусининг камайиши ва хушдан кетиш ҳолати. Болаларда унинг асосий сабаблари қуйидагилар:

- томирларнинг нерв регуляциясининг бузилиши - вазовагал, ортостатик, синокарондит, рефлектор, ситуацияли, гипервентиляцияли синдромларда.

- кардиоген:

- брадиаритмияда (2-3 даражали атриовентрикуляр блокада, Морганьи-Эдамс-Стокс хуружи билан);

- тахикардияда (пароксизмал тахикардия, QT узайиши, мерцал аритмия);

- йирик томирларда ёки юрак соҳасида қон оқимида тўскинлик қилиниши (аорта стенози, гипертрофик субаортал стеноз, аорта копоқчаларининг стенозчилиги);

- гипогликемияда;

- цереброваскуляр ва бошқа ҳолатларда.

Клиник таъхиси. Хушдан кетишнинг пресинкопал ҳолат билан бирга келиши (липотимия), кўнгил айланиши, кўп терлаш, оёқда ҳолсизлик, кўзнинг қоронғилашиши, кўз олдининг жимирлаши, кучайиб борувчи бош айланиши, қулоқда шовқинлар, қўл ва оёқларнинг увушиши. Агар бола зудлик билан ўз вақтида ўтириб ёки ётиб олса, хуруж тўлиқ ривожланмаслиги мумкин. Синкопал ҳолат тўлиқ ривожланганда, бола ҳушини йўқотади, алоқага кириша олмайди. Мушаклар тонусининг кескин камайиши, юзнинг оқариши, кўз қорачиғининг кенгайиши, секин тўлишувчи пульс, АБнинг пасайиши, юрак тонларининг бўғиклашиши, юрак қисқариш сонини ва ритмининг турли хил бўлиши ва юзаки нафас олиш кузатилади. Чуқур хушдан кетиш тоник хуружлар билан кечади. Горизонтал ҳолатда бемор тез хушига келиши мумкин.

Кўпинча препубертат ва пубертат ёшдаги болаларда вегита-томир дистонияга боғлиқ ҳолда эсни йўқотиш кузатилади, шунингдек, вазовагал,

ортостатик ва синокаротидли синкопе ҳам кўпроқ учрайди.

Вазовагал хушдан кетиш (синкопе) типик кўзгатувчи вазиятларда намоён бўлади (оғрик, муолажадан олдинги кўркув, конни кўриш, дим хонада кўп ўтириш) ва унинг асосида вегетатив нерв тизими парасимпатик бўлими томирлари тонусининг ошиши ётади.

Ортостатик синкопе томирлар тонусининг компенсатор бошқарув механизми етишмовчилиги бўлган болалар горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтганда кузатилади.

Синокаротидли синкопе бошни бирдан айлантириш ва пастга тушириш ҳамда бўйин соҳасини сиқиш натижасида каротидли синусларнинг сезувчанлиги ошиши ва рефлектор равишда АБ ёки ЮУС сўниши оқибатида кузатилади. Чуқур хушдан кетиш ҳолати билан бирга келувчи тутқанокларни эпилепсиядан фарқлаш керак. Аорта стенози, гипертрофик кардиомиопатия каби юрак-томир касалликларида хушдан кетиш жисмоний зўриқшдан кейин юзага келади. Синкопени аритмоген сабабларида беморларда юрак ритмининг «нотекис уриши» кузатилади. Хушдан кетишда кардиоген сабабларини инкор этиш мақсадида врач барча ҳолларда томир уришини синчиклаб ўрганиши ва зарур ҳолларда ЭКГ тушириши лозим. Хуружлар овқат истеъмол қилгандан сўнг катта танаффуслар оралиғида кузатилса ёки болаларда жисмоний ва эмоционал зўриқшдан кейин хуружлар ривожланса, гипогликемик ҳолат тўғрисида уйлаш лозим. Постсинкопал даврда уйқунинг давомийлиги, мушаклар тонуси ва бош оғриғига эътибор берилади. Қонда қанд миқдори 3,3 ммоль/л ёки ех *juvantibus* даврдан сўнг ижобий самара аниқланганда, ташхис тасдиқланган ҳисобланади.

Биринчи ёрдам:

1. Болани горизонтал ҳолатда ётқизиш, оёғини 40-50° га кўтариш, ёка тугмаларини ечиш, тан сиқувчи камар ва бошқа кийимларни бўшатиш, тоза ҳаво келишини таъминлаш.

2. Рефлектор таъсир этувчи ҳолатларни (юзга сув сепиш ёки нам сочик билан аста уриш, нашатир спирти хидлатиш, иссиқ ширин чой ичириш) қўллаш.

3. Узок хушни йўқотиш пайтида - кофеин бензоат натрийнинг 10% эритмасини 0,1 мл ҳар бир ёшга, кордиаминнинг 0,1 мл эритмаси ҳар бир ёшга буюрилади.

4. Яққол артериал гипотензияда 1% ли 0,1 мл/ёш мезатон эритмасини томир ичига оқим билан.

5. Гипогликемик ҳолатда 20-40% ли 2 мл/кг глюкоза эритмаси оқим билан томир ичига.

6. Яққол брадикардия ва Морган-Эдамс-Стокс хуружларида бирламчи реанимация чораларини кўриш - юрак массажи, 0,1% 0,01 мл/кг атропин эритмасини томир ичига оқим билан юбориш. Хушни йўқотишни функционал ҳолатларида беморни шифохонага юборишни зарурати бўлмаса, органик сабабларга шубҳа туғилса, реанимация бўлимига ётқизиш лозим.

Коллапс - ҳаётга хавф солувчи ўткир томир етишмовчилиги бўлиб, улар тонусининг тўсатдан пасайиши, организмдаги умумий айланиб юрувчи қон ҳажмининг камайиши, бош мия ва ҳаётий муҳим аъзолар гипоксияси белгилари билан характерланади.

Болаларда коллапснинг асосий сабаблари:

- ▶ ўткир инфекция билан боғлиқ касалликларнинг оғир кечиши (ичак инфекцияси, грипп, ЎРВИ, пневмония, пиелонефрит, ангина ва бошқалар);
- ▶ ўткир буйрак усти етишмовчилиги;
- ▶ гипотензив воситалар дозасининг ошиб кетиши;
- ▶ ўткир қон йўқотиш;
- ▶ оғир жароҳатлар.

Клиник таъхис: коллапс асосий касалликнинг авж олган даврида ривожланади ва бемор умумий ҳолатининг ўсиб боровчи ёмонлашиши билан характерланади. Клиник белгиларнинг намоён бўлишига кўра коллапснинг уч хил - симпатотоник, ваготоник ва паралитик шаклларини фарқлаш мумкин.

Симпатотоник коллапс артериолалар спазми ва қон айланишининг марказлашуви натижасида периферик қон айланишининг бузилиши билан характерланади. Симпатотоник коллапс учун куйидаги белгилар хос: бола кўзгалувчанлиги ва мушаклар тонусининг ошганлиги, тери қошамаларининг рангпар ва мармар рангида бўлиши, бармоқ ва товошларнинг совиб кетиши, тахикардия, меъёрида ёки ошган АҚБ. Бу белгилар қисқа муддатли бўлиб, одатда коллапснинг кейинги босқичларида аниқланади.

Ваготоник коллапсда капилляр ўтказувчанлик натижасида қоннинг тўпланиши юз беради. Клиник белгилари: тормозланиш, адинамия, мушаклар тонусининг пасайиши, терининг сезиларли рангпарлиги, мармар рангига кириши, сезиларли акроцианоз, артериал босимнинг кескин пасайиши, кучсиз пульс, брадикардия, Куссмаул типидagi шовқинли ва тезлашган нафас олиш, олигурия ва бошқалар.

Паралитик коллапс қон айланиши бошқаруви механизмларининг етишмаслиги туфайли капиллярларнинг пассив кенгайиши оқибатида кузатилади. Бундай ҳоллар учун характерли: тери ва бульбар рефлекслар йўқлиги билан бирга эс-хушнинг йўқолиши, тана ва қўл оёқ терисида кўк кизил доғларнинг пайдо бўлиши, брадикардия, брадианпноз, Чейн-Стокс нафаси, АБ критик рақамларгача тушиши, пульс ипсимон, анурия. Тез ёрдам кўрсатилса, беморни ўлимдан қутқариб қолиш мумкин. Даволаш чоралари зудлик билан кўрилиши керак.

Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:

1. Боланинг бошини бир оз орқага тортган ҳолда чалқанча ётқизиб, иссиқ грелкалар кўйиш ва тоза ҳаво оқимини таъминлаш.
2. Юқори нафас йўллари эркин ҳаракатини таъминлаш - оғиз бўшлиғини текшириш, сиқувчи кийимларни ечиб ташлаш.

3. Симпатотоник коллапс юзага келганда:

а) спазмолитикларни мушак орасига юбориб, периферик томирлар спазмини бартараф этиш - 2% ли папаверин эритмаси 0,1 мл/ёшга ёки 0.5% дибазол эритмаси 0,1 мл/ёшга ёки но-шпа эритмаси 0,1 мл/ёшга;

б) нейротоксикозда ва ўткир буйрак усти етишмовчилигида вена орқали оқим билан ёки мушак орасига ГКС юбориш тавсия қилинади.

4. Ваготоник ва паралитик коллапсда:

а) периферик венага реополиглюкин ёки кристаллоидлар (0,9% ли натрий хлорид ёки Рингер эритмаси)ни 20 мл /кг ҳисобида 20-30 дақиқа давомида юбориш;

б) бир марталик дозада бир вақтнинг ўзида ГКС - гидрокортизон 10-20 мг/кг томир ичига ёки преднизолон 5-10 мг/кг в/и ёки м/о ёки ичиш учун ёки дексаметазон 0,3 – 0,6 мг/кг (1мл 0,4% эритма – 4мг) томир ичига ёки м/о;

в) артериал гипотензияда - юрак уриш сони, АҚБ ва диурез назоратида такроран 10 мл/кг ҳажмда 0,9% ли натрий хлор ёки Рингер эритмасини, 10 мл/кг ҳажмдаги треополиглюкин эритмаси билан бирга в/и га томчилаб юбориш, 1% ли мезатон эритмасини 0,1 мл/ёшга томир ичига оқим билан секин ёки 0.2% норадреналин эритмаси 0,1 мл/ёшга томир ичига томчилаб (50 мл 5% ли глюкоза эритмасида) бир дақиқада 10-20 томчи (жуда оғир ҳолларда 20-30 томчи) АҚБ назоратида.

5. Ўтказилган чоралар самарасиз бўлганда, бир дақиқада 8-10 мкг/кг дозада томир ичига титрланган дофамин АҚБ ва ЮУС назорат қилган ҳолда.

6. Кўрсатмага асосан бирламчи юрак - ўпка реанимацияси ўтказилади.

Тез ёрдам кўрсатилгандан сўнг, бемор реанимация бўлимига ётқизилади.

Шок – ўткир ривожланувчи ва ҳаётга хавф солувчи патологик жараён бўлиб, тўқималар перфузиясининг кучайиб борувчи пасайиши, МНТнинг оғир бузилишлари, қон айланиши, нафас олиш ва моддалар алмашинувининг бузилиши билан кечади.

Замонавий клиник тиббиётда шок ривожланишининг бир қанча сабаблари фарқланади:

- ошқозон - ичак йўлидан қон кетиши ёки сувсизланиш (қайт қилиш, диарея) - полиурия, кўйиш ва бошқа сабаблар натижасида умумий қон ҳажмининг камайиши (гиповолемик шок);

- анафилаксия, ўткир буйрак усти етишмовчилиги, сепсис, нейроген ёки токсик шокда қонни веноз ўзанларда тўпланиши (вазоген шок);

- пневмоторакс ва перикардда веноз оқимнинг обструкцияси (обструктив шок) ёки юракни қон ҳайдаш функциясининг камайиши (кардиоген шок).

Клиник таъхис. Турли этиологиядаги шок периферик қон айланиши босқичлари ривожланишининг бузилиши билан характерланади. Шокнинг эрта (компенсацияланган) босқичида болаларда тахикардия, АБ нинг меъёрида ёки бир мунча юқори бўлиши, терининг рангпарлиги, оёқ-қўлларнинг совуқлиги,

тирноқ ва лаб терисининг кўкариши, эс-хушни аниқлиги, баъзида ваҳимага тушиш ҳолатлари, психомотор бесаранжомлик кузатилади.

Шокнинг авж олиш босқичида боланинг тормозланиши, систолик АҚБ нинг 80 мм с.м. уст.дан паст бўлиши, ипсимон пульс, тахикардия, тахипноз, терининг тез оқариши, яққол акроцианоз ва олигурия аниқланади. Шокнинг кечки (декомпенсация) босқичида систолик АБ нинг 60 мм с.м. уст.дан пасайиши, тери ва шиллик қаватлар цианози, «гипостаз», анурия билан характерланади. Бемор ҳаракатсиз, ҳеч нарсада иштирок этмайди, кома ривожлангунча эс-хушида бузилишлар кузатилиши мумкин. Кейинчалик клиник агонал ҳолат ривожланади.

Шошилинч ёрдам:

1. Беморни горизонтал ҳолатда ётқизиш, оёқлари 15-20 градус бурчакда кўтариш;

2. Юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш;

3. Оксигенотерапия маска ёки бурун катетери орқали 100% намланган кислород билан;

4. Шокка олиб келган асосий сабабни мумкин қадар тезроқ (аллерген киришини йўқотиш, қон кетишини тўхтатиш, оғриқ синдромини тўхтатиш ва бошқалар) бартараф этиш;

5. Қон айланиши бузилишининг декомпенсация белгилари кузатилганда, венага доимий суюқлик қўйишни таъминлаш ва ўпка шиши кузатилмаса, инфузион терапия - кристаллоидли (Рингер, 0,9% натрий хлор эритмаси) ва коллоидли эритмалар (реополиглюкин, полиглюкин, 5% альбумин) юбориш;

Препарат тури, миқдори ва эритма нисбати шокнинг патогенетик шаклига қараб аниқланади. Инфузион терапия АБ, ЮУС, ўпка аускультацияси ва диурез натижаларига қараб ўтказилади. Агар улар яхшиланса, суюқликни томирга қўйиш давом эттирилади. Агар инфузион терапия вақтида ўпкада хириллашлар, тахикардия ва ҳансираш кузатилса, уни зудлик билан тўхтатиш ва давони қайта кўриб чиқиш (ўпка шишига қаранг);

1. Инфузион терапиядан аввал артериал гипотензияда томир ичига допамин 6-8-10 мкг/кг юбориш ва АБ, ЮУС назорат қилиш;

2. Ёндош ҳолатларни назорат қилиш (улар аниқланмаган бўлса ҳам) - гипогликемияда томир ичига 20-40% глюкоза эритмасини 2 мл/кг дозада, метаболик ацидозда, буйрак усти беши етишмовчилигида зарур чораларни кўриш;

3. Кўрсатмалар бўлса, комплекс юрак-ўпка реанимациясини ўтказиш.

Бемор зудлик билан реанимация бўлимига ётқизилиши лозим.

Ўпка шиши (кардиоген) – критик ҳолат бўлиб, чап қоринча етишмовчилиги билан характерланади, кичик қон айланиш доирасининг гипертензияси ва ўпкада димланиш кузатилади. Унинг асосий сабаблари қуйидагилар ҳисобланади:

- миокард касалликлари декомпенсация даврида (миокардитлар, кардиомиопатиялар);
- юракнинг туғма нуқсонлари - унинг чап қисмларида гемодинамик зўриқиш (бўлакчалараро ёки коринчалараро тўсик нуқсонлари, аортал ва митрал клапан етишмовчилиги);
- юракни туғма нуқсонлари – унинг чап қисмларида гемодинамик зўриқиш (аорта коарктацияси митрал ва аортал стеноз, гипертрофик кардиомиопатия, юрак ўсмаси ва бошқалар);
- юрак ритмининг бузилиши (пароксизмал тахикардия, мерцал аритмия).

Клиник ташхис: Ўпка шиши турли босқичларнинг кетма-кет кечиши билан характерланади - интерстициал (юрак астмаси) ва альвеоляр. Юрак астмаси хуружи кўпроқ тунда тўсатдан бошланади. Бола безовта, кўкрак қафасида қисилиш, ҳаво етишмаслик ҳисси ва ўлим қўркувидан шикоят қилади. Мажбурий ҳолатни эгаллайди - оёқларини осилтириб ўтиради. Беморни кийновчи кам балғамли йўтал ва аралаш турдаги хансираш безовта қилади. Аускультацияда дағал нафас, диффуз куруқ хириллашлар. Динмий белги – ортиб борувчи тахикардия, нафас олиш ва юрак уриш нисбатининг ўзгариши 3:1. Хуруж бир неча дақиқадан соатгача давом этади. Агар жараён кучайиб борса ўпка шишининг альвеоляр босқичи бошланади. Боланинг аҳволи оғирлашади, тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлиги ва кўкариши (цианоз) ортиб боради. Йўтал вақтида оғиз бўшлиғига кўпиксимон пушти ранг балғам ажралади. Нафас юзаки, тез-тез, ёрдамчи мушаклар иштирокида. Аускультацияда ўпкада ҳар-хил ўлчамдаги нам хириллашлар, юрак тонлари бўғиклашган, от дупури эшитилади. Пульс ипсимон, АБ ошган ёки меъёрида, оғир хуружларда камайиши ҳам мумкин. Ўпка шишининг интерстициал даврида қиёсий ташхис БА хуружи, юракка хос бўлмаган ўпка шиши билан ўтказилади.

Тез ёрдам:

1. Беморга ярим ўтирган, оёқлари осилган ҳолат берилади. Веноз қонни 15-20 дақиқага ушлаш учун оёқларга (сонга) таранг бўлмаган жгут кўйиш мумкин (жгутдан дистал томонда артерия пўльсацияси сақланиши керак). Сўнг аста-секин жгут таранглиги бўшатиб борилади;
2. Юкори нафас йўллари ўтказувчанлигини яхшилаш ва марли тампон билан оғиздаги шилликларни олиб ташлаш;
3. Оксигенотерапия - 100% намланган кислород;
4. Кўпик ҳосил бўлишини камайтириш учун 30% ли спиртдан ўтказилган кислород ёки 2-3 мл 10% антифомсиланнинг спиртли эритмаси билан 15 минут давомида ингальяция ўтказиш;
5. Кучли бўлмаган ўпкалардаги димланишда меъёрида ёки юкори АБда:
 - нитроглицерин 0,5-1 та таблетка тил остига;
 - 1% лазикс эритмаси 0,1-0,2 мл/кг м/и ёки в/и. Самара бўлмаган ҳолларда 15-20 дақиқадан сўнг қайта такрорлаш;

- 0,5% седуксен эритмаси 0,02-0,05 мл/кг в/и ёки м/и га ёки 1% промедол ёки морфин эритмаси 0,1 мл/ёшга в/и ёки м/и (2 ёшдан катта болаларда нафас сусайиши белгилари бўлмаганда).

6. Қон босими пасайганда, 3% преднизолон эритмаси 2-3 мл/кг в/и оқим билан;

7. Кучайиб борувчи ўпкалар шишида АБ даражасига боғлиқ ҳолда дифференциал кардио терапия ўтказиш;

Паст АБда ва гипокинетик шаклдаги миокардиал етишмовчиликда:

- допамин 3-6 мкг/кг/дақиқада в/и ёки добутамин 2,5-8 мкг/кг/дақиқада в/и га титрлаб;

- кутбли аралашма (10% глюкоза эритмаси 5 мл/кг, панангин 0,5-1 мл/ёшга, инсулин 1 бирликда 5 г. курук глюкозага) в/и томчилаб;

- гемодинамикани мўътадиллаштириш мақсадида юрак гликозидлари (қарши кўрсатмалар бўлмаганда): дигоксин тўйинган дозада (ТД) 0.03 мг/кг ўртача кучдаги тўйинишда (3 кун - 1 кунлик ТД нинг 50% дан 3 марта ҳар 8 соатда, сўнг 2 ва 3 кунда ТД нинг 25% дан 2 марта ҳар 12 соатда) в/и га ёки ичишга, терапевтик самарага эришилганда, ушлаб турувчи дозага ТД нинг 1/5 қисми 2 марта ҳар 12 соатда.

Юқори АБ, гиперкинетик шаклда ва миокардиал етишмовчиликда:

- нитроглицерин 0,1-0,7 мкг/кг/дақиқада ёки нитропуссид 0,5-2 мкг/кг/дақиқада титрлаб;

- 0,25% дроперидол эритмаси 0,1мл/кг дозада в/и ёки м/и;

- 5% пентамин эритмаси болаларни 1-3 ёшида 1-3 мг/кг дозада, 3 ёшдан катталарга 0,5-1 мг /кг дозада ёки 2% бензогексоний болаларга 1-3 ёшда 0,5-1,5 мг/кг дозада, 3 ёшдан катталарга 0,25-0,5 мг/кг дозада м/и га (бир марта АБ ни бошланғич кўрсаткичдан 40% га тушганга қадар).

8. Оғир ҳолатларда юрак ва нафас тўхташи хавфида трахея интубацияси ва ўпканинг сунъий вентиляцияси ўтказилади.

Бемор зудлик билан интенсив терапия ёки реанимация бўлимига ётқизилади. Траснпортировка ярим ўтирган ҳолатда оксигенотерапияни давом эттирилиб амалга оширилади.

Ҳансираш-цианотик хуруж – туғма кўк типдаги юрак нуқсони бор чақалокларда, кўпинча юракнинг ўнг қоринча чиқиш қисми спазми билан боғлиқ Фалло тетрадасидаги гипоксияда кузатилади.

Гипоксия хуружи кичик ёшдаги 4-6 ойдан 3 ёшгача бўлган болаларда юзга келади. Куйидагилар ҳансирашли-цианотик хуружга олиб келувчи омил бўлиши мумкин - психоэмоционал зўриқиш, юқори жисмоний фаоллик, интеркуррент касалликлар, дегидратация билан кечувчи иситмадаш ва диарея, темир танқислиги анемиясиси, МНТнинг перинатал шикастланишларида, нерв-рефлектор кўзгалувчанлик синдроми ва бошқалар.

Клиник ташхиси. Ҳансирашли цианотик хуружни тўсатдан бошланиши билан характерланади. Гўдак бетоқат бўлади, инграйди, йиғлайди ва унинг

оқибатида цианоз ва ҳансираш кучаяди. Мажбурий ҳолатни эгаллайди – оёқларини қорнига яқинлаштириб ёки чордона куриб ёнбош ётади. Аускултацияда тахикардия, ўпка артериясининг стенозидаги систолик шовкин эшитилмайди. Гипоксик ҳолатнинг давомийлиги бир неча дақиқадан бир неча соатгача. Оғир ҳолатларда тутқаноқ юзага келади, бемор эс-хушини йўкотади, баъзан кома ва ўлим юз бериши мумкин.

Шошилинич ёрдам:

1. Болани тинчлантириш, сиқиб турган кийимларининг тугмаларини ечиш, тизза-тирсак ҳолатда қоринда ётқизиш (тизза бўғимида букилган ва кўкрак қафасига келтирилган оёқлар билан);

2. Маска орқали намланган кислород билан ингаляция ўтказиш;

3. Оғир хуружда венага - 4 % натрий бикарбонат эритмасини 4-5 мл/кг дозада (150-200 мг/кг) в/и га 5 дақиқа давомида секин юбориш. 30 дақиқадан сўнг ярим дозада 4 соат давомида қон рН назорати остида такрорлаш мумкин. 1% морфин ёки промедол эритмаси 0,1 мл/ёшга т/и (2 ёшдан катта болаларга нафас сусайиш белгилари бўлмаганда). Самара бўлмаганда, секинлик билан 0,1 % обзидан 0,1-0,2 мл/кг дозада 10 мл 20% глюкоза эритмасида в/и га секинлик билан (1 мл/дақиқада ёки 0,05 мг/дақиқада тезлик билан);

4. Тутқаноқларда 20% натрий оксибутират эритмаси 0,25-0,5 мл/кг дозада в/и га секинлик билан;

5. Ҳуруж тўхтамаганда ва гипоксемик кома ривожланганда, сунъий ўпка вентиляциясига ўтказиш ва тезкор палиатив жарроҳлик амалиётини (аорта - ўпка анастомози қўйиш) ўтказиш.

Юрак гликозидлари ва диуретиклар таққиланади. Ўтказилган чоралар самарасиз бўлганда, ҳансирашли цианотик хуружли болаларни зудлик билан шифохонага ётқизиш керак. Муваффақиятли биринчи ёрдам ҳолатларида баъзан бемор уйда қолдирилиши мумкин ва кейинчалик обзиданни кунда 0,25-0,5 мг/кг дозада бериш тавсия этилади.

Пароксизмал тахикардияда – юрак уриш сонининг тўсатдан тезлашиш хуружлари кузатилиб, ёши катта болаларда бир дақиқада 150-160 та, 2 ёшгача бўлганларда 200 та бўлиб, бир неча дақиқадан 1 соатгача, айрим ҳолларда ундан кўпроқ давом этади, ЮҚС бирдан қайта тикланади, ЭКГ да специфик ўзгаришлар кузатилади.

Асосий сабаблари:

- юрак ритми вегетатив бошқарилишининг бузилиши;
- юракнинг органик касалликлари;
- электролитлар мувозанатининг бузилиши;
- психоэмоционал ва жисмоний зўриқиш.

Пароксизмал тахикардияларнинг 2 та - қоринчалар усти ва қоринча шакллари фарқланади. Қоринчалар усти пароксизмал тахикардияси болаларда кўп ҳолларда функционал ҳисобланади ва юрак фаолияти вегетатив бошқарувининг ўзгариши натижасида юзага келади. Қоринчалар

пароксизмал тахикардияси кам ҳолларда учрайди, ҳаёт учун хавф солувчи ҳолатлардан бири ҳисобланиб, юракнинг органик касалликларида (туғма юрак нуқсонлари, кардит, кардиомиопатия ва бошқалар) кузатилади.

Клиник ташхиси – монанд тез ёрдам танлаш учун қуйидагиларни аниқлаш зарур:

- пароксизмал тахикардия турини - қоринча усти ёки қоринча;
- болада юрак етишмовчилиги белгиларининг борлиги ёки йўқлиги.

Ташхисни аниқлаш учун албатта ЭКГ тушириш зарур.

Қоринчалар усти пароксизмал тахикардияси хуружи тўсатдан бошланиши мумкин. Бола тез-тез юрак уришини, ҳаво етишмаслигини, бош айланишини, ҳолсизликни, кўнгил айниши, ўлим қурқувини ҳис қилади. Тери қопламларининг рангпарлиги, кучли терлаш, полиурия кузатилади: Юрак тонлари баланд, карсаксимон, юрак кискариши сонини сапаб бўлмайди, бўйин веналарининг бўртганлиги аниқланади. Бир хилда қайт қилиш кузатилади ва бу хуружни тўхтатиши мумкин. Кичик ёшдаги болаларда ва хуружлар узок давом этганда баъзан юрак етишмовчилиги (ҳансираш, гипотония, гепатомегалия, диурез камайиши) белгилари кузатилади. ЭКГда қоринча усти пароксизмал тахикардиясида юрак уришини бир дақиқада 150-200 та бўлиши, қоринча комплексини ўзгармаганлиги, Р тишининг ўзгариши аниқланади.

Қоринчалар пароксизмал тахикардияси бўйин веналари пулсациясининг тезлашиши, вагус синамаси самарасизлиги билан кечади. ЭКГда юрак уриш сони 160 атрофида, R-R оралиги ўзгарувчан, қоринча комплексининг ўзгариши, Р тишининг йўқлиги билан характерланади.

Шошилич ёрдам:

Қоринча усти пароксизмал тахикардияси хуружларида:

1. Вагус нервига рефлектор таъсир қилиш - каротид синусларини галма-галдан 10-15 сония давомида ўқалаш, вальсальви усули – чуқур нафас олиб зўриқтириш, 30-40 сония нафас олишни ушлаб туриш, ҳалқумни механик қитиқлаш – қайт қилиш рефлексини чақириш;

2. Кўз тўр пардаси кўчиш хавфи борлиги сабабли Ашнер синамасини (кўз олмасига босиш) ўтказиш тақиқланади.

3. Рефлектор синамалар билан биргаликда ичншга қуйидагилар тавсия этилади - седатив дори воситалари (седуксен ¼ - 1 таблетка ёки валериана эритмаси ёки пустирник, валокардин ва бошқалар 1-2 томчи/ ҳар ёшга), панангин ½ -1 таблетка ҳар бир ёшга;

4. Юқоридаги муолажалар самарасиз бўлганда, 30-60 дақиқадан сўнг хуруж антиаритмик воситалар билан тўхтатилади. Улар бирин-кетин 10-20 дақиқа оралик билан юборилади (олдингиси самарасиз бўлганда кейингисини);

5. Юрак етишмовчилиги кузатилса, давога дигоксин бир кунда 0,03 мг/ тана вазнига, ҳар 8 соатда 3 марта т/и ёки ичншга, лазикс 1-2 мг/кг тана вазнига;

6. Ўтказилган терапия самарасиз бўлганда ва хуруж 24 соат давомида сақланган ҳолларда ҳамда юрак етишмовчилиги кучайиб борганда, электрويمпульс терапия ўтказилади.

Қоринчалар пароксизмал тахикардиясида:

1. Томир ичига секин - 10% новокаинамид 0,2 мл/кг +1% мезатон 0,1 мл/ёшга ёки 1% лидокаин 0,5-1 мг/кг 20 мл 5% глюкоза билан биргаликда юборилади;

2. Хуруж такрорланса, электрويمпульс терапия тавсия этилади.

Вагус синамалари ва юрак гликозидлари тавсия этилмайди. Қоринчалар пароксизмал тахикардиясида болалар зудлик билан реанимация бўлишига ётқизилиши лозим.

Ўткир стенозловчи ларинготрахеит (ёлғон круп) – бу ҳикилдоқ ва бўғизнинг яллиғланиши оқибатида стеноз кўринишида (шиш ва ҳикилдоқ мушакларининг рефлектор спазми ҳисобига) кечадиган патологик жараён бўлиб, кўпинча 3 ёшгача бўлган болаларда кузатилади. Асосий сабаблари:

- ўткир вирусли респиратор касалликлар (парагрипп, грипп, аденовирус инфекцияси ва бошқалар);

- бактериал инфекция (стрептококкли, стафилококкли ва бошқалар);

- тез типдаги аллергик реакциялар (Квинке шиши, анафилактик шок).

Клиник ташҳиси. Ларинготрахеит белгилари аксарият ҳолларда тўсатдан тунда бошланади. Шишли шаклида – 1-3 кун ЎРВИ негизида тана ҳароратининг кўтарилиши ва катарал белгилар, обтурация билан кечувчи шаклида – бактериал флора чақирган ўткир респиратор касалликнинг 3-5 кунда ривожланади. Бола аҳволининг оғирлиги стеноз ва нафас етишмовчилиги даражасига боғлиқ. Стенознинг 4 оғирлик даражаси тафовут этилади.

1 даража (компенсацияланган стеноз). Боланинг аҳволи ўртача оғирликда. Хуши ўзида лекин безовта, ётоқда қулай жой топа олмайди. Безовталиқ вақтида инспиратор ҳансираш ва вовулловчи йўтал безовта қилади. Тинч вақтда – нафас тиниқ, кўкрак қафасининг тортилиши кузатилмайди. Боланинг товуши бўғилган, тери қопламлари ўзгаришсиз, юрак уриши меъъридан 10-15% ортган.

2 даража (субкомпенсацияланган стеноз). Умумий аҳволи оғир. Бола кўзгалувчан, безовта, уйқуси бузилган. Стридорли шовқинли нафас, баъзан кўпол увулловчи йўтал хуружи билан тўхтаб қолади. Инспиратор ҳансираш кўкрак қафасининг тортилиши, бурун қанотларининг кенгайиши билан кучаяди. Товуш бўғиқ ёки хириллаган. Тери қопламлари оқарган, лаб атрофида цианоз. Юрак кискариши сони меъъридан 10-15% ортган.

3 даража (декомпенсацияланган стеноз). Боланинг аҳволи жуда оғир, кўзгалувчан, безовта ёки беҳол, баъзи ҳолларда хуши жойида эмас. Нафас олиши кескин қийинлашган ва унда кўшимча мушаклар иштирок этади. Кўкрак қафаси ичга тортилган, нафас чиқариш кискарган. Тери ва шиллик қаватлар рангпар, баъзан ср рангида, акроцианоз, совуқ тер кузатилади. Қон

айланишининг бузилиш белгилари ривожланган - тери мармар кўринишида, тахикардия, юрак уриш сони меъёридан 15% ортган, юрак тонлари бўғик, баъзан аритмия, жигар катталашган.

4 даража (асфиксия). Аҳволи жуда оғир, хушсиз, кўз қорачиғи кенгайган, талваса кузатилиши мумкин. Нафас олиш юзаки, шовқинсиз, тери қопламлари цианотик. Юрак тонлари бўғик, брадикардия (юрак тўхташига олиб келувчи белгилар), пульс жуда секин ёки йўқ. Зарур чоралар кўрилмаган тақдирда нафас олиш ва юрак уришининг тўхташи юз беради.

Стенозловчи ларинготрахеитнинг солиштирма ташхиси дифтерия этиологияли круц, хикилдоқнинг аллергик шиши, ҳалқумда ёт жисм, обструктив бронхит, спазмофилияда кузатиловчи ларингоспазм билан ўтказилади ва бу даволаш тамойилларини танлашда муҳим роль ўйнайди.

Дифтерияли круцга стенознинг аста-секин ривожланиши, афоник товуш, субфебрил тана ҳарорати, аммо катарал белгиларни кузатилмаслиги хос. Бодомсимон безларда плёнкасимон кир-қулранг қоплам, оғиздан қўланса ҳид, ларингоскопияда-товуш бойламларида фибриноз ўзгаришлар кузатилади.

Шошилинч ёрдам:

1. Беморни боши кўтарилган ҳолатда ётқизиш, тоза ҳаво киришини таъминлаш (иложи бўлса нам), кўп илик суяклик ичириш;

2. Чалғитувчи муолажалар - горчичник (агар кўтарса), иссиқ ванна, қўл ва оёқларга, бўйин соҳаси ва кўкрак қафасига ярим спиртли компресс;

3. 1 даражали стенозда - томирларни торайтирувчи томчилар (0,05% нафтизин ёки галазалин эритмаси), 0,025% нафтизин (1:10) ёки лазолван эритмаси билан 2-3 марта ультратовушли ингаляция, обтурацияли шаклида – натрий хлорнинг гипертоник эритмаси ва барги зуб шарбати;

4. Агар стеноз кучайса (1-2 даража, 2-3 даража) – оксигенотерапия, ультратовушли ингаляция, 1-2 даражада кунда 3 марта, 2-3 даражада доим кислородли палаткада. Шиш шаклида ГКС (гидрокортизон – 12,5-25 мг), обтурация шаклида – натрий хлорнинг гипертоник эритмаси, самара бўлмаганда, химотрипсин билан аэрозол, преднизолон 2-3 мг/кг бир кунда ичишга, агар безовталиқ яққол намоён бўлса – 0,5% седуксен 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) м/о;

5. 3-4 даражали стенозда - кислородли палаткада оксигенотерапия, преднизолон 5-7 мг/кг м/о ёки т/и. Ларингоскопия ва интубация қилиш учун реанимация бригадасини чақиритиш. Юқоридаги муолажалар ёрдам бермаса, беморни ўпкани сунъий вентилициясига ўтказиш.

Стенозловчи ларинготрахеит билан оғриган болаларга тез ёрдам кўрсатилгандан сўнг, уларни зудлик билан шифохонага юбориш керак. 1-2 даражали стенозда бемор юқумли, 3-4 даражали стенозда - реанимация бўлимига ётқизилади.

Бронхиал астма хуружи (БА) - ўткир ривожланиб борувчи экспиратор хуруж, қийновчи ва/ёки хуштаксимон нафас, спастик йўтал ёки бу белгиларнинг бирга келиши, нафас чиқариш тезлигини камайиши билан

кечувчи патологик жараён.

Клиник таъхис ўткир хуруж, клиник белгилар ва функционал кўрсаткичларга асосланиб, қуйидагича таснифланади: енгил, ўртача оғирликда ва оғир. Агар оғир даражасининг битта мезони кузатилса ҳам, хуруж жуда оғир деб ҳисобланади.

Астматик ҳолат - БАнинг чўзилувчан хуружи бронхоспазмолитиклар берилганда ёрдам бермайди, негизида бронх дарахтларининг β -2-адренорецепторлари ётади.

Тез ёрдам кўрсатишнинг умумий тамойиллари:

▶ болани биринчи кўриш вақтида хуруж оғирлигини баҳолаб, пикфлоуметрия ўтказиш;

▶ сабабчи - кўзгатувчи аллергенларни ёки триггер омилларини бартараф этиш;

▶ олдинги ўтказилган даво чораларини аниқлаш - бронхоспазмолитик препарат дозаси кириш йўли, олдинги хуруждан кейин ўтган вақт, ГКС ишлатилган дозаси ва бошқалар;

▶ хуружнинг оғирлик даражасига монанд тез ёрдам кўрсатиш;

▶ клиник белгиларни динамикада кузатиш ва нафас чиқариш тезлигини мониторинг қилиш;

▶ бемор бола ва/ёки ота-онасини небулайзер ва аэрозолли ингаляторлардан фойдаланишга ўргатиш.

Бронхиал астманинг енгил хуружида тез ёрдам:

1. Дозаланган аэрозолли ингалятор ёрдамида бронхоспазмолитик препаратлардан 1-2 доза юбориш (беротек-Н, сальбутамол), қатта ёшдаги болаларда М-холинолитик (атровент) - кичик ёшдаги болаларда ва кечкурунги хуружларда комбинацияланган бронхоспазмолитик (беродуал) – хавфсиз ҳисобланади;

2. Бемор аҳволни 20 дақиқадан сўнг қайта баҳолаш;

3. Хуруж бартараф этилгандан сўнг режали даво белгиланади - 42-48 соат давомида ҳар 4-6 соатда ингаляцион бронхолитик ёрдамида бронхоспазмолитик терапия давом эттирилади, баъзи ҳолларда перорал метилксантин (эуфиллин) ёки узок таъсир этувчи теопэк, теотардан фойдаланилади;

4. Базис яллиғланишга қарши давони белгилаш ёки давом эттириш.

Бронхиал астма хуружининг ўрта оғирликдаги даражасида тез ёрдам:

1. Дозаланган аэрозолли ингалятор ёрдамида бронхоспазмолитик препаратлардан 1-2 дозада юбориш. Комбинацияланган бронхоспазмолитиклар (β 2-агонист ва М-холинолитик) – беродуал тавсия этиш мақсадга мувофиқ;

2. Агар дозали аэрозолли ингалятор ёки небулайзер йўқ бўлса, 2,4% эуфиллин 4-5 мг/кг (0,15-0,2 мл/кг) натрий хлорнинг изотоник эритмасида в/и секин 10-15 дақиқа ичида юборилади. *Эуфиллин м/и, ингаляцияда ва свеча ҳолида қўлланилмайди!*

3. 20 дақиқадан сўнг муолажа самараси баҳоланади;

4. Хуруж бартараф этилгандан сўнг режали даво олиб борилади:

- ҳар 4 соатда ингалицияли бронхолитик ёрдамида бронхоспазмолитик давони давом эттириш ёки небулайзер орқали бериладиган бронхолитикга (β 2-агонистлар ёки метилксантин) ўтказиш;

- базис яллиғланишга қарши (недокромил натрий, кромглицат натрий, ингакорт, беклометазон) давони белгилаш ёки давом эттириш, ҳар 7-10 кунда препарат дозасини 1,5-2 марта кўпайтириш ёки комбинацияланган яллиғланишга қарши ва бронхоспазмолитикларни қўллаш (дитек).

Бронхиал астма хуружининг оғир даражасида тез ёрдам:

1. Зудлик билан беморни шифохонага ётқизиш;

2. Маска ёки бурун катетори орқали оксигенотерапия;

3. Ингалицион терапия ўтказиш - небулайзер орқали бронхоспазмолитиклар, жумладан, β 2-агонистларни (беротек, сальбутамол) биринчи соатда ҳар 20 дақиқада, кейин ҳар 1-4 соатда бир марта кўрсатмага мувофик қўллаш. Бронхоспазмолитик таъсири атривент ёки комбинацияланган – беродуал қўшилганда кучайишини назарда тутиш. Агар небулайзер йўқ бўлса ва β 2-агонистларни перидозировка белгилари кузатилмаса, дозаланган аэрозол β 2-агонист (беротек, сальбутамол) спейсер орқали биринчи соатда ҳар 20 дақиқада, сўнгра 1-4 соат ичида бир марта юборилади;

4. Агар ингалиция қўллаш учун асбоб бўлмаса (небулайзер ва дозаланган ингальтор) ёки уларни қўллаш самарасиз бўлса, 2,4 % эуфиллин эритмаси в/и секин 20-30 дақиқада 4-5 мг/кг (0,15-0,2 мл/кг) дозада юборилади. Сўнгра кўрсатмалар бўлган тақдирда в/и томчилаб, ҳар 6-8 соатда 4-5 мг/кг 0,6-0,8 мг/вазнга/кунда юбориш давом эттирилади;

5. Бронхоспазмолитиклар билан бир вақтда в/и ГКС, хусусан м/о ёки ичшишга преднизалон 2 мг/кг дозада тавсия этилади;

Глюкокортикоидларни ўз вақтида буюрмаслик ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин.

6. Инфузион терапия ўтказиш 30-50 мл/кг глюкоза-тузли эритмалар билан 1:1 нисбатда, юбориш тезлиги бир дақиқада 10-15 томчи, сўнгра кўрсатмалар бўлса, в/и томчилаб ҳар 6-8 соатда юбориш;

7. Оғир хуруж бартараф этилгандан сўнг давони қайта белгилаш - бронхоспазмолитик давони ҳар 4 соатда давом эттириш, сўнгра таъсири узайтирилган бронхолитик (β 2-агонист, метилксантин) буюриш, бронхообструкцияни тўхтатишдан аввал ГКС юбориш, яллиғланишга қарши базис терапияни давом эттириш (беклометазон, ингакорт, будесонид), ўрта терапевтик дозани кўпайтириш ёки комбинацияланган препаратларни - яллиғланишга қарши ва бронхоспазмолитикларни (дитек) буюриш.

Болаларда бронхиал астма хуружида куйидаги препаратларни ишлатиш тавсия этилмайди:

• антигистамин дори воситалари (димедрол, супрастин, пипольфен, тавегил ва бошқалар);

- седатив препаратлар (седуксен, оксibuтират натрий, аминазин);
- фитопрепаратлар, горчичниклар, банка кўйиш;
- кальций препаратлари, сульфат магний;
- муколитиклар (трипсин, химотрипсин);
- антибиотиклар (бактериал инфекция эхтимоли бундан истисно);
- таркибида эфедрин сакловчи препаратлар (солутан, бронхолитин);
- селектив бўлмаган β -адреномиметиклар (астмопент, алуцент, изадрин);

- узайтирилган β -2-агонистлар (сальметерол, фенотерол).

Бронхиал астма хуружида болаларни шифохонага ётқишига кўрсатмалар:

- оғир хуруж;
- бронхолитик даво қўлланилгандан сўнг 1-2 соат ичида самара бўлмаса;
- БА кўзиш даври 1-2 хавфтага чўзилса;
- уй шароитида тез ёрдам кўрсатишни имкони йўқлиги;
- даволаш учун уйда шароит мавжуд эмаслиги;
- даволаш муассасаси узоқда жойлашганда;
- хуруж натижасида хавфли белгилар кузатилса.

Нафас йўлларида ёт жисм

Нафас йўлларида ёт жисм тикилиши бола ҳаёти учун хавфли ҳисобланади. Ҳалқумга ёт жисм тушиши натижасида асфиксия ва ўлим ҳолатларининг кузатилиши 5 ёшгача бўлган болаларда, айниқса, улар орасида 1 ёшгача бўлганларда кўп учрайди.

Клиник ташхислаш. Нафас йўллариининг бутунлай ёки қисман асфиксияси ёт жисмнинг жойлашишига, шаклига ва ҳажмига боғлиқ. Бир ойгача бўлган болаларда кўпинча суяқ ва қаттиқ овқат, қусиш вақтида ошқозон маҳсулоти, бир ёшдан катта болаларда эса қаттиқ овқат бўлаклари ва бошқа нарсалар тикилиши мумкин. Ёт жисм тикилиши овқатланиш ёки ўйин вақтида, баъзан кечкурун кузатилади. Бунда юқори нафас йўллариининг стенози - нафас олишнинг чўзилиши бўғилиш хуружи, йўтал ва кўкариш билан кузатилади. Болада безовталиқ, қўрқув ҳисси, хуружсимон самарасиз йўтал, экспиратор ҳансираш, бронхоспазм аниқланади. Аускультацияда қуруқ хуштаксимон бир томоғлама хириллашлар эшитилади. Агар бронхлар бутунлай ёпилган бўлса, ўпка ателектази кузатилади, аускультацияда – суст нафас ёки маълум бир жойларда нафас олиш бутунлай эшитилмайди.

Тез ёрдам. Агар ёт жисм ҳикилдоққа тушган бўлса ва бола ҳаётига хавф солувчи асфиксия кучайса, оғир оқибатга олиб келмаслик учун, уни зудлик билан олишга ҳаракат қилиш керак. Нафас йўлларига ёт жисм тушиш натижасида юзага келган асфиксияда ёрдам беришнинг бошланғич тактикаси:

- агар бола хушсиз ва нафас олмаётган бўлса - нафас йўлларини бўшатишга ҳаракат қилиш;
- агар бола ҳушида бўлса - уни тинчлантириш ва йўтални ушлаб турмасликка кўндириш;
- зудлик билан реанимация бригадасини чақириш ва у келгунча йўтал сустлашса, кучайса ёки бола ҳушини йўқотса, фаол муолажалар ўтказиш.

Биринчи ёрдам тарзида қуйидагилар тавсия этилади:

Бир ёшигача бўлган болалар учун:

1. *Шифокор* болани ўзининг чап елка соҳасига қорни билан жойлаштириб, юзини пастга қаратади (елка 60 даража пастга туширилади, боланинг ияги ва орқасидан ушлаб турилади). Ўнг қўлнинг кафти билан 5 маротаба боланинг кураклари орасига урилади. Сўнгра оғиз бўшлиғида ёт жисм борлиги текширилиб, мавжуд бўлса олиб ташланади;

2. Агар биринчи вариант ёрдам бермаса, бола оркамачасига ўгирилиб (боланинг боши танадан пастроқда жойлашиши керак), шифокор кўлига ёки тиззасига юзи пастга қаратиб қўйилади. Кўкракнинг тўш суяги пастки соҳасига 5 маротаба урилади. *Бола қорнини босмасдан!* Агар ёт жисм кўринса, олиб ташланади;

3. Агар обструкция ўтиб кетмаса, боланинг оғиз бўшлиғини яна очишга ҳаракат қилинади (боланинг ияги кўтарилган ва боши орқага тортилган) ва ўпканинг сунъий вентилияцияси ўтказилади. Агар муолажа натижасиз бўлса, реанимация бригадаси келгунга қадар ушбу муолажа такрорланади.

Бир ёшдан катта болалар учун:

1. Геймлих муолажасини ўтказиш - ўтирган ёки турган боланинг орқа томонидан туриб, бел соҳасидан қўлларимиз билан ўраб оламиз, қорнига босамиз (қориннинг ўрта чизиғи бўйлаб киндик ва ханжарсимон ўсиқ ўртасига 5 (3 сония оралик билан) маротаба тепага қаратиб туртки берамиз. Агар бемор хушсиз ва ёнламача ётган бўлса врач ўзининг ўнг қўли ва чап кафти билан (5-8 маротаба) 45 градус диафрагма томонга қисқа туртки беради. Бу муолажа вақтида қорин бўшлиғи ва кўкрак соҳаси аъзолари перфорацияси ёки жароҳатланиши каби асоратлар бўлиши мумкин;

2. Оғиз бўшлиғи кўздан кечирилиб, ёт жисм кўринса, у олиб ташланади;

3. Агар муолажа натижасиз бўлса, реанимация бригадаси келгунча у қайта такрорланади.

Болаларда обструкция кучайиши хавфи юқори бўлгани сабабли қўл билан ёт жисмни олиб ташлаш тақиқланади!

Агар ёт жисм кўринмаса, трахеотомия ёки интубация ўтказиш муаммоси ҳал этилади, бемор зудлик билан реанимация ёки ЛОР бўлимига жўнатилади. Улар бронхларда жойлашган бўлса, бронхоскопия ўтказиш учун шифохонага жўнатиш керак. Транспортировка вақтида беморни тинчлантириш, оксигенотерапия ўтказиш лозим.

Инфекция билан боғлиқ бўлган ва унга боғлиқ бўлмаган диареялар

Катталардан фарқли равишда, болаларда нажас ажралишидаги ўзгаришлар анча кўп учрайди ва баъзан узок вақт сакланиб қолади. Диарея ёки ич котиш кўринишидаги ошқозон-ичак тизими фаолиятидаги бузилишлар болаларда аксарият ҳолларда яққол ифодаланган бўлиб, айрим ҳолларда шошилишч даволаш тадбирларини кўришни тақозо этади. Мавжуд илмий нуктаи-назарларга кўра, диарея ва ичнинг суяқ келиши синонимлар ҳисобланади. Суяқ ич келиши деганда, одатда унинг келишини тезлашиши, нажас шакли ва консистенциясининг ўзгариши, таркибида қўшимчалар борлиги тушунилади. Агар суяқ ич келиши мунтазам ёки деярли мунтазам белги сифатида намоён бўлса, бир вақтнинг ўзида у симптом, ҳам синдром, яъни у ёки бу касалликка ёки алоҳида аъзо ва тизимлар зарарланишига оид симптомкомплекс сифатида тушунилади.

Замонавий тушунчаларга кўра, ҳозирги вақтда **диарея синдроми** суяқ нажас ажралиши ва унинг келишини тезлашиши (кунига 3 мартадан кўп) билан боғлиқ бўлган турли симптомлар мажмуаси тушунилади. Хорижий адабиётларда диареянинг ўткир ва сурункали шакллари фарқланади. Кўпчилик болаларда (75%) ўткир диарея бир ҳафта ёки камроқ, 1/5 болаларда - 8 кундан 14 кунгача ва фақат уларни 5% 2 ҳафтадан кўпроқ давом этади. Унинг охириги кўриниши персистирловчи гуруҳ сифатида қаралади. Узок давом этган ўткир диареяли болаларда унинг сурункалига ўтиш хавфи мавжуд. Ич кетишни қайси муддатдан бошлаб сурункали деб аташ ҳақида аниқ маълумотлар йўқ ва адабиётларда турли вақтлар кўрсатилади (1 ой, 3 ой, 5-6 ой ва ҳаказо). Кўпчилик муаллифлар, диареяни 3 ойдан кўп давом этишини сурункали деб аташни таклиф қилишади.

Патогенетик нуктаи назардан ушбу синдром (шу жумладан, ўткир диарея) овқат ҳазм қилиш, сўрилиш, секрециянинг издан чиқиши ҳисобига пайдо бўлади ва умуман олганда ошқозон-ичак тизимида сув ва электролитлар транспортини бузилиши билан боғлиқ. Диареянинг патогенезида тўртта механизм фарқланади: ичак гиперсекрецияси, унинг бўшлиғида осмотик босимнинг ортиши, бўшлиғидаги мавжуд масса ҳаракатини бузилиши ва гиперэкссудацияси. Қайд этилган у ёки бу патогенетик механизмлар турли этиологик омиллар таъсирига организмнинг жавоб реакцияси ҳисобланади.

Болаларда кузатиладиган диареяларнинг ягона қабул қилинган классификацияси мавжуд эмас. Инфекцияга боғлиқ ва боғлиқ бўлмаган диареялар фарқланади. Бундай ёндошиш илмий ва амалий нуктаи назардан тўла асосланган бўлиб, у орқали ташхисий ёндошиш ва даволаш тамойиллари аниқланади.

Диарея синдроми кўп ҳолларда ўткир ичак инфекцияларининг белгиси ёки функционал характерга ҳам эга бўлиши мумкин. У бола нотўғри овқатлантирилганда (ёшга мос бўлмаган, сифатсиз овқат),

овқат аллергиясида (кўпинча сигир сути оксилларига нисбатан), турли хил ферментопатиялар ва ҳазм аъзолари касалликларида, айрим юкумли жараёнларнинг бошланғич белгиси ва баъзи ўткир жарроҳлик патологияларининг илк (аппендицит, инвагинация ва бошқалар) кўриниши сифатида намоён бўлиши мумкин.

Бемор билан биринчи учрашганда, ичакдаги ўткир жараёнларнинг тахминий этиологиясини гумон қилиш учун инфекция билан боғлиқ касалликларнинг патогенези, клиникаси, эпидемиологияси тўғрисида аниқ маълумотга эга бўлиш керак. Бунда ошқозон ичак тизимининг қайси қисми (ошқозон, ингичка ичак, йўғон ичак) зарарланганлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки ҳар бир инфекцияга боғлиқ жараён ўзининг характерли жойлашишига эга. Турли хил этиологияли ўткир ичак ва ротовирус инфекциясида учрайдиган гастрит синдроми кўнгил айниш, қайт қилиш, эпигастрал соҳада босувчи оғриқ билан кечади. Энтеритда – кўп миқдордаги рангсиз шилликли суюқ ич келиши, метеоризм, киндик атрофида оғриқ ва уларни кўп ҳолларда гастрит белгилари билан бирга кўшилиб келиши хос белгилар ҳисобланади. Гастроэнтерит – ротовирус инфекцияси, эшерихиоз, турли этиологияли ўткир ичак инфекцияси учун характерлидир.

Энтероколит – кўп миқдорда яшил ва хира рангли шилликли, баъзан қон аралаш ич келиши, қоринда оғриқ билан кечади, пальпацияда йўғон ичак оғрикли ва ғулдираш аниқланади. Бу синдром кўпроқ эрта мактаб ёшидаги болаларда сальмонеллез, шигеллез ва иерсиниоз кузатилганда учрайди. Гастроэнтероколитда – қайта кўнгил айниш, эпигастрал соҳада оғриқ ва бошқа белгилар кузатилади. Дистал колит синдроми дизентерия учун характерли бўлиб, қоринда хуружсимон оғриқ (кўпроқ чап ёнбош соҳада), ёлғон чакирув (тенезм), сигмасимон ичакда спазм, терлаш, баъзан ануснинг бўртиб туриши, кам шилликли ич кетиш, қонли, йирингли, «ректал тупуқ» кўринишидаги белгилар билан характерланади.

Кичик ёшли болаларда дефекация вақтида юзнинг қизариши ва оёқларнинг тортилиши тенезмлар эквиваленти ҳисобланади.

Диареяни солиштирма ташхислаш учун ёрдам берадиган муҳим анамнез маълумотлари

Дори воситаларини қабул қилиш ва овқатланиш ҳақида маълумотлар. Турли дори воситаларини катта миқдорда қабул қилиш диареяни чакириши мумкин. Жумладан, кўпгина эликсирлар сорбитолнинг анча миқдорини сақлайди. Ошқозон-ичак тизимига лактоза тутувчи эритма ва дори воситаларини тушиши, баъзида лактоза етишмовчилиги мавжуд беморларда диарея чакиради. Фруктоза томонидан чакирилган диарея (фруктозоиндуцирланган) ошқозон-ичак тизимига мевалар, унинг шарбатлари кўп тушиши оқибатида юзага келади. Юмшоқ

ичимликлар ишлаб чиқарувчилар таркибида катта миқдорда фруктоза тутувчи маккажўхори қиёмини, шакар қамишдан тайёрланган қиёмга алмаштиришлари оқибатида ушбу ичимликларни кўп истеъмол қилувчи беморларда фруктозоиндуцирланган диарея кузатилиши мумкин. Қандсиз қиёмни ортиқча истеъмол қилиш айрим ҳолларда иккиламчи диареяга сабаб бўлади. Шунингдек,, кофеин сакловчи ичимликлар ҳам баъзан диареяга олиб келади.

Саёҳат ва фаолият тури ҳақида маълумотлар. Яқинда саёҳатда бўлиш, палаткаларда дам олиш, шунингдек,, кичик болалар билан яқин алоқада бўлиш ҳам лямблиоз билан зарарланиш хавфини туғдиради.

Диарея пайдо бўлиш вақти ҳақида маълумотлар. Тунлари кузатиловчи ва беморнинг уйғонишига сабаб бўлувчи диарея органик касалликлар борлигидан далолат беради. Шунингдек,, соматик невропатияларда ҳам (масалан ҚД) диарея ва у билан бир қаторда, нажасни тута олмаслик кўпроқ кечалари безовта қилади. Эрталабки нонушта ва тушлик орасида пайдо бўлувчи ва кун охирига келиб камаювчи диареяларда кўпроқ функционал (масалан таъсирланган ичак синдроми) ўзгаришлар тўғрисида уйлаш лозим.

Нажас ҳажми. Суяқ нажас миқдорининг кўплиги ингичка ёки йўғон ичак ўнг томони дисфункциясини тахмин қилишга асос бўлади. Суяқ нажас кам миқдорда бўлиб, ич келишига чақириклар шошилиш пайдо бўлса, унда диареянинг сабаби йўғон ичакдаги ўзгаришларга оидлиги тўғрисида фикр юритиш керак.

Оғриқларнинг жойлашиши. Агар диарея киндик атрофида жойлашган оғриқлар билан бирга кечса, бемор бола ингичка ичагида патологик ўзгаришлар мавжудлигининг белгиларидан бири ҳисобланади. Гипогастрал (қориннинг ўнг ёки чап квадратиди) ёки думғаза соҳасидаги оғриқлар йўғон ичак касаллиги ҳақида гувоҳлик беради.

Нажасда қон бўлиши диареянинг яллиғланиш, инфекция ёки ўсма сабабли юзага келган деб тахмин қилишга асос бўлади ва унинг функционал ёки сунъий (дорилар ёки овқатланиш) келиб чиқиши эҳтимolini пасайтиради.

Тана вазни камайиши. Агар беморда тана вазнини йўқотиш кузатилса, мальабсорбция синдроми, шунингдек,, диареянинг яллиғланиш ёки ўсма оқибатида юзага келганлигини тахмин қилиш мумкин. Дегидратация ва электролит бузилишларининг белгилари диарея кўпроқ секретор хусусиятга эга (масалан, эндокрин ўсмалар ёки ични бўшаштирувчи дориларни нотўғри қабул қилиш) эканлиги тўғрисида ўйлашга асос бўлади.

Сут истеъмол қилгандан кейин (кўкрак ёшидаги болани эмизиш ёки каттарок ёшдаги болаларни сут маҳсулотлари, асосан тоза сутни истеъмол қилгандан кейин) 30 дақиқа ичида қоринда ғулдирашлар, оғриқлар, унинг шишиши, нотинчлик, суяқ нажас келиши (битта белги ёки уларнинг бир нечасини биргаликда кузатилиши) билан бола умумий аҳволининг

ёмонлашиши лактоза етишмаслигига боғлиқ. Таркибида қанд сақловчи маҳсулотларни (шу жумладан, кўкрак ёшидаги болаларга ширин сув ёки ичимликлар) қабул қилишдан кейин кузатиладиган юқоридаги ҳолат сахароза етишмаслигида кузатилади. Таркибида глиадин сақловчи овқатлар (ёрмали ва геркулесли бўтқа, сули ёрмаси, «Малыш» аралашмаси ва бошқалар) билан боғлиқ ич кетиш ҳолатлари кўпроқ целиакияга хос.

Кўкрак сути билан овқатлантириш тўхтатилгандан сўнг касаллик таъсирида тана вазни ошишининг камайиши, стеатореяли диарея ҳамда уларни алопеция ва теридаги ўзгаришлар билан бирга келиши энтеропатик дерматитда қайд қилинади. Охирги вазиятда қонда цинк концентрациясининг камайиши кузатилади. Бактериологик тасдиқланган ичак инфекциясидан кейин турғун бўлмаган ич келишининг сақланиши ривожланган ичак дисбактериозиди, постинфекцион энтеритда (энтероколитда), иккиламчи лактоза, сахарозли-изомальтаз етишмовчилигида, глюкоза-галактозали мальабсорбцияда учраши мумкин. Одатда, ичак дисбактериози учун биопрепаратлар тайинлангандан сўнг ич келишининг меъёрлашуви ва уларни тўхтатгандан сўнг бир ой ўтиб қайта ёмонлашуви хос. Дисбактериоз кўп ҳолларда ичакка алоқаси бўлмаган, аммо инфекция билан боғлиқ касалликларни даволашда антибиотикларни қўллаш (болаларда асосан ҳаётининг биринчи йилларида) оқибатида кузатилади. Стресс ҳолатларда ич келиши ёмонлашуви ошқозон-ичак тизми дискенизияси учун (бир ёшдан катта болаларда ва катталардаги «таъсирланган ичак синдромида») характерли. Баъзан иммунтанқислик ҳолатлари ҳам ичак дисбактериози кўриниши намоеън бўлиши мумкин, аммо уни тасдиқлаш учун чуқур иммун текширишларни амалга ошириш лозим.

Диарея синдроми хусусиятини таҳлил қилиш ҳам ташхисий изланиш доирасини бир мунча осонлаштиради, шунинг учун биз қуйида уларга қисқача тўхталиб ўтамиз:

▶ сулоқ, кўпикли, нордон ҳидли нажас дисахаридоз етишмовчилигида ва глюкоза-галактозали мальабсорбцияда кузатилади;

▶ сувли диарея инфекцияларда, инвазияларда, постинфекцион энтеритда (энтероколитда), дисахаридоз етишмовчилигида, глюкоза-галактозали мальабсорбцияда, овқат аллергиясида ва сигир сути оқсиллини кўтараолмаслик ҳолларида, марказий асаб тизими касалликларидаги ошқозон-ичак тизими дискенизиясида, баъзи гармон ишлаб чиқарувчи ўсмаларда, мастоцитозда, туғма хлоридли ва идиопатик оилавий диареяда, буйрак усти безларининг туғма гиперплазиясида, оилавий дизавтономияда бўлиши мумкин;

▶ ёғли нажас ошқозон ости беши фаолиятини экзокрин етишмовчилигида (сурункали панкреатит, муковисцидоз, липазанинг боғланишсиз етишмовчилигида, Швахман-Даймонд синдроми) ва ичакни айрим касалликларида, шу жумладан, целиакия, герпетик шаклли дерматит, постинфекцион энтерит (энтероколит), экссудатив энтеропатия, ичак

дисбактериози, абеталипопротеидемия, Пирсон синдроми, калта ингичка ичак ва, шунингдек, холепатияларда кузатилади;

▶ жуда ҳам ёғли нажас (ёғ томчилари анал тешикдан томчилаб туради, ёғли ич кийимни ювиш кийин, горшок ёмон ювилади), кўпинча тўғри ичак шиллиқ пардаси тушиши билан бирга келувчи, ўзига хос ҳид билан ажралиб турувчи ошқозон ости бези экзокрин етишмовчилиги ва муковисцидозда қайд этилади;

▶ полифекалия, кўпинча – кулранг, ёғли нажас, целиакияда, герпетик, энтеропатик акродерматитда учрайди;

▶ ич қотишларнинг бўтқасимон ич келиши билан алмашилиши ёки стресс вазиятларда бўтқасимон ич келиши, қориндаги оғриқлар – таъсирланган ичак синдромида (марказий асаб тизими дисфункциясидаги ошқозон-ичак тизими дискинезияси) аниқланади.

▶ Диарсея қориндаги оғриқлар билан бирга биринчи навбатда, ичакни инфекцияларга боғлиқ бўлган касалликларида ва инвазияларда, лекин бошқа қатор вазиятларда ҳам кузатилиши мумкин.

▶ хуружсимон оғриқлар, ич қотиши ва унинг суюқ келишини алмашилиши, вегетатив бузилишлар – таъсирланган ичак синдромида (марказий асаб тизими дисфункциясидаги ошқозон-ичак тизими дискинезияси);

▶ сут маҳсулотларини истеъмол қилгандан сўнг, метеоризм ва мўл кўпикли нордон хидли нажас – лактаз етишмовчиликда;

▶ буйрак санчиғи ёки пастга тарқалувчи бел соҳасидаги зиркировчи оғриқлар (оксалурияли ёки сийдик-тош касаллиги билан дисметаболик нефропатия) Лепер синдромида;

▶ оғриқларнинг ярали тури, кўп қусишлар – Золлингер-Эллисон синдромида (гастринома) кузатилади.

Шунингдек, сурункали диареяларда қориндаги оғриқлар қуйидагилар билан бирга келиши мумкин:

- ичак аномалиялари;
- овқат аллергияси ва сигир сути оксилани кўтаролмаслик;
- носпецифик ярали колит;
- Крон касаллиги;
- Уиппл касаллиги.

Қайта қайт қилиши билан бирга келувчи диарея қуйидаги касалликларда кўпроқ учрайди:

- овқат аллергияси ва сигир сути оксилани кўтаролмаслик;
- Золлингер-Эллисон синдроми (гастринома);
- ичак аномалиялари;
- транскобаламин II танқислиги.

Теридаги ўзгартишлар билан бирга келувчи диарея:

- овқат аллергияси ва сигир сути оксилани кўтаролмаслик;
- ўзига хос тери синдроми ва алопеция – энтеропатик акродерматитда;

- герпетик шаклдаги тошмалар – герпетик турдаги дерматитда.

Кўп сонли аномалиялар, карлик ва нанизм билан келувчи диарея Иохансон-Бичарель синдроми учун хос, у панкреатик етишмовчилик билан бирга содир бўлади.

Суюқ аномалиялари билан кечувчи диарея Швахман синдромида бўлиши мумкин ва панкреатик етишмовчилик ҳамда нейтропения билан кузатилади.

Юзнинг қўпол хусусияти, чов чурраси, соннинг туғма чиқиши, жигар катталашishi муколипидоз II да кузатилади ва сийдик билан сиалополисахаридларнинг юкори экскрецияси билан бирга кечади.

Номаълум этиологияли сурункали диарея (идиопатик сурункали диарея)

Одатда номаълум этиологияли сурункали диарея (идиопатик) ташхиси беморни синчковлик билан текширгандан сўнг унинг ҳеч қандай сабаблари аниқланмаган ҳолларда қўйилади. Бундай беморларда қуйидагилар кузатилади:

- суюқ нажас ёки тезлашган ич келиши;
- сурункали диарея (камида 4 ҳафта давом этувчи);
- нажасни микробиологик текширишнинг салбий натижалари;
- ошқозон-ичак тизимининг рентген, УТТ ва КТ, ЭГДС, колоноскопия ҳамда ингичка ва йўғон ичак шиллик қавати биопсиясида патологик ўзгаришлар аниқланмаслиги;
- беморда эндокрин касалликларнинг (КД, буйрак усти беши етишмовчилиги, қалқонсимон без касалликлари) йўқлиги;
- диарея чақириши мумкин бўлган ўсмаларнинг (карциноид синдром, феохромоцитома, гастринома, қалқонсимон без медулляр ўсмаси, вилломалар, глюкогауномалар, соматостатиномалар) йўқлиги;
- тизимли иммунодефицит (ОИТС, иммуноглобулин етишмовчилиги) мавжуд эмаслиги;
- диареяга қарши носпецифик терапияга ёмон реакция ёки унинг тўлиқ бўлмаслиги.

Болаларда сурункали диарея аниқланганда бажарилиши лозим бўлган текширишлар:

- Нажасни яширин қонга текшириш - ижобий натижа яллиғланиш жараёни мавжудлигини тахмин қилишга асос бўлади;
- нажасни бўяш ва ундаги лейкоцитларни аниқлаш - уларнинг мавжудлиги яллиғланиш ёки инфекция жараёнга шубҳа туғдиради;
- нажасни паразитларга текшириш - амebaли трофоцитлар, лямблия кисталари ва паразит тухумлари топилиши мумкин;

- ёғни аниқлаш учун нажасни судан билан бўяш - унинг юқори миқдори мальабсорбция мавжудлиги ёки ёғли ични бўшаштирувчи дорилар қўлланилганлигини билдиради;

- нажасда электролитлар миқдорини аниқлаш - осмотик “сусайиш”нинг ошиши ичакда абсорбцияланмаган моддалар борлиги хақида далолат беради;

- нажасни бактериал экиш - сурункали инфекция чақирувчи микроорганизмларни аниқлашга имкон яратади;

- нажас рН ни аниқлаш - унинг пастлиги углеводлар сўрилишининг бузилганлигини кўрсатади.

Барча беморларда қоннинг умумклиник ва биокимёвий текширишларини амалга ошириш керак, эритроцитларнинг чўкиш тезлигини ва трийодтиронин (T_3) миқдорини аниқлаш лозим. Анча мураккаб вазиятларда шунингдек, агар анамнез маълумотлари беморларда специфик касалликлар мавжудлигидан далолат берадиган бўлса, қуйидаги қўшимча текширишларни бажариш керак: амсбали инвазияни аниқлаш учун ссрологик синамалар, зардобда кортизол, гастрин, вазофаол ичак пептиди, кальцитонин ва бошқалар. Зардобдаги петидларни нейроэндокрин ўсмалар мавжудлигига ишончли шубҳа бўлган вазиятлардагина текшириш мумкин.

Мальабсорбция синдромини аниқлаш учун 72 соат давомида йиғилган нажасдаги ёғ миқдорини ўлчаш керак. Витамин B_{12} миқдорини ошиши ичак микрофлорасининг ҳаддан ташқари ўсиши мавжуд бўлган беморларда ёки ёнбош ичакнинг резекциясидан кейин кузатилади. Иммуноглобулинларнинг миқдорий таҳлили ёрдамида илгари мавжуд бўлган гипогаммаглобулинемия ёки IgA нинг таъланган етишмовчилигини аниқлаш мумкин. У кўпроқ ичак шиллик қавати тукчалари атрофияси ёки сурункали лямблиозда кузатилади.

Сийдикни ични бўшаштирувчи дорилар ёки уларнинг алмашинув махсулотларига текшириш бемор ушбу дори воситаларини кўп қабул қилганми, деган саволга жавоб беради.

Ўн икки бармоқ ичакни зондлаш лямблиоз ва строгилоидозни ташхислаш учун имкон беради.

Нафас - водород синамаси шиллик қават юзасидаги лактоза ферменти етишмовчилиги билан боғлиқ лактоза сўрилиши бузилишини ташхислаш учун ишлатилади. Бу фермент лактозани галактоза ва глюкозага парачалаб, кейинчалик уларнинг сўрилиши учун керак. Синама қуйидагича бажарилади. Бемордан оч қоринга чиқарилаётган нафасдаги водороднинг базис миқдори аниқлангандан сўнг унга лактозанинг маълум дозаси оғиз орқали берилади. Чиқарилаётган нафас намунаси 4 соат давомида ҳар соатда йиғилади ва уларда водород миқдори ўлчанади. Агар беморда лактоза ҳазм бўлиши ва сўрилиши бузилган бўлса, унда ҳазм қилинмаган лактоза ичак бактериялари томонидан водород чиқарилиши билан ҳазм қилинади. Водород концентрациясининг базис даражага нисбатан чиқарилаётган нафасда миллионга 20 қисмдан ортик бўлса, лактоза ҳазм қилиш бузилганлигини кўрсатади.

Ичак микрофлорасининг хаддан ташқари ўсишини ингичка ичак ичидаги нарсаларни аспирация қилиш ва бактериал экиш ёрдамида ташхислаш мумкин. Унинг учун бир нечта нафас синамалари қўлланилади. Уларга лактулозали ёки глюкозали, ^{14}C -В-ксилозли синама ва ^{14}C -гликоҳолатли нафас синамалари киради. Чиқарилаётган нафасдаги водород концентрацияси оч қоринга миллионнинг 42 қисмидан иборат бўлса, бу ичак микрофлорасининг хаддан ташқари ўсиш кўрсаткичи ҳисобланади.

Сурункали диареяни даволаш

Барча касалликларни, шу жумладан, диареяни даволашда ҳам этиотроп терапия танлаш мақсадга мувофиқдир. Аммо аксарият ҳолларда ич кетиш сабабларини аниқлаш учун шифокорда етарли даражада вақт бўлмайди. Шунинг учун диареянинг турли хил кўринишларини даволаш куйидаги бир нечта босқичларни ўз ичига олади: диарея синдромининг асосий кўринишларини (тез-тез ва мўл ич келиши, оғрик синдроми, организмни сувсизланиши, интоксикация) бартараф этишга йўналтирилган симптоматик, этиотроп даво, реабилитация ва профилактика.

Ўткир диареянинг замонавий симптоматик давоси куйидаги тамойилларга асосланган: антибактериал терапия - касаллик кўзгатувчиси лаборатория текширувларида тасдиқлангандан сўнг ўтказилади. Бошқа ҳолларда, асосан саёҳатчилар диареясида ножўя таъсирларни чақириш эҳтимоли борлиги сабабли (микроорганизмларнинг антибиотикга резистент штаммларини пайдо бўлиши, нормал инфекция эрадикацияси билан боғлиқ суперинфекция) антибиотиклар қўлланилмайди. Ичакда сўрилмайдиган ва ўрганиб қолишни чақирмайдиган дори воситаларини тавсия этиш мақсадга мувофиқ ва улар қисқа муддатли курслар (1-2 кун) да тайинланади.

Даволаш биринчи навбатда, интоксикация шароитидаги дегидратация ва аксарият ҳолларда у билан бирга кузатиладиган артериал гипотензияни бартараф этиш ва йўқотилган суюқлик миқдорини тўлдиришга қаратилади. Диарея билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари мавжуд беморларнинг 85-95% да регидратацион терапия орал йўл билан амалга оширилади. Фақат 5-15% беморларда дегидратациянинг клиник белгилари бўлганда, ўрин босувчи эритмаларни вена ичига юбориш тайинланади. Вена ичи регидратацияси учун изотоник полиионли кристаллоид эритмалар: трисоль, квартасоль, апесоль ишлатилади. Дезинтоксикация учун коллоид эритмалар (гемодез, реополиглюкин, рефортан) яққол гипотония кузатилган вазиятларда ва фақат сувсизланиш белгилари йўқлигида қўлланилади. Орал регидратацион терапия учун ЖССТ тавсия қилган эритмалар регидрон, цитроглюкосалон, гастролит ишлатилади. Охириги йилларда таркибида тузлардан ташқари, аминокислоталар, дипептидлар, мальтодекстрин ва бошқоқли ўсимликлар киритилган II авлод эритмалари тавсия этилади. Ўртача ичилган суюқлик миқдори ажратилган сийдик ва дефекациядан 1,5 баробар ортиқ бўлиши керак.

Диарейя синдромининг давомийлиги ва оғирлиги беморлар адсорбцияловчи дориларни қабул қилганда камаяди. Ушбу дорилар нафақат токсинлар сўрилишини олдини олади, балки уларнинг ичакдан чиқарилишига ёрдам беради. Масалан, интоксикация белгилари мавжуд бўлганда ва ичак девори шикастланганда ҳамда метеоризмда танланган дорилар қаторига биринчи навбатда, сорбентлар, буриштурувчи ва коповчи дори воситалари киради. Субсалицилат висмут (десмол) ва диосметит (сметка) қайд этилган талабларнинг барчасига жавоб беради. Бу дорилар нафақат адсорбцияловчи самара, балки мембранастабилловчи хусусиятларга ҳам эга. Улар ошқозон-ичак тизими шиллик қавати протекторлари ҳисобланиши билан бир қаторда, бактериал ҳамда вирусли китикловчилардан асровчи омил вазифасини ўтайди. Катта ёшдаги болаларга бир кунда 2-3 пакетдан тавсия этилади. Бир ёшгача бўлган болаларга кунда 1 пакетдан, 1 ёшдан 2 ёшгача – 1-2 пакетдан, 2 ёшдан катталарга эса – 2-3 пакет буюрилади. Абсорбентлар қаторига аттапургит (неоинтестопан) дори воситаси ҳам киради. У алюминий ва магний силикати гидратларининг табиий аралашмаси бўлиб, таркиби бўйича ок лойга яқин ҳисобланади. Ушбу дори воситасининг афзаллиги нафақат токсинлар, патоген бактерияларни адсорбция қилишдан иборат, балки йўғон ичакдаги бактерияларни меъёрлаштиради, дисбактериоз ва диарейянинг сурункали кечишини олдини олади. Яллиғланишга қарши ижобий самара, йўғон ичак китикланишини олдини олиш, спастик фаолликни камайтириш хусусиятларига эга бўлганлиги сабабли, диарейяли таъсирланган ичак синдроми мавжуд беморларга терапия танлашда ушбу дори воситаси жуда яхши устунликларга эга. Катталар учун у бошланғич дозада – 4, кейин 2 таблеткадан ҳар бир суюқ ич келишидан кейин берилади, максимал дозаси – кунига 14 таблетка. Болаларга 6 ёшдан тавсия қилинади. Бошланғич дозада – 2 таблеткадан, кейин 1 таблеткадан ҳар бир суюқ ич келишидан кейин берилади, максимал доза – кунига 7 таблетка. Уни қабул қилиш давомийлиги 2 кундан ошмаслиги керак. Кўрсатилган дори воситаларидан ташқари, фаоллаштирилган кўмирни таблеткалар ёки сувли аралашма кўринишида икки-уч марта 20-30 г кунлик дозада; порошок ҳолида полифепанни 20-50 г кунлик дозасида; полисорб; танакомб каби дори воситаларини қўллаш ҳам мумкин. Диарейя синдромининг симптоматик давоси ичак моторикаси ва тонусини бошқарувчи дориларни тайинлашдан иборат. Шу мақсадда энг кўп опиятли ёки серотонинли рецепторлар билан боғланувчи воситалар қўлланилади. Диарейяга қарши дориларни тайинлашда уларни интоксикация вақтида қўллаш мумкин эмаслигини эсда тутиш лозим. Чунки токсинларни организмдан чиқариш хусусиятига эга эмас, интоксикациянинг ўзи эса узок вақт сақланади. Юқори иситмалаш, интоксикация белгилари ва сувсизланиш бўлмаганида, липерамид гидрохлорид (имодиум) кенг қўлланилади, 4 мг.дан бир марта, кейин 2 мг.дан ҳар бир дефекация актидан ўнг, лекин кунлик доза 8 мг.дан ортиқ бўлмаслиги керак. Ҳозирги вақтда танлов

дори сифатида имодиумнинг лингвал шаклидан фойдаланилмоқда. Уни қабул қилганда (2 таблеткадан тил остига) самара биринчи соатларданок юзага келади. Шунингдек,, имодиум-плюсни (лоперамид гидрохлорид ва симетикон комбинацияси) тайинлаш ҳам самарали ҳисобланади. Газларни абсорбцияловчи ва ичакдан чиқишини тезлаштирувчи симетиконни даво режасига киритиш метеоризмни бартараф қилишга ва диарея синдромини тезда тўхтатишга олиб келади. Уни қабул қилиш 2 таблеткадан бошланади ва кейин 1 таблеткадан ҳар бир дефекация актидан сўнг берилади. Кунлик дозаси 4 таблеткани ташкил этади. Ҳар бир аниқ вазиятда дори дозасини индивидуал танлаш зарур, ақс ҳолда ич келишининг кескин камайиши ичак тугилишига олиб келиши мумкин. Симетикон носпецифик ярали ва псевдомембраноз колит мавжуд беморларга тавсия қилинмайди.

Нейроген табиатли ичакнинг гипермоторикасида (неврозлар) седатив воситалар тавсия қилинади. Бундай диареяни даволаш бромазепам самара бериши исботланган.

Ошқозон-ичак тизими моторикасини сусайтириш мақсадида кальций каналини блокловчи дориларни (верапамил ва бошқалар) тайинлаш мумкин. Аммо уларнинг бутун организмга таъсир қилишини эсда тутиш керак.

Шунингдек,, соматостатин ва унинг синтетик аналоги – окреотидлар ҳам антисекретор таъсирга эга. Улар секретор ва осмотик диареяларда қўлланилади. Айниқса, карциноид ўсмалар, мўл сувли ич келиши билан кечувчи кенг дистал резекцияларда кузатиладиган диареяли синдромда ушбу дори воситаси танлов препарати ҳисобланади.

Антибактериал терапияни танлаш ва ичак инфекциялари чақирган иситмалаш, қайт қилиш, қон ёки йиринг аралаш ич келиши билан кечувчи диареяларни даволашнинг давомийлиги унинг қўзғатувчиси турига боғлиқ. Масалан, шигеллез инфекцияда фторхинолинлар, альтернатив восита сифатида сульфаниламидлар ва нитрофуран ҳосилалари қўлланилади. Компилобактер пилори инфекцияси чақирган диареяларни даволашда макролидлар самарали ҳисобланади. Шунингдек,, антибактериал терапия сифатида бактериофаглардан фойдаланиш мумкин. Улар дисбактериоз ривожланишига олиб келмайди.

Диареяга чалинган беморларни даволашнинг барча босқичларида ичак микробиоценозини мўътадиллаштириш алоҳида аҳамиятга эга ва у пробиотиклар ёрдамида амалга оширилади. Сўнгги йилларда бифидумбактеринни катта дозаларда тайинлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланмоқда (биринчи кун 50 дозадан 3 марта ҳар 2 соатда, кейин кўрсатмалар бўйича, тутиб турувчи терапия кунда 30 дозадан 6 кун мобийнида). Шунингдек,, *Vacillus* турига мансуб микроорганизмлардан тайёрланган пробиотиклардан - биоспорин танлов дори воситаси сифатида қўлланилмоқда. У антибактериал ва антитоксик таъсирдан ташқари, иммуномодуловчи таъсирга эга, эндоген интерферон синтезини индуцирлайди, лейкоцитларда иммуноглобулин ҳосил бўлишини

кучайтиради. Беоспорин 2 дозадан кунига 2-3 маҳал 5-7 кун мобайнида тайинланади. Энтерит синдромлари устун келишида энтерол 250 мгдан кунига 2 маҳал 5 кун мобайнида тавсия қилинади. Ичак микробиоценозини ва гемостатик жараёнларни мўтадиллаштириш учун асосан антибактериал терапия курсидан кейин, облигат шаклидаги дорилар – бифидумбактерин форте, бификол, линекс, ацилак, нормофлор ва бошқаларни тайинлаш мақсадга мувофиқ. Улар умумқабул қилинган дозаларда 1,5-2 ой давомида тайинланади. Даволаш курси пробиотиклар тайинланиши билан тугатилади (хилак-форте 30-60 томчидан кунига 2-3 марта 1 ой мобайнида).

Диарея синдромида овқат ҳазм қилиш жараёнларини яхшилаш учун энтеросолюбил қопламали фермент дори воситалари (креон, панцитрат) 30000 дан 150000 гача бўлган кунлик дозада (липаза микдорига ҳисоблаган ҳолда) киска курслар билан 2 ҳафтага буюрилади. Лекин ингичка ичакнинг баъзи касалликларида (глутенли энтеропатия, калта ингичка ичак синдроми) узоқ давом этувчи қатъи курслар амалга оширилади.

Кўпроқ узоқ давом этган ва яққол ифодаланган интоксикация белгилари билан бирга кечган диареядан кейин реабилитация жараёнида гепатопротекторлар тавсия этилади. Улардан ўсимлик асосида тайёрланган гепатопротекторларни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Улар нафақат жигар тўқималарига самарали таъсир кўрсатади, балки антиоксидант, диуретик ва яллиғланишга қарши таъсирга эга. Бу организмдан токсик моддалар чиқарилишига шароит яратади. Айрим гепатопротекторлар ўт ҳайдовчи таъсирга эга бўлганлиги сабабли ични енгил бўшаштирувчи самара бериши мумкин. Лекин буриштирувчи адсорбентлар қўллаш орқали уларнинг салбий таъсирлари йўқотилади.

Шу ўринда, агар болада ўткир ичак инфекцияси белгилари аниқланса, уни дарҳол юқумли касалликлар шифохонасига ётқизиш зарурлигини УАВ доимо эсда тутишлари лозимлигини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

Гельминтлар

Гельминтлар - кўпроқ болаларда патолгик жараёнлар чакирувчи паразитлар ҳисобланади.

Гельминтлар чакирувчи касалликлар патогенезида иккита асосий давр муҳим рол ўйнайди: *ўткир* – 2-3 ҳафта давом этади (касаллик оғир кечганда, бу давр 2 ой ва ундан ортиқ кечиши мумкин) ва сурункали (бир неча ойдан кўп йилларгача давом этади). *Ўткир* даврда организмнинг сенсibiliзацияси, сурункали даврда эса паразитларнинг токсик таъсирида хужайраларнинг механик шикастланиши, ошқозон-ичак тизими нейрогуморал бошқарувининг бузилиши кузатилади.

Гельминтлар 3 хил кўринишда бўлади: *нематодозлар* (қўзғатувчиси – Nematoda синфига кирувчи – юмалок чувалчанглар), *цестодозлар* (Cestoda бу – лентасимон чувалчанглар) ва *трелатодозлар* (Trematoda – сурувчилар).

Ўткир даврнинг асосий клиник кўринишлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, шишлар, ҳар хил кўринишдаги тошмалар (кўпинча крапивница), бўғим соҳасида оғриқ, лимфаденопатия, ўпка синдроми, гепатоспленомегалия, эозинофилия ва диспротеинемия кузатилади.

Камдан-кам ҳолларда алергик миокардит, пневмония, гепатит, менингоэнцефалит кузатилиши мумкин. Сурункали даврда эса клиник кўринишлар гельминт кўзгатувчисининг қайси аъзоларда жойлашувига ва инвазия даражасига боғлиқ.

Ташхислаш. Махсус усуллари қўллаш йўли билан биологик материал текшируви (ахлат, сийдик, ўт, балғам, қон, мушак тўқимаси) ўтказилади. Қон таҳлилида эозинофилия кузатилади. Касалликнинг ўткир даврида ташхислаш учун серологик текширув қўлланилади. Бунда эпид анамнезни ҳам ҳисобга олиш лозим. Кўрсатмалар бўлса, бошқа текширувлари ҳам ўтказиш (рентген, УТТ, ЭФГС, эндобиопсия ва бошқалар) мумкин.

Эхинококкоз – кўзгатувчиси *Echinococcus granulosus* ҳисобланади ва ички аъзоларда киста ҳосил бўлиши билан кечади. Охирги хўжайини ит, бўри, тулки, оралик хўжайини инсон, уй ҳайвонлари, қуён, олмаҳон ҳисобланади. Одамга касалланган ит, сув ва ўрмон маҳсулотлари орқали юқади.

Касаллик умумий интоксикация белгилари билан бошланади. Жигар ва ўсма жойлашган ўнг қовурға соҳасида оғриқ, жигарни катталашиши ва баъзан асцит кузатилади. Ўсма ёрилганда, анафилактик шок ва организмнинг захарланиши қайд этилади. Баъзи ҳолларда ўсимтанинг ялиғланиши учрайди. Ўсимта ўпкада жойлашганда, беморда узоқ давом этувчи курук йўтал, қон туфлаш, ҳансираш ва перкуссияда ўпка товущининг бўғиқлиги аниқланади. Ўсмани бронх ва плеврага ёрилиши ҳам кузатилиши мумкин.

Ташхиси. Тери ости реакцияси (Каццони), РНГА эхинококк антигени билан, иммунофермент анализ.

Давоси. Жарроҳлик усули, мебендазол (вермокс) қўлланилганда, бемор аҳволи бир мунча енгиллашади.

Гименолипидозлар – кўзгатувчиси *Hymenolepis pана*, клиникасида субфебрилитет, диспептик синдром ва эпилептик шайтонлашлар кузатилади.

Ташувчиси – инсон. Касаллик бемор билан мулоқотда, идиш товоқ, мебел ва кийим кечак орқали юқади.

Клиникаси. Клиник белгилар яширин кечиши мумкин. Интоксикация белгилари яхши ривожланмаган, тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, бош ва қорин соҳасида оғриқ кузатилади. Кам ҳолларда эпилептик шайтонлашлар учрайди. Қон таҳлилида - анемия, эозинофилия аниқланади.

Ташхиси. Нажасни гельминт тухумига текшириш.

Давоси. Ичишга никлозамид 40 мг/бир кг тана вазнига 1 марта (6 кун) ёки празиквантель 25 мг/бир кг. тана вазнига – 1 доза.

Аскаридоз – кўзгатувчиси *Ascaris lumbricoides* бўлиб, нафас ва ошқозон-ичак тизимининг шикастланиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади.

Ташувчиси ва хўжайини – инсон. Гельминт яхши шаклланмаган уруғ ва таратади ва ташқи муҳит таъсирида курт-кумурсқага айланади. Унинг уруғи яхши ювилмаган сабзавот-мевалар истеъмол қилинганда юқиши мумкин.

Клиникаси. Касаллик клиникаси 2 хил, эрта ва кечки кўринишда намоён бўлади. Эрта босқичида бронхит, пневмония, тошмалар, гепатомегалия, қорин соҳада оғрик ва астеновегетатив синдром кузатилади. Кечки (ичак) босқичида тана вазни камаяди, бемор ҳароратининг кўтарилиши, оғрик ва диспептик белгилар учрайди. Кам ҳолларда перитонит, ичак тутилиши, меъданик асфиксия, плеврит, холецистит, панкреатит кузатилиши мумкин. Қон таҳлилида анемия, эозинофилия аниқланади.

Ташхиси. Балғам микроскопиясида тухумдан чиққан аскарида, нажас таҳлилида эса гельминт тухумининг топилиши.

Давоси. Ичишга пирантел 11 мг 3 кун, максимал дозаси 1 г, ёки мебендазол 200 мг 3 кун, ёки пиперазин адипинат 0,2-1,5 г 2 кун буюрилади.

Энтеробиоз – гельминтоз тури бўлиб, кўзгатувчиси *Enterobius vermicularis*, клиникасида анал тешик соҳасида кичишиш, қоринда оғрик, астеноневротик синдром кузатилади.

Ташувчиси – инсон. Касалликни чакирувчи гельминт тухумларини уй шайдонотида ютиб юбориш орқали юкади.

Клиникаси. Анал тешик, жинсий аъзолар соҳасида қичиш, қорин соҳасида оғрик, диспептик ўзгаришлар, вульвовагинит, энурез кузатилиши мумкин. Қон таҳлилида - эозинофилия.

Ташхиси. Нажас таҳлилида гельминтлар ва гельминт тухумлари топилиши мумкин.

Давоси. Первиния памоат 5 мг/бир кг тана вазнга кунда 1 марта ёки мебендазол 100-200 мг 1 доза, ёки пирантел 11 мг/бир кг тана вазнига 1 доза, ёки пиперазин адипинат 0,2-1,5 г/д 2 кун.

Лямблиоз – касалликни кўзгатувчиси бир хужайрали жгутсимон курт *Giardia lamblia* ҳисобланади.

Касаллик тарқатувчи лямблиоз билан оғриган бемор ёки ташувчи ҳисобланади. Юқиш йўли – ахлат-оғиз, сув, озиқа ва мулоқот орқали.

Лямблиялар ингичка ичак ичига ўрнашиб, унинг ферментлари фаъолигини сусайтиради, ичак хужайраларини шикастлайди, натижада малабсорбция ва мальдигестия белгилари ривожланади. Лямблиялар ошқозон-ичак тизимининг сурункали касалланишида триггер ҳисобланади ва 2 бармоқли ичак бошқарув ва мотор функциясини бузилиши орқали бошқа аъзоларга таъсир этади. Натижада организмнинг сенсбиллашуви кузатилади, бундан ташқари, лямблиялар асаб тизимига токсик таъсир кўрсатади.

Клиникаси. Лямблиянинг яширин ва манифест кечувчи шакллари кузатилади. Инкубация даври – 5-14 кун. Касаллик клиникасини кечиши беморнинг ёшига, ошқозон-ичак тизими фаолиятига ва инвазия массивлигига боғлиқ.

Беморларда сурункали интоксикация белгилари - тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, гастроинтестинал симптомокомплекснинг авж олиши, абдоминал оғриқ, диспептик ўзгаришлар, ич келишининг ўзгариши, трофологик бузилишлар (тана вазнининг камайиши, полигиповитаминоз, камқонлик), терида аллергик тошмалар кузатилади. Ошқозон-ичак тизимининг сурункали ўзгаришлари бўлган катта ёшдаги боғаларда лямблия таъсирида асосий касалликнинг кўзгаши кузатилиши мумкин. Кичик ёшдаги болаларда бирламчи инвазия клиникаси ўткир ичак инфекцияси кўринишида кечади. Қон таҳлилида эозинофилия ва камқонлик кузатилади.

Таъхиси. Нажас ва ўт микроскопиясида паразит тухуми аниқланади.

Давоси. Фуразолидон 6-8 мг/кг/д ёки тинидазол 40 мг/кг/д ёки метранидазол ёки орнидазол 30-40 мг/кг/д ёки паромомицин 25 мг/кг/д яхши натижа беради. Лямблияга қарши терапия икки курсда 5-10 кун оралиқ билан ўтказилади ва курс охирида энтеросорбентлар бундан қўрилади. Кўрсатмага кўра, ўт ҳайдовчи ва фермент препаратлари ва витаминларга алоқасиз ўтказилади.

Дорилар билан даволашдан сўнг фитотерапия ўтказиш мумкин. Даво бошлангандан сўнг 10 ва 20 кун ўтгач, нажас қайта текширилади.

Қичима (чесотка) - бу қичима бити томонидан чақирилувчи ва мулоқот орқали юқувчи касаллик бўлиб, одам ва ҳайвонларга юқиши мумкин. Юқиш манбаи бўлиб қичима билан касалланган бемор одам ҳисобланади. Касаллик одамдан одамга мулоқот орқали ўтади.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 1 ҳафтадан 1-5 ойгача давом этади. Асосий ва эрта белгиси терининг қичиши ҳисобланади. Қичиш одатда эрталаб ва кечаси авж олади. Шунингдек, уни ташқислашда қичиш йўллари аниқланиши муҳим аҳамиятга эга. Улар қўлранг-оқиш рангдаги қайрилган чизик кўринишида бўлади. Узунлиги 2 мм дан 1-2 см гача. Йўлнинг бир томонида везикула бўлиб, қурт кўринишида б туради. Қичиш йўлларида ташқари везикуляр, папуласимон, эрозияли тошмалар қичиш излари аниқланади. Бармоқлар ораси, соннинг ички томони, кўл ва оёқларнинг қайрилиш томонлари, ўғил болаларда жинсий аъзолар тошмалар энг кўп учрайдиган жойлар ҳисобланади. Эрта ёшдаги болаларда касаллик атипик кўринишида кечиши мумкин. Бир ёшгача бўлган болаларда тошмалар бутун тери қоплами бўйича асосан кўл ва оёқ қафтларида жойлашади. Тошмалар қорин соҳасида, сонда тарқоқ жойлашади.

Таъхиси. Дерматолог маслаҳати.

Эпидемияга қарши текширувлар. Беморларни эрта аниқлаш ва изоляция қилиш, уларга тўғри даво белгилаш, ўчоқли дезинфекцияни

ўз вақтида ўтказиш. Қичима билан касалланган болалар жамоа орасига бутунлай тузалгандан сўнг қўйилади. Ётоқ анжомларини яхшилаб ювиш ва дазмол билан қуритиш керак. Бемор билан алоқада бўлганларга ҳам даво белгиланади.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Баранов А.А. «Детские болезни». М., 2007.
2. Деворова М.Б. и др. «Организация работы поликлиники». Учебное пособие. Ташкент, 2008.
3. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра. М., 2001.
4. Дроздов А.А. и др. «Пропедевтика детских болезней» М., 2007.
5. Дроздов А.А., Дроздова М.В. «Поликлиническая педиатрия. Конспект лекций». М., 2007.
6. Матвейков Г.П. «Справочник семейного врача». Минск, 2000.
7. Мощич П.С., Сидельникова В.М., Кривченя Д.Ю. «Кардиология детского возраста». М., 2004.
8. Палеев Н.Р. Справочник врача общей практики. М., ЭКСМО, 2002.
9. Парийская Т.В. Справочник педиатра. М., ЭКСМО, 2004.
10. Шабалов Н.П. «Справочник педиатра». М., 2008.

ТУҒИШ ЁШИДАГИ АЁЛЛАРНИ СОҒЛОМЛАШТИРИШДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧЛАРИНИНГ ЎРНИ ВА ВАЗИФАЛАРИ

Сўнгги йилларда аҳолини соғломлаштириш борасида ўтказилган қатор тадбирлар натижасида маълум ижобий ўзгаришларга эришилган бўлса ҳам, фертил ёшдаги аёллар (ФЁА), айниқса, ҳомиладорлар орасида экстрагенитал касалликлар (ЭГК) юқорилигича қолмоқда. Бунинг асосий сабабларидан бири соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимларида профилактик кўрикларни ташкил қилиш сифатини ҳамда репродуктив саломатлик бўйича соғломлаштириш ишлари етарли даражада эмаслигидир.

Маълумки, оилада соғлом фарзанд туғилиши кўп томондан она саломатлиги билан боғлиқ. Агар у касалликка чалинган бўлса, ундан заиф ёки турли туғма нуқсонли фарзандлар туғилади. Шу сабабли УАВ биринчи навбатда, ФЁА ва ҳомиладорларни сифатли тиббий кўриқдан ўтказиши, уларнинг саломатлик ҳолатини тўғри баҳолаши, касалликларни эрта даврларида аниқлаши, тўғри ташхис қўйиши ва даволаш тадбирларини ўтказиши муҳим аҳамият касб этади.

ФЁА организмида гинекологик хасталиклар билан бир қаторда, уларнинг турли аъзо ва тизимларида бошқа турли касалликлар учрайди ва улар умумлаштирилиб ЭГК дейилади. Назарий жиҳатдан мушоҳада қилганда, ЖССТ томонидан рўйхатга олинган ва инсонларда учрайдиган 10 мингдан ортиқ касалликларнинг ҳаммаси ҳомиладор аёлларда ЭГК тарзида учраши мумкин (гениталий, ҳомиладорлик оқибатида кузатиладиган касалликлар ва абортдан кейинги ҳолатлар булардан истисно). Лекин буларга ҳомиладорлик давридаги баъзи аъзоларнинг физиологик гиперфункцияси билан боғлиқ симптом ва синдромлар (масалан, субфебрилитет, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, тинка қуриши, шишинқирашлик ва бошқалар) қирмайди. Демак, ЭГК тушунчасига нафақат терапевтик, балки неврологик, онкологик, жаррохлик, юқумли тери-таносил ва бошқа касалликлар ҳам қиради. Аммо ЭГК таркиби ва ташхисининг таҳлили ФЁА орасида асосан терапевтик касалликлар учрашини тасдиқламоқда. Баъзан айнан улар аёллар ўлими ёки ҳомила ўлик туғилишининг асосий сабабчиси бўлади. Агарда камқонлик тўғрисида фикр юритсак, бу хасталик фақат ҳомиладорлардагина эмас, балки ФЁАларда ҳам кўп учрайди. Келиб чиқиши бўйича у ЭГК ёки ҳомиладорликдаги физиологик гипергидратация билан боғлиқ эритроцитлар ва гемоглобиннинг камайиши бўлиши мумкин. Агар камқонлик ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида (триместрида) учраса, унинг асосий сабаблари алиментар омил, ошқозон-ичак, жигар касалликлари ва бошқалар ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигида вужудга келадиган камқонлик аёл организмидаги қон таркибида темир моддаси етишмовчилиги билан бир қаторда, унга бўлган эҳтиёжнинг ошганлиги туфайли юзага келади. Мисол учун соғлом аёл организмида 3-4 г темир моддаси заҳираси бор бўлса, ҳар бир ҳомиладорликда ҳомила ривожланиши учун заҳирадан 0,2 г

фойдаланилади, бу эса аёл организмида гемоглобин миқдори камайишига олиб келади. Йўқотилган темир захирасини тўлдиришга 3-4 йил вақт керак бўлади. Шундан келиб чиққан ҳолда, УАВ фертил ёшдаги соғлом аёлларда хомиладорликлар ораси 3-4 йил бўлиши кераклигини тушунтириши лозим. Акс ҳолда уларда ҳам камқонлик касаллиги ривожланади. Кузатувлар 20 дан 30 ёшгача бўлган соғлом аёлдан соғлом фарзанд туғилишини тасдиқлайди. Тажриба шуни кўрсатадики, кўп туғиш (4 ва ундан кўп) нафақат онанинг ҳаёти ва саломатлигига, балки хаста, заиф ва тез касалга чалинувчан болалар дунёга келишига сабаб бўлади.

ФЁА – аҳолининг 15 ёшдан 49 ёшгача бўлган алоҳида қатлами бўлиб, улар соғлом турмуш тарзига риоя қилган ҳамда соғломлаштириш бўйича олиб борилаётган ташкилий ва даволаш ишларига нафақат ўзи, балки оила аъзоларини ҳам фаол жалб қилган тақдирда соғлом авлод яратиш қобилиятига эга. Сўнгги йилларда УАВ нафақат ФЁАлар, балки хомиладорларни ҳам акушер-гинекологлар билан биргаликда кузатувга олмоқдалар. Бундай кузатишнинг асосий афзаллиги унинг доимий ва мунтазамлигидир. Агарда УАВ томонидан аҳолини **тиббий кўрикдан ўтказиш сифатини юқори савияга етказишга эришилса** (керакли кўникмаларни юқори савияда бажара олса), соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимида ФЁАга кўрсатилаётган ёрдам кўламини акушер–гинекологлар кўрсатадиган даражагача кўтариш имкони туғилади. Бунда хомиладорликка бўлган мулақ ёки нисбий монеликларни тўғри ва ўз вақтида аниқлаш, соғломлаштириш ва аёл саломатлиги учун зарарсиз бўлган у ёки бу хомиладорликдан сақланиш усулини танлаш катта амалий аҳамиятга эга. Шунингдек, УАВ соғлом турмуш тарзи, репродуктив саломатлик ва оилани режалаштириш бўйича аёлларга маслаҳат бериш кўникмаларини маҳорат билан бажариши зарур. Юқоридагилардан ташқари, улар хомиладор аёлларга туғруқкача бўлган тўлақонли, кенг камровли, сифатли кузатув ва туғруқдан кейинги даврда ўз вақтида юқори даражада бирламчи тиббий - санитария ёрдами кўрсатишни амалга ошириши керак. Тиббий кўрик вақтида УАВ ФЁА ларда ЭГК аниқлаганда, уларни олиб боришда монанд йўл танлаши лозим. Бу амбулатория шароитида бемор аёлларни динамик кузатиш ва даволаш, зарурияти бўлганда, шифохонага йўллаш ёки муолажаларни тор мутахассислар билан ҳамкорликда олиб бориш каби тадбирлардан иборатдир.

Тиббий кўриклар сифатини ошириш учун, УАВ ОП ва ҚВП мавжуд бўлган барча тиббий асбоб-ускуналардан (тарозилар - болалар ва катталар учун, ўлчов лентаси, тазомер, гинекологик ойналар, шпателлар, стетоскоп, ЭКГ, отоскоп, офтальмоскоп, риноскоп, ларингоскоп, пикфлоуметр, поликлиника жарроҳлигида қўлланиладиган асбоблар, неврологик болгача, микроскоп, клиник ва баъзи биокимёвий лаборатор текширувлари) **тўғри ва мақсадга йўналтирилган** ҳолда фойдалана олиши лозим. Уларнинг юзаки ва савиясиз қўлланилиши керакли натижаларни бермайди, балки ташхисий

хатолар ва салбий оқибатларга олиб келиши мумкин. Демак, соғлом фарзанд туғилиши ва уни режалаштириш соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида ФЭА ларни ҳар йилги, сифатли тиббий кўриқдан ўтказиш билан узвий боғлиқ.

Кузатув даврида УАВ эр - хотинларга келажакда соғлом авлод туғилиши учун қуйидагиларни тавсия қилишлари керак:

- соғлом аёлларда репродуктив фаолият учун қулай давр 20–35 ёшлар оралиғи ҳисобланади;

- туғруқлар оралиғи 3-4 йилдан кам бўлмаслиги керак;

- эр-хотин ёки уларнинг бири ўтқир юқумли касалликдан тузалган бўлса, ҳомиладорлик камида 2 ой ўтгандан сўнг юзага келиши мақсадга мувофиқ эканлигини тушунтириш;

- ҳомиладорлик юзага келиши учун энг қулай давр куз ва киш фасларидир, чунки бу вақтда тўсатдан юзага келадиган мутациялар ва иммунитет қаршилик хавфи сусайган бўлади;

- аёл режалаштирилаётган ҳомиладорликдан 2 ой олдин кимёвий моддалар билан алоқада бўлиш эҳтимоли бўлган ҳудуддан олиб кетилиши зарур;

- эр-хотинга режалаштирилаётган ҳомиладорликдан 2 ой олдин зарарли одатлардан (алкогол, чекиш, наркотиклар) бутунлай воз кечиш уқтирилади;

- сурункали соматик хасталиклари бўлган аёллар ҳомиладорликни касалликни 1-5 йил давомида хуружларсиз тўлиқ ремиссия давридагина режалаштиришлари лозим (касалликнинг турига қараб);

- хавfli омиллар таъсирида бўлган ишчи аёлларга ҳомиладорликни режалаштириш тўлиқ адаптация - мослашишдан сўнг тавсия қилинади (ишлаб чиқаришда 1-2 йил ишлагандан сўнг).

Фертил ёшдаги аёллар профилактик кўриги қуйидагиларни ўз ичига олади:

- фертил ёшдаги аёлларнинг ҳар йилги тиббий кўриги ўрнатилган ҳажмдаги лаборатор ва асбобий текширишларни ўтказиш билан олиб борилади;

- ўрнатилгандан ташқари, қўшимча текширишларга муҳтож бўлганларга барча замонавий ташхисий усуллардан фойдаланилади;

- касаллик пайдо бўлиши ва ривожланишига олиб келувчи хавф омиллари бўлган фертил ёшдаги аёллар аниқланади;

- касалликлар эрта босқичларда ташхисланади;

- фертил ёшдаги аёлларда ҳомиладорликка бўлган **нисбий** ва **мутлак** қарши кўрсатмалар борлигини аниқлаш билан бирга, саломатлиги индивидуал баҳоланади;

- зарур тиббий ва ижтимоий тадбирлар мажмуасини ишлаб чиқиш ва уни амалга ошириш (аниқланган хавф омилларини бартараф этиш, мавжуд касаллик ва унинг асоратларини дорилар ва дориларсиз даволаш,

соғлом турмуш тарзини олиб бориш ва контрацепция танлови бўйича маслаҳат бериш) ҳамда профилактик кўрикдан кейинги саломатлигини динамик кузатишни ташкил қилиш.

Фертил ёшдаги аёлларни ҳар йилги тиббий кўриги вақтида куйидаги тадбирлар амалга оширилади:

- умумий амалиёт врач кўриги;
- махсус ишлаб чиқилган анкета-сўровнома асосида тўлиқ анамнез йиғиш (умумий ва акушерлик анамнезлари) (1- илова);
- антропометрик ўлчовлар (бўйи, тана вазни ва унинг индексини (ГВИ) аниқлаш учун);
- аёлларни гинекологик кўрик, 18 ёшдан цитологик текшириш учун суртма олиш, 15 ёшдан (кўрсатма бўлса) тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш;
- кўриш ўткирлигини аниқлаш;
- эшитиш даражасини аниқлаш;
- қон таҳлили (ЭҚТ, гемоглобин, лейкоцитлар, кўрсатма бўлса, қанд миқдорини аниқлаш);
- сийдикни оқсилга текшириш;
- ЭКГ (3 йилда 1 марта 15 ёшдан бошлаб, 40 ёшдан ҳар йили);
- 40 ёшдан сўнг кўз ичи босимини ўлчаш;
- кўкрак қафаси аъзолари флюорографияси (рентгенографияси) йилда бир марта;
- маммография 35 ёшдан кейин 2 йилда 1 марта;
- кўрсатмалар бўлганда тор мутахассислар кўриги;

Юқорида кўрсатилган текширишлар ҳажми ФЁА профилактик кўриклари вақтида ўтказилиши мажбурий ҳисобланади. УАВ ва бошқа мутахассислар томонидан аёлда касалликлар аниқланса, улар чуқурроқ лаборатор-асбобий текширишларга муҳтож бўладилар. Кўрсатмаларга биноан, қатор клиник ва биокимёвий таҳлиллар буюрилади (сийдикни умумий таҳлили + Нечипоренко синамаси, ахлатнинг умумий таҳлили / гижжа тухуми/, Вассерман реакцияси, ОИТС қон таҳлили, HbsAg, қон ва сийдикда қанд миқдори, қонда билирубин, ферментлар, холестерин, мочевина, протромбин, қон зардобиди Fe) ва асбобий текширишлар (УТТ, КТ, ЯМР, ЭФГДС) ва бошқалар (баъзан тор мутахассислар билан келишилган ҳолда) ўтказилади.

ЭГК аниқланган ФЁА лар амбулатор карталарида куйида 1-жадвалда келтирилган лаборатор-асбобий текширишлар бўлиши лозим.

**Экстрагенитал касалликлари бўлган фертил ёшдаги аёлларда
ўтказилиши лозим бўлган лаборатор-асбобий текширишлар**

Умумий клиник таҳлиллар		
I	1	Қоннинг умумий таҳлили ретикулоцитлар сони билан
	2	Сийдикнинг умумий таҳлили ва Нечипоренко синамаси
	3	Нажаснинг умумий таҳлили (ғижжалар тухумини аниқлаш билан)
Махсус серологик текширишлар		
II	1	RW
	2	ОИТС
	3	HbsAg
Қоннинг биокимёвий таҳлиллари		
III	1	Қонда қанд миқдори
	2	Сийдикда қанд миқдори
	3	Қонда билирубин миқдори
	4	Қонда холестерин миқдори
	5	Қонда ферментлар (АСТ, АЛТ) миқдори
	6	Протромбин индекси
	7	Плазмада темир миқдори
Асосий асбобий текширишлар		
IV	1	Рентген текширишлар (ҳомиладорлардан ташқари)
	2	Икки қўлдаги артериал қон босими кўрсаткичлари
	3	ЭКГ
	4	УТГ (патологик ўзгарган аъзо ва ҳомила)

ОП ва ҚВП аёллар кўриги хонасида УАВ тиббий кўрикларни акушерка билан бирга олиб боради. Бу хонанинг асосий вазифаси беморни врачгача бўлган сўраб-суриштириш, 18 ёшдан бошлаб гинекологик касалликлари - аёллар жинсий аъзолари, тери, лаби, кўкрак безлари, тўғри ичакда жойлашган хавфли ўсмалар ҳамда ўсма олди ҳолатларини эрта аниқлаш мақсадида профилактик кўриклар ўтказишдан иборат.

Умумий амалиёт врачлари акушерка билан ҳамкорликда кўрик хонасида қуйидагиларни бажаради

- ▶ акушерлик ва гинекологик анамнез йиғиш;
- ▶ йил давомида ОП ёки ҚВПга илк бор мурожаат қилган 18 ёшдан ошган ҳамма аёлларни кўриқдан ўтказиш;

- ▶ тери ва ташқи жинсий аъзолар кўриги;
- ▶ кин оркали бимануал текшириш, ойна оркали бачадон бўйнини кўриш, кўрсатмаларга биноан қизларда (15 ёшдан бошлаб) тўғри ичак оркали бармоқ билан текшириш;
- ▶ кўкрак безлари кўриги ва пальпацияси, маммографияга йўллаш (35 ёшдан бошлаб 2 йилда 1 марта);
- ▶ соғлом аёллардан 18 ёшдан бошлаб йилда 1 марта, (хавфли омиллари ва жинсий аъзолар патологияси бўлган аёллардан ҳам) цервикал каналдан атипик хужайраларга суртма олиш;
- ▶ тўғри ичакни бармоқ билан текшириш – 30 ёшдан бошлаб;
- ▶ зарурият бўлса, аёлларни (касаллик ёки унга шубҳа бўлса) тор мутахассисларга юбориш (акушер-гинеколог, онколог ва бошқалар);

ФЭА ларни профилактик кўриқлари биринчи навбатда, хавф омилларини бартараф этиш, касалликлар олдини олиш, шунингдек,, уларни эрта, фаол аниқлаш ва даволашга қаратилган. Унда УАВ ўз диққат–эътиборини ФЭА ларни соғломлаштиришни эрта даврдан бошлаш кераклигига қаратиши лозим. Чунончи, аёлнинг ҳар бир ҳаёт даври унинг ёшига хос бўлган анатомик-физиологик хусусиятларга ва хавф омилларига эга бўлиб, уларга монанд равишда патологик ўзгаришлар вужудга келиши мумкин. Ушбу хавф омилларини УАВ томонидан ўз вақтида бартараф этилиши кейинчалик аёллар репродуктив фаолияти ва ҳомила соғлиғига таъсир қилувчи бир қанча касалликлар ёки ҳолатлар (аёллар жинсий аъзолари ривожланиши аномалиялари, беспушглик, эрта ёки кеч ҳайз кўриш, оғир токсикозлар, эрта ёки кечки ҳомилани ташлаш, ўз-ўзидан аборт, ҳомила олди сувларининг эрта кетиши, қон кетиш, ҳомиладорликнинг вақтидан ўтиши, ҳомиланинг ўлик ёки нуқсонли туғилиши ва бошқалар) олдини олишни таъминлайди. Аёллар жинсий аъзолари анатомияси ва физиологияси ҳақида чуқур маълумотларга эга бўлмасдан туриб, ФЭА ларда учрайдиган касалликларнинг келиб чикиш сабаблари, патогенези, профилактикаси ва давоси ҳақида тўғри фикр юритиш кийин. Аёллар жинсий аъзолари фаолияти организмдаги бошқа аъзо ва тизимлар билан чамбарчас боғлиқ ва ёшга хос равишда турли ўзгаришлар келиб чикиши мумкин.

Аёллар ҳаёти қуйидаги даврларга бўлинади:

▶ Болалик даври. Тухумдонлар болаликда секин-аста катталашади (кўпроқ кенглиги ва қалинлиги ҳисобига), эстрогенлар кам миқдорда синтез қилинса-да, уларнинг махсус функциялари кўринмайди. Бачадон катталашмаган, унинг қини узунлиги ва қалинлиги бўйича бачадон танаси ўлчовларидан каттароқ. Унинг найлари дағал, ингичка, бўшлиғи тор. Қин тор, қисқа, ташқи жинсий аъзолар шакланган, лекин ривожланмаган, тукланишлар йўқ;

▶ Жинсий ривожланиш даври. Одатда 9-10 ёшдан бошланиб, 15-16 ёшгача давом этади. Жинсий ривожланиш ва аёл организмининг шаклланиши 17-18 ёшларда тўлиқ тугалланади. Ушбу даврнинг

ривожланиш вақти индивидуал ўзгаришларга эга бўлиши билан бирга, климат, яшаш жойи ва бошқа шароитларга ҳам боғлиқдир. Жинсий ривожланиш даври келажакда репродуктив (бола туғиш) фаолиятни аниқлаб берувчи, организм ва аъзолар мураккаб тизими ривожланишининг муҳим босқичи ҳисобланади. Жинсий ривожланиш даврида қиз боланинг бўйи ўсади, гавдасининг аёл типиди шаклланиши, жинсий аъзолар ва иккиламчи жинсий белгилар ҳамда ҳайз фаолияти, бола туғиш, жинсий тизимнинг секретор функцияларини бошқарувчи нейроэндокрин тизимнинг ривожланиши юз беради. Бу даврда қиз боланинг ақл-идроки ва хулқ-атвори анча ривожланади. Жинсий ривожланиш онтогенезнинг хавфли даврига киради. Муҳитнинг оптимал шароитларидагина бўйнинг ўсиши ва ривожланиши тўғри кечади. Ножўя таъсир қилувчи омиллар (айниқса, касалликлар) оқибатида жисмоний ва жинсий ривожланиш жараёнлари бузилиши мумкин. Ҳайз фаолияти бузилиши, эрта жинсий ривожланиш ёки кеч қолиш ва бошқа белгилар (генитал инфантилизм, жинсий аъзолар тузилиши аномалиялари) кузатилади;

▶ Жинсий етилиш даври. Жинсий ривожланишдан сўнг 30-35 ёшгача давом этувчи жинсий етилиш даври бошланади. Бу давр бола туғилишига қаратилган бўлиб, аёл организмнинг барча махсус функцияларининг фаоллашуви билан характерланади. Аёл ҳаётининг бу босқичи ҳайз кўриш, секретор ва жинсий аъзоларнинг бошқа функцияларини тўлиқ етилиш даври бўлиб, унда ҳомиладорлик ва туғруқлар юзага келади. Ушбу даврда аёлларда баъзан юқумли касалликлар, жароҳатлар ва бошқа сабаблар туфайли пайдо бўладиган жинсий аъзолар хасталиклари келиб чиқади;

▶ Ўтиш (климактерик) даври. Жинсий етилиш даврнинг охири 45-47 ёшдан бошланиб, 2-3 йил давом этади. Бу даврда тухумдонлар ички секретор фаолияти секин-аста сусайиши, генератив функция тўхташи ва ҳайз кўришнинг бузилиши, сўнгра батамом тугаши кузатилади. Ҳайз кўришнинг тўхташи менопауза дейилади. Камдан-кам ҳолатларда салбий омиллар (инфекциялар, руҳий жароҳатлар, нотўғри овқатланиш ва бошқалар) билан боғлиқ бўлган эрта климактерик давр (40 ёш ва ундан эрта) кузатилади. Менопаузанинг 50 ёшдан кейин бошланиши кўпинча бачадон миомаси борлиги билан боғлиқ. Аксарият аёлларда климактерик давр кучли бузилишларсиз кечади. Бироқ асаб, томир ва эндокрин тизим фаолиятининг бузилишлари кўп ҳолларда кучли таъсирчанлик, кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, уйқусизлик, бош айланиши ва вегетатив-томир дистонияси билан намоён бўлади. Патологик климактерик даврга хос белгилар миёга қон қуйилиши ва тўсатдан исиб кетиш ҳисси, артериал қон босими ўзгарувчанлиги ва бошқа белгилар билан ифодаланади. Шунингдек,, ёғ, сув-туз ва модда алмашинувининг бошқа бузилишлари кузатилади;

▶ Постклимактерик давр. Ҳайз тўхташининг бошланишидан то аёл умрининг охиригача давом этади. Бу даврда секин-аста жинсий аъзоларнинг атрофияси кузатилади. Тухумдонлар кичиклашади ва дағаллашади,

бачадон ва бачадон найлари ўлчамлари кескин калталашади, кин торайиб, силлиқлашади, атрофия жараёнлари ташқи жинсий аъзоларга ҳам тарқалади.

Ҳаёт даврларини билиш УАВ га ФЁА ларни ҳар йилги профилактик кўрикларни мақсадли ўтказишга, келажакда фарзанд саломатлигига таъсир қилиши мумкин бўлган қатор касалликларни олдини олиш ва эрта аниқлашда ёрдам беради.

Юқорида таъкидланганидек, УАВ ФЁАларни сифатли тиббий кўриқдан ўтказиш учун уларнинг аниқ қисмини (15-49 ёшлар) текширишга қаратилган тадбирлар ташкил қилишлари зарур. Шу сабабли олдиндан кўриклар жадвали тузилиб, мақсадли текширувлар ўтказилади.

Фертил ёшдаги аёллар профилактик кўрикларини ташкил қилиш тартиби

ОП ёки ҚВП раҳбарлари қуйидагиларни таъминлайди:

- тиббий хизмат доирасида яшайдиган аҳоли сонини аниқлашни ташкил этиш;
 - аҳолини тиббий хизмат кўрсатиладиган қисмининг ўзига хос томонларини (ёши, ижтимоий ва касбий таркиби) эътиборга олган ҳолда, бажариладиган ишлар ҳажмини белгилаш;
 - кўрик вақтида керак бўладиган қўшимча ускуналар, анжомлар, реактивлар, тиббий ҳужжатлар (бланклар) сонига эҳтиёжни аниқлаш;
 - ФЁАлар тиббий кўригини сифатли ўтказиш мақсадида кечки соатлар ва дам олиш кунларидан фойдаланиб, қулай вақтлар ажратиш. УАВ, тор мутахассислар, ўрта тиббиёт ходимлари ишларини ташкил қилиш ва ташхислаш ҳамда даволаш хизмати кўрсатиш учун мақбул режалар ишлаб чиқиш;
 - ОП ёки ҚВПнинг тиббий ходимлари билан ҳар йилги профилактик кўриклар ўтказишни ташкиллаштириш борасида услубий йиғилишлар ва машғулотлар ўтказиш;
 - тиббий кўриклар ўтказишдан олдин ҳар йилги ФЁА профилактик кўрикларининг мақсади ва вазифалари ҳақида барча аҳолига кенг қамровли ва етарли даражада тушунтириш ҳамда ахборот бериш, кўриклар ўтказиш тартиби, текширув хоналари ва ишлаш вақтларини қайт қилиш.
- Одатда тиббий кўриклар ўтказишни турли шаклларида фойдаланилади. Бунинг учун:
- УАВ ва ўрта тиббиёт ходимлари ФЁАларни фаол чақирикларини ташкиллаштирадilar;
 - ОП ёки ҚВП га ўзлари мурожаат қилган ФЁА ларни профилактик кўрикларини ўтказадilar;
 - сурункали касалликлари бўлган ФЁАларни уйларида тиббий кўриқдан ўтказадilar;

- кўрсатмалар бўлганда, мутахассислардан иборат тиббий бригадаларнинг жойлардаги кўриги;
- ФЁА ларни соғломлаштиришнинг индивидуал режаси бажарилишини назорат қиладилар, ОП ёки ҚВПда ўтказиладиган даволаш ва соғломлаштириш тадбирлари умумий режасини ишлаб чиқадиладар.

Фертил ёшдаги аёлларнинг ҳар йилги профилактик кўрикларни ўтказишда умумий амалиёт врачнинг роли

УАВ туман бош шифокорлари ёки уларнинг ОП ёхуд ҚВПлари бўйича ўринбосарлари раҳбарлиги остида:

- хизмат кўрсатиладиган ҳудудда яшовчи аҳоли сонини аниқлашни ташкил қилади;
- ўзига бириктирилган ҳудудда яшовчи ФЁАлар орасида ҳар йилги профилактик кўрикларнинг мақсади ва вазифалари ҳақида тушунтириш ишлари олиб боради;
- қилинадиган ишлар ҳажмини аниқлайди, кетма-кетлигини режалаштиради ҳамда ФЁАлар профилактик кўрикларида ўзи иштирок этади;
- ФЁАлар профилактик кўрикларини сифатли ўтказишда қатнашаётган мутахассислар ҳамда бажарилаётган тадбирларни бошқаради;
- кўриқдан ўтган барча ФЁАларни диспансер кузатуви гуруҳларига бўлиб, улар орасидан мунтазам кузатувга муҳтож беморларни ажратиб олади;
- бириктирилган ҳудуддаги ФЁАлар орасида алоҳида тузилган режа бўйича даволаш-соғломлаштириш тадбирлари (шифоҳонага юбориш, санатор-курорт даво, меҳнат қилиш, дам олиш, овқатланишни назорат қилиш ҳамда тавсиялар бериш ва бошқалар) ўтказишни таъминлайди;
- УАВ зарурият бўлганда, тор мутахассислар билан биргаликда ФЁАларни аниқланган хасталиқларидан келиб чиқиб давомий кузатувини олиб боради;
- тиббий кўрик ҳулосаларидан келиб чиқиб тор мутахассислар билан ҳамкорликда ҳомиладорликка бўлган **нисбий** ва **муғлақ** монеликларни аниқлайди;
- акушер-гинекологлар билан ҳамкорликда аёлларга тавсия этиш мақсадида улар саломатлиги учун зарарсиз бўлган у ёки бу контрацепция усулларини танлаб олади;
- касаллиги биринчи марта аниқланган ҳамда сурункали хасталиқлари бўлган беморлар, хавф омиллари (ишлаб чиқариш, яшаш жойи, алиментар, ирсий характерли) аниқланган ФЁАлар орасида алоҳида даволаш-соғломлаштириш тадбирларини олиб боради.

Фертил ёшдаги аёлларни профилактик кўрикларини ўтказишда ўрта тиббиёт ходимларининг функционал вазифалари

Ўрта тиббиёт ходими УАВ назорати остида куйидаги ишларни олиб боради:

- тегишли ҳудудда яшайдиган аҳолининг рўйхатдан ўтганлиги ва ҳисоби;
- зарур бўлганда уларни аниқлигини яшаш жойлар, кишлок ва маҳалла ширкатларига бориб текширади;
- аҳоли ўртасида ФЁАларнинг ҳар йилги тиббий кўриклари зарурлиги ва моҳияти ҳақида тушунтириш ишлари олиб боради;
- УАВ билан кўриклар ўтказиш муҳлатларини келишиб чиқади;
- аёлларни белгиланган вақтда профилактик кўрикларга келишини таъминлайди;
- тавсия этилган даволаш ва соғломлаштириш тадбирларини бажаради;
- ОП ёки ҚВПда ФЁАлар профилактик кўрикларини сифатли назорати учун УАВ билан бирга, 2-иловада келтирилган қатор тиббий ҳужжатларни тўлдиради.

Фертил ёшдаги аёлларни ҳар йилги профилактик кўрикларидан ўтказиш тартиби

ОП ёки ҚВПга жорий йилда биринчи бор мурожаат қилган барча тиббий кўриққа таклиф қилинган ФЁАга рўйхатхонада бемор тиббий амбулатор картаси очилади (ш. 025/у). ОП ёки ҚВПдаги врачгача бўлган хонада ўрта тиббиёт ходими томонидан махсус анамнез анкетаси (1-илова) тўлдирилади ҳамда профилактик кўриқдан ўтаётган ФЁАлар УАВ хоналарига тақсимланади. Бошқа ёрдамчи хоналарда керакли ҳажмдаги лаборатор-асбобий текширувлар олиб борилади. ОП ёки ҚВП тиббиёт ҳамширалари текширувлар охирида олинган натижаларни УАВга топширадилар.

УАВ ФЁАларга тиббий кўрик вақтида кўрсатмаларга биноан кўшимча текширишлар бужриши ёки мутахассис врачлар маслаҳатига юбориш мумкин. Кўрик хулосаларидан келиб чиқиб УАВ ФЁАларни диспансер гуруҳларига тақсимлайди (2-жадвал) ҳамда ҳомилдорликка нисбатан нисбий ва мутлак монеликни аниқлайди.

Профилактик кўрик хулосаларига асосан фертил ёшдаги аёлларнинг диспансер кузатуви гуруҳларини аниқлаш

Гуруҳ	Контингент	Тавсифнома
Д-I гуруҳи	Соғломлар	Ҳеч қандай шикоятлари йўқ, анамнезида ва кўрик пайтида сурункали касалликлар ёки алоҳида аъзо ва тизимлар бўйича ўзгаришлар аниқланмаган аёллар; улар орасида “чега-ра ҳолати”даги шахслар, яъни қон босими ва бошқа физиологик кўрсаткичлари организмнинг функционал ҳолатига таъсир қилмайдиган, белгиланган меъёрдан кам даражада тебраниб турувчи, аммо кузатувга муҳтож шахслар
Д-II гуруҳи	Амалий соғломлар	Анамнезида ўткир ёки сурункали хасталиклари бўлган, лекин бир неча йиллар мобайнида касаллик хуружи кузатилмаган аёллар
Д-III гуруҳи	Даволаш ва диспансер кузатувиға муҳтож беморлар	<ul style="list-style-type: none"> • Касалликнинг <i>компенсация</i> босқичида кечиши билан, хуружлар кўп бўлмаган, меҳнатга лаёқатсизлиги узоқ давом этмаган аёллар; • Касалликнинг <i>субкомпенсация</i> босқичида кечиши билан, хуружларнинг кўплиги, меҳнатга лаёқатсизлиги узоқ давом этувчи аёллар; • Касалликнинг <i>декомпенсация</i> босқичида кечиши билан, қайтмас патологик ўзгаришлари туфайли меҳнатга лаёқатлигини бутунлай йўқотган аёллар

Юқорида кўрсатилган ҳар бир гуруҳда у ёки бу касалликка олиб келувчи хавф омиллари борлигига алоҳида эътибор бериш лозим.

Соғлом ва нисбатан соғлом ФЭА лар белгиланган жадвал бўйича ҳар йилги режали тиббий кўриқдан ўтадилар. Бемор аёллар УАВ, зарурият бўлганда, уларнинг тор мутахассислар билан ҳамкорликдаги мунтазам кузатувларида бўладилар. Саломатлигида касаллик белгиларини тизимли, мақсадга мувофиқ равишда назорат қилиб боришни ўз ичига олади. Бундай кузатиш УАВдан аниқ мақсад кўйиб, даволаш-соғломлаштириш тадбирларини режалаштириш, касаллик кечишини ёмонлаштирувчи хавфли омилларни баргараф қилиш ва аёлларни соғломлаштиришга катта эътибор беришни талаб қилади.

Кузатувга олинган барча аёлларга ш. 030/у «Диспансер кузатув назорат картаси» ҳомиладорликка бўлган нисбий ёки мутлак монеликлар тиббий асосланиб тўлдирилади. Ушбу монеликларни касаллик ташхисидан келиб чиқиб аниқлаш 3-жадвалда келтирилган.

Яқуний ташхис қўйилиб, ҳомиладорликка бўлган нисбий ва мутлак монелик аниқланганидан сўнг, УАВ жиддий босқич, ФЁА ларни соғломлаштиришга ўтади. Бу босқич аёл соғлигининг ҳолати, олинган натижаларни баҳолаш бўйича керакли қарорлар қабул қилиш имконини беради. Шунини айтиб ўтиш керакки, соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида ўтказиладиган даволаш-соғломлаштириш тадбирлари юзаки, бир маротаба, вақти-вақти билан, чегараланган, бўлмаслиги керак. Бу тадбирлар сифати УАВ малакавий савияси ва тайёргарлик даражаси билан чамбарчас боғлиқ бўлган *текширишлар чуқурлиги ва соғломлаштириш тизими борлиги* билан характерланади.

УАВ динамик кузатув жараёнида ҳар бир навбатдаги кўрикда илгари қўйилган ташхисни текширади ва тасдиқлайди, зарур қўшимчалар ва ўзгартиришлар киритади, даволаш тадбирлари ва касаллик кечиши, ижтимоий шароитларига хос тарзда қайта кўрик вақтини аниқлайди ҳамда диспансер кузатувининг бошқа гуруҳига ўтказиш заруриятини белгилайди; кўрсатмалар бўлганда керакли маслаҳатлар беради ва қўшимча текширишлар ўтказиши. Йил охирида ФЁА ларнинг профилактик кўриклари, уларнинг сифати ва динамик кузатув натижалари таҳлили ўтказилади.

Ҳар йил ўтказиладиган тиббий кўриклар самарадорлигининг асосий мезони бўлиб ФЁА лар орасида хавф омилларини камайиши, касалликлар кўрсаткичининг пасайиши, ҳомиладорликка бўлган мутлак ёки нисбий монеликларни бўлган аёллар сонини озайиши, диспансер кузатув гуруҳларини ўзгариши ҳисобланади.

3 - жадвал
 Тугини ёшдаги аёлларда қўй учрайдиган экстрагенитал касалликларнинг ташхиси ва кечишидан келиб чиқиб хомилдорликка нисбатан нисбий ва мутлақ монеликларни аниқлаш тартиби

№	Касаллик ташхиси	Нисбий монелик	Мутлақ монелик	Минимал махус текшириш усуллари
1	2	3	4	5
I	Юрак кон-томир тизими касалликлари Гипертония касаллиги	а) II босқичда; б) оилада фарзанд бўлмаса; в) бемор ёши 20 – 30 оралиғида бўлса;	а) II ёки III босқичи оилада 2 ва ундан ортқ фарзанд бўлса; б) бемор ёши 30дан ошган бўлса;	а) окулист кўриги, б) ЭКГ
2.	Миокардитлар	а) енгил тури, кон айланниши этишмовчилиги белгиларисиз;	а) ўрта ва оғир босқичи ҳамда юрак ритми бузилишлари билан; б) енгил босқичи, оилада бир ва ундан ортқ фарзанд бўлса; в) бемор ёши 30дан катта бўлса;	а) ЭКГ, б) ревматик синамалар, в) ЭхоКГ
3.	Кардиомиопатиялар		а) касалликнинг барча турлари;	а) ЭхоКГ
4.	Юрак нуқсонлари: митрал тешик стенози	а) митрал тешикнинг сатхи 3 кв. см ва ундан ортқ бўлса; б) кон айланниш тизими этишмовчилиги ва арит		

		<p>миялар бўлмаса; в) беморнинг фарзанди бўлмаса ва ёши 20-30 оралнигида бўлган тақдирда; г) комиссуротомия қилинган беморларда жароҳлик амалиётдан кейин 1-2 йил давомида асоратлар кузатилмаса;</p>	<p>а) юрак етишмовчилигининг бошланиш белгилари; б) комиссуротомия нагжа-си ижобий бўлмаса ва рестеноз кузатилганда; в) аритмиялар бўлса; г) ўпка гипертензиясининг юқори даражаси; д) қўшмача бошқа юрак нуқсонни бўлса; е) оилада фарзанд бўлса;</p>	<p>а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ревматик синамалар, г) ЭхоКГ</p>
<p>5.</p>	<p>Митрал қопқоқчаларнинг етишмовчилиги</p>	<p>а) оилада фарзанд бўлмаса; б) компенсация босқинчида;</p>	<p>а) мерцал аритмия, юрак етишмовчилиги, кардиомегалия; б) оилада фарзанд бўлса ва бемор ёши 30 дан ошган бўлса;</p>	<p>а) ревматик синамалар, б) ФКГ, ЭКГ в) ЭхоКГ</p>
<p>6.</p>	<p>Митрал нуқсон (митрал тешигининг торайиши ва етишмовчилиги)</p>	<p>а) митрал нуқсон етишмовчилик устунлиги билан кечса; б) бемор ёши 20-30 оралнигида бўлса ва оилада фарзанд бўлмаса;</p>	<p>а) юрак ритмининг бузилишлари ва юрак етишмовчилиги белгилари бўлганда, кардиомегалия; б) бемор ёши 30дан ошган бўлиб, фарзанди бўлса;</p>	<p>а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ревматик синамалар, г) ЭхоКГ</p>
<p>7.</p>	<p>Аорта тешигининг торайиши</p>	<p>а) компенсация босқинчида; б) оилада фарзанд бўлмаса; в) бемор ёши 20-30 оралнигида бўлса;</p>	<p>а) юрак – ўпка етишмовчилиги бўлса; б) бемор ёши 30дан ошган бўлиб, фарзанди бўлса;</p>	<p>а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ЭхоКГ</p>

8.	Тугма юрак нуқсонлари	Бемор ташхисидан келиб чиқиб индивидуал ёндошиш лозим;	а) оилада 1 ва ундан кўп фарзанд бўлса; б) бемор ёши 30дан ошган бўлса;	а) ЭКГ, б) ФКГ, в) ревматик синамалар
II. 1.	Ревматик касалликлар Ревматизм	а) яшнрин кечшида; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) ревматизм хуружидан кейин 12 ой ўтмаган бўлса; б) ревматизмни фаоллик даврида;	а) ревматик синамалар, б) ЭКГ
2.	Ревматоид артрит	а) фаоллик даврида бўлмаса; б) енгил кечшида;	а) оилада 1-2 ва ундан ортиқ фарзанд бўлса ва бемор ёши 30дан ошган бўлса; б) II-III даражали фаоллик, иш қобилияти йўқотилганда; в) висцерал турида.	а) ревматик синамалар, б) бугимлар рентгенографияси
III. 1.	Буйрак ва сийдик йўллариининг касалликлари Сурункали гломеруло-нефрит	а) латент кечиши; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) нефротик синдром, гипертоник синдром ва сурункали буйрак етишмовчилиги;	а) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, б) қонда креатинин ва холестеринни аниқлаш, в) окулист кўриги, г) Зимницкий синамаси, д) буйрақларни УТТ
2.	Сурункали пиелонефрит	а) латент кечиши; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) битта буйрак пиелонефрити; б) гипертензия ва азотемия бўлганда;	а) қон ва сийдикнинг умумий таҳлили,

				б) Нечипоренко си- намаси, в) қонда креатинин миқдорини аниқлаш, г) буйрақларни УТТ
IV.	Пафас олиш аъзолари- нинг касалликлари Ўпканинг сурункали об- структив касаллиги	а) енгил кечини; б) кўзгалш даврида; в) оилада фарзанд бўлмаса;	а) бронхоспастик синдром; б) нафас етишмовчилиги- нинг II-III босқичлари куза- тилганда; в) ўрта оғир, оғир ва ўта оғир кечини; г) ўпка-юрак етишмовчи- лиги	а) умумий қон таҳлили; б) балғамни умумий таҳлили ва уни экиш, атипик хужайралар; в) ўпка рентгеногра- фияси; г) пикфлоуметрия;
2.	Бронхиал астма	а) енгил ва ўртача оғирликда; б) оилада фарзанд бўлмаса; в) бемор ёши 30 дан ошмаган бўлса;	а) оғир кечини, ўпка етиш- мовчилигини II – III дара- жаси; б) асоратлар билан намоён бўлиб оғир кечувчи шакли (ўпка-юрак етишмовчилиги, ўчоқли нефрит, амилоидоз);	а) балғамни умумий ва Кох таёқчаларига таҳлил, уни экиш; б) ўпка рентгеногра- фияси; в) пикфлоуметрия;
3.	Бронхэктаз касаллиги	Енгил кечини	а) ўпка етишмовчилиги II – III даражаси ва ўпка – юрак етишмовчилиги бўлганда;	а) балғамнинг умумий таҳлили ва уни экиш; б) ўпка рентгеногра- фияси; в) пикфлоуметрия;
V.	Овқат ҳазм қилиш аъзо- ларининг касалликлари Сурункали гепатит	а) сурункали персистик гепатит; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) сурункали фаол гепатит; б) люпус-гепатит;	а) қонда билирубин- ни аниқлаш, б) АЛТ, АСТ, в) жигарни УТТ
1.				

2.	Жигар циррози		а) барча турлари;		а) конда биллирубинни аниқлаш, б) АЛТ, АСТ, в) жигарни УТТ
3.	Носпецифик ярали келит	а) енгил шакли; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) ўрта ва оғир даражаси;		а) ректороманоскопия
VI.	Қоп яратиш тизими касалликлари				
1.	Камқонлик (темир танқислиги)	а) енгил кечганда;	а) ўрта ва оғир даражаларида бемор тузалгунга қадар;		а) коннинг умумий тахлили
2.	Мегалобласт камқонлиги		а) ўрта ва оғир даражаларида бемор тузалгунга қадар;		а) суяк илигини текшириш
3.	Гипопластик ва апластик камқонлик		а) барча турларида;		а) суяк илиги пункцияси
4.	Гемолитик камқонлик	а) микросфероцитар камқонлик; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) аутоиммун гемолитик камқонлик;		а) суяк илиги пункцияси; б) конда биллирубинни аниқлаш;
VII.	Эндокрин касалликлар				
1.	Қандли диабет	а) енгил кечганда; б) оилада фарзанд бўлмаса;	а) қандли диабетнинг I типиде; б) эрида ҳам қандли диабет бўлса; в) инсулинрезистент, кетодиозга мойил шаклида;		а) конда қанд микрдори, б) сийдикда қанд микрдори, в) окулист кўриги, г) глюкозирилланган гемоглобин

2.	Диффуз-токсик буқок	а) енгил кечганда;	а) ўрта ва оғир кечганда; б) аритмиялар кузатилганда; в) оилада 2 ва ундан ортиқ фарзанд бўлиб, бемор ёши 30дан ошган бўлса;	а) ЭКГ; б) ТТГ, Т 3, Т4; в) қалқонсимон безини УТТ;
VIII.	Бирктирувчи тўқиманинг тизими касалликлари			
1.	Тизимли кизил волчанка		а) барча ҳолларда;	а) қонда иммун кўрсаткичларни аниқлаш
2.	Тизимли склеродермия		а) барча ҳолларда;	а) қонда иммун кўрсаткичларни аниқлаш, б) тери биопсияси
3.	Дерматомиозит		а) барча ҳолларда;	а) қонда иммун кўрсаткичларни аниқлаш, б) тери биопсияси
4.	Туғунчали периа̀ртрит		а) барча ҳолларда;	а) қонда иммун кўрсаткичларни аниқлаш, б) тери биопсияси
IX.	Сил касалликлари	а) клиник тузалтандан кейин асоратлар қолган бўлса; б) ўпка ва ўпка-юрак этишмовчилиги бошланғич даврида; в) оилада силнинг фаол шакли билан оғриган бошқа бемор бўлса; г) аёлнинг 2 ва ундан ортиқ фарзанди бўлса.	а) барча фаол кўринишлари, клиник тузалгунга қадар; б) силдан кейин ўртача оғирликда ва оғир нафас ва ўпка – юрак этишмовчилиги кузатилса;	а) кўкрак қафаси ва силга чалинган бошқа аъзолар ренгенографияси

Х.	Жаррохлик касалли- клари			
1.	Меъда ва 12 бармоқдгч ичак жаррохлик амалиё- тидан сўнг	6 ойгача;		ЭФГДС;
2.	Эхинококк касаллиги бўйича жигарда ва бошқа корин бўшлиғи аъзолари- да жаррохлик амалиёти- дан сўнг	1 йилгача;	а) корин бўшлиғидаги дис- семинирланган эхинококкоз;	а) коннинг умумий тахлили; б) жигар ва корин бўшлиғини УТТ;
3.	Портал гипертензия бўйича жаррохлик ама- лиётидан сўнг		Барча ҳолларда;	а) АЛТ, АСТ, били- рубин; б) қолдиқ азот, креа- тинин; в) УТТ;
4.	Ўт-тош касаллиги жаррохлик амалиётидан сўнг;	6 ойгача, беморда су- рункали гепатит ва жи- гар циррози белгилари бўлмаса;	Сурункали жигар етишмов- чилиги бўлса;	а) Жигар, буёрак УТТ; б) билирубин, фер- ментлар;
5.	Холецистэктомиядан кей- инги ҳолат;	6 ойгача, тез-тез кайталанувчи панкреатит кузатилмаса;		а) Ошқозон ости бези УТТ; б) гастродуоденал зондаши; в) қонда амилаза;
6.	Панкреатит касаллиги бўйича жаррохлик ама- лиётидан сўнг	6 ойгача;	Кучли оғриқ билан кечувчи, тез-тез қайталанувчи пан- креатит кузатилса;	

7.	Талокда жарроҳлик амалиётидан сўнг	6 ойдан 1 йилгача;	Ичак ўсмаларида жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг;	а) қоннинг мукаммал умумий таҳлили; б) қорин бўшлиғи УТТ; а) барийли рентгенография, ирригография;
8.	Ингичка ва йўғон ичакда жарроҳлик амалиётидан сўнг	1 йилгача, агар беморни қолган бўйрағида касаллик бўлмаса;	Сурункали бўйрак этишмовчилиги белгилари бўлса;	коннинг биокимёвий таҳлили (креатинин, мочевино, қолдиқ азот);
9.	Гидронефроз бўйича жарроҳлик амалиётидан сўнг	1 йилгача, сурункали ўпка этишмовчилиги қузатилмаса;	Сурункали ўпка этишмовчилигида;	а) кўкрак қафаси рентгенографияси; б) қоннинг умумий таҳлили; в) балғамнинг умумий таҳлили ва Кох таёқчаларига экиш;
1.	Б. кўкрак қафаси аъзолари жарроҳлик амалиётидан сўнг Хавфсиз ўсмалар, ўпканинг кавернозли силлида ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг;	1 йилгача, қолган ўпка соғлом бўлса;	Барча қолган ҳолларда;	а) кўкрак қафаси рентгенографияси; б) қоннинг умумий таҳлили; в) балғамнинг умумий таҳлили ва Кох таёқчаларига экиш; г) пикфлоуметрия;
2.	Ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари бўйича ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг			

1.	<p>В. Таянч – ҳаракат аззолари касалликлари Сурункали гематоген сестемининг бўйича жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>	<p>Онлада фарзанд бўлмаса, бемор ёши 20-30 ораллиғида бўлса;</p>	<p>Барча қолган ҳолларда;</p>	
2.	<p>Қўл ва оёқ ампутацияси жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>	<p>6 ойгача, агар 1 оёғи ампутация қилинган бўлса;</p>	<p>Агар 2 оёғи ва 2 қўли ампутация қилинган бўлса;</p>	
3.	<p>Умуртка поғонасида жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>	<p>1 йилгача, агар оёқ ва қўлларда ҳаракатланш бузилмаган бўлса;</p>	<p>Агар оёқ ва қўлларда фа-лажлик аломатлари бўлса;</p>	
1.	<p>Г. Юрак қон-томир тизими касалликлари жарроҳлик амалиётидан сўнг Юзаки оёқ веналарининг кенгайиши жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>	<p>6 ойгача;</p>		<p>а) томир жарроҳи маслаҳати; в) коагулограмма;</p>
2.	<p>Посттромбофлебитик синдроми жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>		<p>Барча ҳолларда;</p>	<p>а) томир жарроҳи маслаҳати;</p>
3.	<p>Артериал томирлар окклюзияси жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>		<p>Барча ҳолларда;</p>	<p>а) томир жарроҳи маслаҳати; в) коагулограмма;</p>
1.	<p>Д. Юрак касалликлари-да жарроҳлик амалиётидан сўнг Боталлов йўлида жарроҳлик амалиётидан сўнг</p>	<p>Онлада фарзанд бўлмаса, бемор ёши 20-30 ораллиғида бўлса;</p>	<p>а) юқори даражадаги ўпка гипертензияси бўлганда; б) қон айланishi етишмов-чилиги;</p>	<p>а) ЭХОКГ; б) ЭКГ; в) коагулограмма;</p>

2.	Юрак тутма нуқсонлари жарроҳлик амалиётидан сўнг	Касаллик ташхиси ва бемор ёшидан келиб чиқиб индивидуал ёндошилади;	Мураккаб жарроҳлик операциясидан кейин қон айланиш бузилиши ва аритмиялар кузатилади;	а) ЭХОКГ; б) ЭКГ; в) коагулограмма; г) кардиолог маслаҳати;
XI. 1.	Хавfli ўсмаларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг	Ўткир ва ўртгач ўткир босқичларидан сўнг, ҳамда сурункали шаклининг хуружидан кейин 6 ойдан 1 йилгача;	Барча ҳолларда	Серологик реакциялар (Райг-Хеддельсон, РПГА)
2.	Токсоплазмоз	Касалликнинг ўткир давридан кейин 1 йилгача, сўнгра бактериологик санация бўлгач руҳсат бериллади;		Нажас ва шиллик тўқималардан суртмалар, экмалар
3.	Вирусли гепатитлар В, С, Д, Е ва А	Ўткир шаклидан кейин 6 - 12 ой давомида (индивидуал ёндошиб);	а) гепатит циррозга ўтиш билан; б) жигар циррози;	а) АСТ, АЛТ, билирубин; б) қонда антигенларни аниқлаш; в) жигар ва қорин бўшлиғи УТГ;
4.	Менингококк инфекциясининг манифест шакллари	Касалликдан кейин 1 йилгача;		Неврологик текширувлар

5.	Геморрагик иситма	Қасалликдан кейин 6 ва 12 ой давомида;		а) умумий қон таҳлили; б) умумий сийдик таҳлили; в) қоннинг иммун таҳлиллари;
6.	Қорин тифи, паратифлар А, В, С	Қасалликдан кейин 3 ой давомида;	Асоратлар билан кечган қорин тифи;	Қонни гемокультурага текшириш;
7.	Қизилча	Қасалликдан кейин 6 ой давомида;	Асоратлар кузатилганда;	Қонни иммун таҳлиллари;
8.	Листерия	Қасалликдан кейин 6 дан 12 ойгача, санациядан сўнг руҳсат берилади;		Шиллик пардалардан суртма ва экмалар, қон экмасы
9.	Орттирилган иммун танқслиги синдроми		Ташхис қўйилган;	Иммуноблотин
XII.	Асаб қасалликлари			
1.	А. Мия қон-томғири қасалликлари	Беморнинг ёши 30 гача бўлса, монопарез қолган бўлса, оилада фарзанд бўлмаса ва ички аъзоларнинг хасталиклари кузатилмаса;	Бош мия магистрал қон томғилари стенози, гемипарез, гемиплегия; қайталанган инсульт;	а) реоэнцефалография; б) УТТ доплерография; в) ангиография; г) невропатолог маслаҳати;
2.	Геморрагик инсультдан кейинги ҳолат, шу жумладан, субарахноидал қон қуйилиш		Мутлақо мумкин эмас;	УТТ, доплерография, ангиография

3.	Мия кон айланшининг ўткинчи бузилиши	Бир марта қайтарилган, бемор ёши 30дан ошмаган бўлса, ички аъзоларнинг хасталикларини кузатишмасиз;	Икки ва ундан кўп марта қайтарилган бўлса, мия магистрал кон томирлари торайган бўлса;	Допплерография, реоэнцефалография
4.	Дисциркулятор энцефалопатия	Хасталикнинг I босқичи бемор ёши 35 дан ошмаган бўлса, оилада фарзанд бўлмаса;	Рухий бузилишлар ва бош мия магистрал кон томирлари стенози бўлса;	а) доплерография; б) реоэнцефалография; в) невропатолог ва психиатр маслаҳати;
1.	Б. Периферик асаб тизими касалликлари Умуртқа поғонаси остеохондрози туфайли рефлексор мушак оғриқлари	Умуртқалараро дискнинг силжиб кетиши бўлмаса, даволангандан сўнг;		а) умуртқа поғонаси рентгенографияси; б) зарурад бўлганда, умуртқа поғонаси МРТ;
2.	Умуртқа поғонаси остеохондрози туфайли орқа мия илдизчаларининг қисилиши	Даволашнинг консерватив усуллари яхши самара берса ва сурункали оғриқлар кузатилмаса;	Сурункали оғриқ, умуртқалараро дискнинг силжиб кетиши, ламинэктомия операциясидан кейинги ҳолат;	а) умуртқа поғонаси рентгенографияси; б) зарурад бўлганда умуртқа поғонаси МРТ;
3.	Гийен-Барре-Ландри полиневропатиясидан кейинги ҳолат	Ҳеч қандай қолдиқсиз ҳолат ёки енгил сезувчан рефлексор қолдиқлар;	Беморнинг ёши 40 дан ошган ёки қолдиқлар ҳаракат тизимида бўлса (парезлар);	Электромيوграфия
4.	Токсик полиневропатиялар (саноат ва қишлоқ хўжалигида ишлатиладиган захарли моддалар таъсирида келиб чиққан ва алкоғол полиневропатияси)		Мумкин эмас;	Электромيوграфия

5.	Инфекция таъсирдаги полиневритлар қолдиги	Беморнинг ёши 30 гача бўлса, оилада фарзанд бўлмаса ва оғир фалажлар кузатилмаса;	Ногиронликка олиб келувчи фалажлар;	Электрмиография
6.	Бошқа турли невралгия ва невропатиялар (бош ва орқа мия касалликлари, Туннел синдромлари)	Қолдиқсиз енгил турлари; сурункали оғриқсиз шакллари;	Беморнинг ёши 40дан ошган бўлса, сурункали оғриқ ва фалажлар рўй берса;	Электрмиография, рентгенография
1.	В. Бош ва орқа мианинг яллиғланиши туфайли келиб чиқадиган хасталиклар Менингит, энцефалит, менингоэнцефалитнинг қолдиқлари	Беморнинг ёши 30дан ошмаган бўлса ва қолдиқлар енгил бўлса;	Оғир фалажлар, гипертензия синдроми, тутқаноқ синдроми;	Бош суякларини рентгенографияси, электроэнцефалография, окулист кўриги
2.	Бош ва орқа мия парларининг яллиғланиши (лептоменингит, хорсозпендиматит)	Беморнинг ёши 30дан ошмаган бўлса, ремиссия даврида ва енгил неврологик белгилар бўлганда;	Гипертензия синдроми, тутқаноқ синдроми, характерли чеклайдиган неврологик белгилар;	Бош суяклари рентгенографияси, электроэнцефалография, окулист кўриги
3.	Орқа мия яллиғланишининг қолдиқлари (миелит)	Беморнинг ёши 30дан ошмаган бўлса, оилада фарзанд бўлмаса, фалажлар ва тос аъзоларида бузилишлар бўлмаса;	Парапарезлар, параллегиялар, тос аъзолари фаолиятининг бузилишлари;	Умurtка поғонаси рентгенографияси, электрмиография
4.	Ёнбош амиотрофик склериози		Мутлақо ман этилади	Электрмиография

5.	Тарқалган склероз		Мутлақо ман этилади	
1.	Г. Вегетатив асаб тизими касалликлари Гипоталамик синдромлар	Беморнинг ёши 30дан ошмаган бўлса ва ривожланган нейрозидокрин бузилишлар кузатилмаса;	Оғир нейрозидокрин синдромлар (Иценго- Кушинг, Порхоне, Симмондс ва бошқалар);	Ички секреция безлари фаолиятини текшириш
2.	Вегетатив дистония синдроми	Оғир рухий ўзгаришлар (хавотирланиш-депрессив синдромлар) бўлмаган ҳолда;		Психологик синамалар, психиатр кўриги
3.	Мигрен	Гипертензия синдроми бўлмаганда;		а) Бош суяклари рентгенографияси; б) окулист, невропатолог кўриги;
4.	Тутқаноқ синдроми	Беморнинг ёши 30дан ошмаган бўлса, хуружлар ҳар йили 1-2 мартадан ортиқ қайтарилмаса ва рухий ўзгаришлар кузатилмаса;	Хуружлар йил давомида 1-2 мартадан кўпроқ қайтарилса, Рухий ўзгаришлар бўлса;	Электроэнцефалография, психиатр кўриги
1.	Е. Экстрапирамидал тизим хасталиклари Паркинсонизм	Беморнинг ёши 35дан ошмаган бўлса, оилада фарзанд бўлмаса, ҳаракатларида бузилишлар ва ривожланган нейрозидокрин бузилишлар кузатилмаса;	Ривожланган амниотатик синдром ва беморнинг ёши 35дан ошган бўлса;	Невропатолог маслаҳати

2.	Миастения	Беморнинг ёши 30 дан ошмаган бўлса, четараланмаган ва ривожланмаган турларида гармонал терапия (преднизолон) қабул қилинмаган ҳолларда;	Ривожланган турларида гармонотерапияси ва жарроҳлик (айрисимон безни олиб ташлаш) усуллари билан даволанаётган беморлар;	а) электромиография; б) невропатолог ва эндокринолог маслаҳати;
3.	Гиперкинезлар	Беморнинг ёши 30 дан ошмаган бўлса, энгил, насл сурмайдиغان турларида;	Наслга боғлиқ ривожланган гиперкинезлар;	Невропатолог маслаҳати
Ж. Наслдан-наслга ўтувчи рухий-асаб қз-салликлари (миопатия, ривожланувчи атаксиялар, неврал ва спинал амиотрофиялар)		Мутлақо ман этилади;	Электромиография, генеалогик текширишлар	
XIII. 1.	Рухий касалликлар Шизофрения	а) рекуррент кечиши; б) нотўлиқ ремиссия бўлмаган даврдаги амбулатор даво жараёнида;	а) сурункали кечиш турлари; б) қисқа муддатли ремиссияли кечиши; в) касаллик натижасидаги ҳолатлар;	Психиатр хулосаси
2.	Эпилепсия	а) даволаниш даври; б) тутқанок хуружлари йилга 1-2 дан кўп бўлмаган, хотира кескин сусаймаган ва феъл-атвор бузилмаган ҳолатлар;	а) эпилептик ақл-идрок кескин сусайган ҳолатлар; б) тутқанок ва тутқаноқсиз хуружлар кўп учрайдиган шакли;	Психиатр хулосаси

3.	Олигофрения	а) ўртача дебиллик даражаси;	а) идиотия; б) имбециллик; в) чуқур дебиллик;	Психиатр хулосаси
4.	Маннакал-депрессив психоз	а) психотроп дорилар қабул қилинаётган давр;	а) психотик бузилиш даври; б) сурункали кечадиган психотик ҳолатлар;	Психиатр хулосаси
5.	Бошқа турдаги руҳий хасталиклар	а) психотроп дорилар қабул қилинаётган давр;	а) психотик бузилиш даври; б) сурункали кечадиган психотик ҳолатлар;	Психиатр хулосаси
6.	Алкоголизм	а) I даражаси;	а) II-III даражаси; б) алкогол психозлари;	Психиатр-нарколог хулосаси
7.	Наркомания ва токсикомания	а) наркотик моддаларни вақти-вақти билан истеъмол қилиниши;	а) наркотик моддаларни доимий истеъмол қилиниши;	Психиатр-нарколог хулосаси

Изоҳ: 3 - жадвалда келтирилган ҳомиладорликка бўлган нисбий ва мутлақ монеликни аниқлаш бўйича касалликлар рўйхати Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 14.12.1994 йилда тасдиқлаган 565 - сонли буйруғида келтирилган. Аммо ҳар бир аниқ ҳолатда, зарурят бўлганда, тор мутахассисларни (акушер-гинеколог, кардиолог, ревматолог, нефролог, уролог, эндокринолог, невропатолог, психиатр, жарроҳ ва бошқалар) жалб қилган ҳолда монеликни аниқлашга индивидуал ёндашиш талаб қилинади.

Хулоса килиб айтганда, ОП ёки ҚВПда ФЁА ларни ҳар йилги профилактик кўриқларини ўтказишда УАВ етакчи куч ҳисобланади. Шу сабабли улар охириги натижалар тиббий кўриқларни ўтказиш сифати билан узвий боғлиқ эканлигига масъулият ҳис қилган ҳолда ёндошишлари лозим. Ушбуни эътиборга олиб биз қуйидаги 4-жадвалда ФЁА сифатли кўриқдан ўтказишга босқичма-босқич ёндашишни батафсил келтирдик.

4-жадвал

Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида фертил ёшдаги аёллар кўригини сифатли ўтказишга босқичма-босқич ёндошиш

Босқичлар	Ўтказиладиган тадбирлар (тиббий кўриқни чуқурлаштириш)	Маъсул ходим	Бажарувчи
1	ОП ёки ҚВП да қулай шароит яратиш (қутиш учун жиҳозланган жой, ишлатиш учун керакли асбоблар бўлган тоза, ёритилган, иссик хона, хушмуомала тиббий ходимлар)	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари	УАВ, хамшира
2	Хизмат кўрсатиладиган ҳудуддаги аҳоли сонини аниқлаш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари	УАВ, хамшира
3	Аҳолининг хизмат кўрсатилиши керак бўлган қисмини ўзига ҳослигини инобатга олган ҳолда, ҳар йилги профилактик кўриқларда қилинадиган ишлар ҳажминини аниқлаб олиш, ФЁА лар рўйхатини тузиш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари	УАВ, хамшира
4	Улардан қизлар, турмушга чиқмаган ҳамда турмушга чиққанлар, бевалар, кўп болалик (3-4 ва ундан кўп фарзандли)лар, бепуштлар ва бошқаларни алоҳида кўрсатиш	УАВ	Ҳамшира
5	Профилактик кўриқлар ўтказиш учун зарур бўлган қўшимча, анжомлар, реактивлар, тиббий ҳужжатлар (бланклар) сонига бўлган эҳтиёжни аниқлаш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари	УАВ, хамшира

6	Профилактик кўриklar ўтказишнинг аниқ куни ва ойи кўрсатилган қулай жадвал тузиш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП рахбари	УАВ, хамшира
7	ОП ёки ҚВПда кўриқдан ўтиши режалаштирилган ҳар кунги аёллар сони, фамилияси, исми, шарифи ва қабул қилиш вақтини аниқлаш (ҳар бир ФЁА ни профилактик кўригига УАВ камида 25-30 дақиқа ажратиши лозим)	УАВ	Ҳамшира
8	ФЁАларни тиббий кўриқдан ўтказишда кечки соатлар ва дам олиш кунларидан фойдаланиб, қулай вақтлар ажратиш, УАВ, тор мутахассислар, ўрта тиббиёт ходимлари ва ташхислаш-даволаш хизмати кўрсатиш учун мақбул жадваллар тузиш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП рахбари	УАВ, хамшира
9	ОП ёки ҚВП тиббиёт ходимлари билан ҳар йилги профилактик кўриklar ўтказишни ташкиллаштириш борасида ўқув-услубий йиғилишлар ва машгулотлар ўтказиш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП рахбари	УАВ, хамшира
10	Тиббий кўриklar ўтказишдан олдин ҳар йилги ФЁА профилактик кўриklarнинг мақсади ва вазифалари ҳақида барча аҳолига (аёллар кенгаши, қайнона, қайнота ва турмуш ўртоқлари билан бирга) кенг камровли ва етарли даражада тушунтириш, кўриklar ўтказиш тартиби ҳамда текшириш хоналари ва уларни ишлаш вақтлари ҳақида ахборот бериш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП рахбари	УАВ, хамшира
11	ФЁА тиббий кўриklarини ўтказиш давомида имкон борича ОП ёки ҚВПда ҳафтада 1 марта раҳбарлар билан бирга тиббий кўриklar натижаларини таҳлил ва (хавфли омиллар, касалликлар, ҳомилага мутлак ҳамда нисбий монелик ҳолатлари, соғломлаштириш, кузатув ва бошқалар) муҳокама қилиш	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП рахбари	УАВ, хамшира

12	Юқоридаги ташкилий ишлар амалга оширилгандан сўнг режа бўйича белгиланган кунда профилактик кўриклар ОП ёки ҚВП рўйхатхонасида ҳамширани амбулатор беморнинг тиббий картасини расмийлаштириши (ш. 025/у) билан бошланади	УАВ	Ҳамшира
13	Врачгача бўлган хонада ҳамшира анамнез картасини тўлдиради, тиббий кўриқдан ўтувчининг бўйи, вазни, корин айланаси ўлчанади, тана вазни индекси аниқланади, тана харорати ва иккала кўлида, (зарур бўлса оёқларида ҳам) АҚБ ўлчанади, натижалар амбулатор карта ва бошқа керакли хужжатга қайд этилади	УАВ	Ҳамшира
14	УАВ тайёрланган хонада кўрикни сўраб-суриштиришдан бошлайди, шикоятлари бўлса, аввал асосийларини – уларнинг характери ва интенсивлиги, пайдо бўлиш вақти ҳамда нима сабаблар билан боғлиқлигини, оғриқлар нимадан камайишини синчиклаб суриштирган ҳолда аниқлайди. Сўнгра умумий шикоятлар аниқланади ва таҳлил қилинади. Уни ўрганиш касалликнинг хусусиятлари ҳақида хулоса қилишга ёрдам беради, хасталикнинг бошланиш даври, ўткир ёки сурункали кечишини билиш имконини яратади	УАВ	УАВ
15	Шикоятлар аниқлаштирилгандан сўнг чуқур ва тўлиқ анамнез йиғишга киришилади. Касалликнинг ривожланиши (anamnesis morbi) ҳақида сўраб-суриштиришда УАВ куйидаги саволларга аниқ жавоблар олиши лозим: 1) касаллик қачон бошланди; 2) қандай бошланди; 3) қандай кечди; 4) қандай текширувлар ўтказилди, уларнинг натижалари; 5) қандай даво ўтказилди ва қанақа самара берди. Бундай тўлиқ сўраб-суриштириш жараёнида хасталик бошланишидан ҳозиргача бўлган давргача унинг кечиши тўғрисида врачда умумий маълумот пайдо бўлади	УАВ	УАВ

16	<p>Кейинги босқичда аёлнинг ҳаёти ҳақида маълумотлар йиғиш ушбу касалликнинг характерини, унинг келиб чиқиш сабаблари ва шароитларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Ҳаёт анамнези (anamnesis vitae) бемор ҳаётининг асосий даврлари (гўдаклик, болалик, ўсмирлик, етилган) ҳақидаги тиббий биографияни мужассамлаштириши лозим. Ҳаёт анамнези умумий биографик маълумотлар йиғишдан бошланади. Туғилган жойи (маълумки, баъзи ҳудудларда айрим касалликлар кенг тарқалган бўлади – масалан, эндемик буқоқ), аёл туғилганда ота-онасининг ёши, муддатига ёки чала туғилганми, оилада нечанчи фарзанд, кўкрак сути ёки сунъий йўл билан боқилганми, неча ойлик ва ёшлиқдан юра ва гапира бошлади, болалигида рахит аломатлари бўлганлиги ва бошқа ахборотлар сўралади. Аёл ҳаётининг турли давларида яшаш шароитлари (алоҳида уйда ёки ётоқхонада, санитария шароитлари ва бошқалар) катта аҳамиятга эга. Беморнинг оилавий аҳволи - у билан бирга неча киши яшайди, уларнинг саломатлиги, оиланинг моддий ҳолати.</p> <p>Потўғри овқатланиш баъзи касалликларни вужудга келишида катта аҳамиятга эга. Унинг етарли даражада ухлаши, дам олиши, тоза ҳавода сайр қилиши, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланишини ҳам аниқлаш керак. Ноқулай шароит ва иш жойидаги салбий таъсирлар ҳам турли касалликларни келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Аёлнинг қандай касалликлар ўтказганлигини аниқлаш зарур. Оилавий (наслий) анамнез – кариндош-уруғларининг соғлиғи ҳақида (ота-онаси, ака-ука, опа-сингиллари) сўраб-суриштириш касалликни аниқлашда ёрдам беради. Инсон ҳаёти атроф муҳит билан чамбарчас боғланган ва касалликнинг пайдо бўлиши бу муҳитнинг таъсирига ҳамиша боғлиқ. Ташқи зарарли омиллар баъзи ҳолатларда авлодларда акс этиши, яъни болаларда касалликларга наслий мойиллик</p>	УАВ	УАВ
----	--	-----	-----

	туғилишига сабаб бўлиши мумкин. Аллергик анамнез – аёлларда (ҳамда кариндошуруғларида) илгари овқат маҳсулотларига (кулупнай, тухум, дуккаклилар ва х.к.), дори-дармонлар, пардоз анжомлари, гуллар чанги ва бошқаларга аллергия реакциялар бўлган-бўлмаганлиги ҳақида сўраб-суриштирилади. Аллергик реакциялар турли хил кўринишда - вазомотор ринит, эшак еми, Квинке шишидан то анафилактик шоккача бўлиши мумкин		
17	Тиббий кўрикдан ўтаётган аёлда ҳомиладорликнинг кечиши, ҳайз кўриш, жинсий ҳамда туғиш фаолияти ҳақидаги ахборотни ўз ичига олувчи махсус акушерлик анамнезини чуқур йиғиш ва ўрганиш жуда муҳим	УАВ	УАВ, хамшира
18	УАВ аёлни сўраб-суриштиришдан сўнг, шикоятлари ва анамнезини баҳолаб, кейинги клиник ва лаборатор-асбобий текширишлар учун унинг ҳолати ва муаммоларини (асосий ва иккинчи даражали) аниқлайди	УАВ	УАВ
19	УАВ аёлнинг объектив кўригини ўтказида - ушбу текшириш (<i>status praesens</i>) унинг умумий аҳволи, организмнинг алоҳида аъзолари ва тизимлари ҳақида фикрлашга имкон беради. Кўрик аниқ режа билан мукамал бажарилиши керак. Аввало умумий кўрик ўтказилади – эс-ҳуши, ҳолати, тана тузилиши, бошининг кўриниши, юзи, кўзи ва қовоқлари, бурни, оғзи, бўйни, териси, лимфа безлари, мушак ҳамда суяк-бўғим тизимлари баҳоланади	УАВ	УАВ
20	Нафас олиш, қон-томир, овқат ҳазм қилиш, сийдик ажратиш, суяк-бўғим, лимфа безлари, эндокрин ва асаб тизими ҳолатлари ўрганиб чиқилади (УАВ ҳамма аъзо ва тизимлар бўйича пальпация, перкуссия ва аускультация қилиш кўникмаларини савияли даражада бажаришни билиши шарт)	УАВ	УАВ
21	Тахминий таҳлис шакллантирилади	УАВ	УАВ

22	Лаборатор-асбобий текширув усуллари (ОП ёки ҚВП шароитида ёки кўрсатмаларга кўра, туман марказида - биокимёвий, УТТ, рентгенография, ЭФГДС ва бошқалар) ўтказилади ҳамда уларнинг бажарилиши назорат қилинади	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари ва УАВ	УАВ, хамшира
23	Кўрсатмаларга қараб, тор мутахассислар (акушер-гинеколог, кардиолог, ревматолог, нефролог, уролог, гастроэнтеролог, невропатолог, психиатр, окулист, ЛОР-врач, дерматовенеролог, гематолог, фтизиатр, инфекционист, онколог ва бошқалар) маслаҳатига мухтожлиги аниқланади ва юборилади (ёки мутахассислар ОП ёки ҚВП заруратга қараб таклиф этилади) ҳамда уларни бажарилиши назорат қилинади	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари ва УАВ	УАВ, хамшира
24	Яқуний ташхисни қўйиш учун УАВ 22 ва 23 босқичдаги текширишларни тўлиқ ва сифатли бажарилишини назорат қилиши, олинган натижаларни савияли таҳлилини ўтказиши керак	УАВ	УАВ, хамшира
25	Яқуний ташхисни асослаш (ФЁА га экстрагенитал касалликлар ташхиси даволаш муассасаларида юқоридаги босқичларда қайд этилган объект ва лаборатор-асбобий текширишлар асосида, «кўрсатмалар бўлса, шифохоналарга ётқизилиб» қўйилади)	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари ва УАВ	УАВ
26	ЭГК аниқланган ҳолатларда, ушбу ҳасталикни чуқур ўрганиш ва ўз вақтида ташхис қўйиш, сифатли даволаш ва соғломлаштиришга невропатолог, онколог, жарроҳ, инфекционист, дерматовенеролог ва бошқа мутахассислар ҳам ўз ҳиссаларини қўшадилар ҳамда қуйидаги муаммоларни ечишга қатнашадилар: а) ушбу ЭГК билан аёл ҳомиладор бўлиши мумкинми; б) агар ҳомиладорликка монелик бўлса, нисбийми ёки мутлоқми; в) нисбий монеликда (вақтинча қарши кўрсатма бўлса) аёл қанча муддат ҳомиладорликдан сақланиши лозим;	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари ва УАВ	УАВ

<p>г) агар бемор аёл ҳомиладор бўлиб қолган бўлса, у ўзи туға оладими, яъни ҳомиладорлик она ёки бола ҳаётига хавф туғдирмайдими ёки ҳомилани олиб ташлаш керакми;</p> <p>д) мабодо ҳомилани олиб ташлаш керак бўлса, уни врачлар консилиуми ҳал қилади, бунда УАВ ва тегишли мутахассис фикри ҳал қилувчи аҳамиятга эга;</p> <p>е) агар ҳомилани сақлаб қолиш керак бўлса, бунда касаллик ташхиси ва кечишини билган ҳолда беморни ўз вақтида қайси шифохонага жойлаштириш, неча мартаба ётқизиб даволаш, даволаш тамойиллари, турли хил қарши кўрсатмаларга кўра амбулатор шароитда қандай даволаш-ташхисий тадбирларни ўтказиш зарурлиги ҳал қилинади;</p>		
<p>ж) юқоридаги муаммоларни ҳал қилишда барча УАВ тактикаси бир хил ҳамда бир мақсадга йўналтирилган бўлиши керак;</p> <p>з) нисбий монелиги бўлган аёлда ҳомиладорликни давом эттириши учун нафақат касаллик ташхиси ва кечиши, балки унинг ёши ва оиласидаги фарзандлар сонини ҳам инобатга олиш лозим;</p> <p>и) мутлақ монелик бўлган аёлларда уларни ҳаётини сақлаш учун ҳомиладорликни эрта даврларида тўхтатиш лозим;</p> <p>к) ҳомиладорлиги давом эттирилишига қарор қилинган аёлларни соғломлаштириш ҳамда назорат УАВ ва акушер-гинеколог томонидан ЭГК ташхиси ва кечишига қараб амбулатор, кундузги шифохона ёки шифохонанинг махсус бўлимларида олиб борилади;</p> <p>л) ҳомиладорликка қарши кўрсатмаларни билган ҳолда УАВ ҳар бир бемор аёлга алоҳида тактика танлаши лозим;</p> <p>м) юқорида қайд этилганлардан келиб чиқиб, УАВ ЭГК аниқланган ФЁА амбулатор картасига (ш. № 0.25/у ва ш. № 111/у) ҳомиладорликка бўлган мутлақ ёки нисбий монеликни асослаб, хулоса ёзиши ва ташхисдан келиб чиқиб уни нафақат УАВ, балки тегишли тор мутахассис ҳам ўз имзоси билан тасдиқлаши лозим</p>		

27	Аниқланган бошқариладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омилларини таҳлил қилиш, бартараф этиш йўллари кўрсатиш учун аёлни қайта тиббий кўрикка келишини таъминлаш зарур	УАВ	УАВ, хамшира
28	Аниқланган касалликни дориларсиз ва самараси исботланган дорилар билан даволашни буюриш	УАВ	УАВ
29	Ўтказилаётган муолажаларнинг назорати ва ҳолатини қайта баҳолаш учун аёлга қайта келадиган куни айтилади	УАВ	УАВ, хамшира
30	Буюрилган давонинг тўлиқ ва сифатли ба-жарилишини назоратга олиш керак	УАВ	УАВ, хамшира
31	Бемор аёлга УАВ кўригига неча марта келиши, тор мутахассислар томонидан қайта кўриklar сони ва куни, лаборатор-асбобий текширувлар, ҳар бир аёл учун даволаш-соғломлаштириш режалари (даволаш-соғломлаштириш тадбирлари мақсадга мувофиқ равишда режалаштирилган бўлиши керак, яъни ФЁАни соғломлаштиришдан сўнг унинг ҳолатини қайта баҳолаш ва нисбий ҳамда мутлақ монеликни қайта аниқлаш) тўғрисида тушунча бериши керак; ш.111/у	УАВ	УАВ, хамшира
32	ФЁАда нисбий ёки мутлақ монелик аниқлангандан сўнг, УАВ у билан репродуктив саломатлик тўғрисида маслаҳат ўтказиши ҳамда уни соғлиғига зарар етказмайдиган контрацепция турини танлашда ёрдам бериши, зарурият бўлса, турмуш ўртоғи ва ота-оналари билан суҳбат ўтказиши лозим	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОIП раҳбари ва УАВ	УАВ, хамшира
33	ЭГК бор ва ҳомиладорликка нисбий монелиги бўлган аёллар касалликнинг кечиши ва оқибатидан келиб чиққан ҳолда контрацепция воиталарини бир неча ойдан бир неча йилгача УАВ ва акушер гинеколог назорати остида қўллашлари керак	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОIП раҳбари ва УАВ	УАВ, хамшира

34	ЭГК бор хомиладорликка мутлак монелиги бўлган аёллар контрацепция воситаларини доимий қўллаши шарт ёки бемор аёл розилигида ихтиёрый жаррохлик контрацепцияси (ИЖК) ўтказилиши зарур	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари ва УАВ	УАВ, хамшира
35	Юқоридаги бандларда келтирилган ҳаракатларни УАВ босқичма-босқич бажариб натижаларини куйидаги асосий ҳужжатларда қайт қилиши лозим: ш.025/у, хабар варақаси, ш.111/у, ш.030/у, хомиладорликка қарши нисбий ва мутлак монеликни рўйхатга олиш дафтари ва бошқалар	Бош врачнинг ҚВПлар бўйича ўринбосари, ҚВП ёки ОП раҳбари ва УАВ	УАВ, хамшира

ФЁАларни ҳар йили профилактик кўриклардан ўтказишдан мақсад нафақат касалликларни эрта аниқлаш ва соғломлаштириш, балки хомиладорликка мутлак ёки нисбий монеликлари бўлган аёллар учун у ёки бу контрацепция усулларини индивидуал танлашни ҳам амалга оширишдир. Ҳозирги вақтда ФЁА лар орасида бундай маслаҳатларнинг талаб даражасида ўтказилмаётганлиги, хомиладорликка мутлак ёки нисбий монеликлари бўлган айрим аёлларни, баъзан хомиладор бўлиб қолишлари ва оқибатда касалманд болалар туғилиши ҳамда оналар ва болалар ўлими юз беришига сабаб бўлмоқда.

Контрацепция бўйича маслаҳат бериш

Контрацепция бўйича маслаҳат бериш куйидагиларга имконият яратади:

- репродуктив саломатлик ва оилани режалаштириш бўйича қарорлар қабул қилишга;
- контрацепция усуллари бўйича тўлиқ ахборот олиш ва улардан бирини онгли равишда танлаш;
- танланган усулни тўғри ва хавфсиз қўллаш;
- муаммола пайдо бўлган ҳақдирда уларни енгиб ўтиш ва тўғри қарорлар қабул қилиш;

Маслаҳат бериш суҳбат тарзида олиб борилади ва унда ахборот алмашинади. Бу мураккаб жараён бўлиб, шифокордан махсус тайёргарлик талаб қилади. УАВ беморни диққат билан тинглаши ва қисқа вақт давомида уни кизиқтирган барча саволларга жавоб бериши керак. Маслаҳат бериш бир неча қисмлардан иборат бўлиб, куйидаги масалаларни ечишга қаратилган:

- бемор аёл асосли қарорлар қабул қилиши учун аниқ ва объектив ахборотга эга бўлганлигига ишонч ҳосил қилиш;
- бемор аёлга олинган ахборотни ўзининг ҳолатига мос равишда қўллашга ёрдам бериш;

- бемор аёлга репродуктив саломатлик бўйича қабул қилган қарорининг жавобгарлигини ўз устига олишига ёрдам бериш;
 - бемор аёл билан мулоқотга ижобий ёндошиш, очик ҳамда хушмуомалали ва сабр-тоқатли бўлиш;
 - бемор аёл билан тиббиёт ходимлари ўртасида ўзаро ҳурмат ва ишонч муносабатларини ўрнатиш;
 - бемор аёл ҳуқуқларини таъминлашга риоя қилиш, олинган ахборотларни сир сақлаш;
 - самарали маслаҳат бериш жараёнида юзага келиши мумкин бўлган тўғаноқларни бартараф этиш;
 - бемор аёл ва тиббиёт ходимлари ўртасида икки томонлама мулоқот ўрнатиш;
 - бемор аёл ва тиббиёт ходимлари ўртасида ўзаро мунтазам ахборот алмашиб туришини таъминлаш;
 - новербал мулоқотнинг муҳимлигини англаш;
 - контрацепциянинг ҳамма усуллари тўғрисида тўлиқ ахборот бериш;
 - бемор аёлга танланган контрацепция усулини тўғри қўллашига ёрдам бериш;
 - бемор аёлга мавжуд ҳаётий вазиятдан келиб чиқиб, муаммоларнинг аҳамиятлилик даражасига қараб кетма-кетликда бартараф этишни режалаштиришни ўргатиш;
 - зарурият бўлганда, бемор аёлнинг турмуш ўртоғи ва ота-онаси билан суҳбатлашиш;
 - ФЭАда ҳомиладорликка нисбатан мутлақ монелик аниқланганда, унга ИЖК амалга оширишни таклиф қилиш.
- ИЖК** – аёл бачадони найларини ва эркакларда эса уруғ чиқарувчи йўллارни жарроҳлик йўли билан боғлаш (вазэктомия) орқали амалга оширилиб, контрацепциянинг юқори самарали усули ҳисобланади. Унинг самарасизлик коэффиценти ҳомиладорликда 0,5% ни, вазэктомияда эса 0,1-0,15% ни ташкил қилади.

Аёллар ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси

Таъсир қилиш механизми

Бачадон найлари ўтказувчи йўлларини боғлаш ва кесиш, диатермокоагуляция қилиш, ҳалқалар ва қисқичлар кўйиш билан амалга оширилади. Ушбу усулдан фойдаланилганда, сперматозоидлар бачадон найлари ампуляр қисмига ўта олмаганлиги сабабли уруғланишга имкон бўлмайди.

Афзалликлари:

- ▶ контрацепциянинг юқори самарали усули бўлиб, фойдаланувчига боғлиқ эмас;
- ▶ ишончли контрацепцияни таъминлайди;
- ▶ арзон ва аёл ҳаётининг қолган барча репродуктив даврида ҳомиладорликдан ҳимоя қилади;

- ▶ узок давом этадиган ножўя таъсирлар чақирмайди;
- ▶ мураккаб бўлмаган жарроҳлик муолажаси бўлиб, амбулатория шароитида ҳам бажариш мумкин;
- ▶ она сути миқдори ва сифатига таъсир қилмайди;
- ▶ тухумдонни ёмон сифатли ўсмалардан ҳимоя қилади.

Етишмовчиликлари:

- ▶ фертилликни қайта тиклаш мумкин эмас;
- ▶ баъзи ҳолларда жарроҳлик амалиёти ёки анестезия билан боғлиқ бўлган асоратлар юзага келиши мумкин;
- ▶ баъзан вақт ўтиши билан бемор аёл танлаган усулидан афсусланиши мумкин;
- ▶ жинсий йўл билан юқадиган инфекциялардан ҳимоя қилмайди;
- ▶ аёл жарроҳлик амалиётидан сўнгги илк даврда жисмоний ноқулайлик сезиши мумкин;
- ▶ жарроҳлик амалиётини фақат махсус тайёргарликдан ўтган тиббиёт ходимлари бажара олади.

Ножўя таъсирлари:

- ▶ лапароскопия йўли билан ўтказилган ИЖКда баъзан бемор аёл қорин бўшлиғида қолиб кетган ҳаво таъсирида ўзини ноқулай хис қилиши мумкин;
- ▶ жароҳат соҳасида операциядан кейинги ноқулайлик – оғриқлар, жароҳат инфилтрацияси.

Асоратлари:

- ▶ инфекцияцион – инфекцияланган жароҳатлар, жуда кам ҳолларда перитонит;
- ▶ қон кетиш;
- ▶ аллергиялар, айниқса, анестезия учун қўлланиладиган дорилар таъсирида.

Ушбу усулни кимларда қўллаш мумкин?

- ▶ исталганча фарзанд кўрган ва бошқа туғишни хоҳламаган аёлларда;
- ▶ иккиқатлик ва туғиш жараёни ҳаёти ва саломатлигига хавф солувчи ҳомиладорликка нисбатан мутлақ ва айрим ҳолларда нисбий монелиги бўлган аёлларда;

▶ гармонал ёки бошқа контрацепция усулларини қўллаш мумкин бўлмаган ёки уни хохламайдиган аёллар;

- ▶ фарзандларига ирсий касалликлар ўтиши мумкин бўлган оилалар.

Ушбу усулни кимларда қўллаш мумкин эмас?

▶ бошқа фарзанд туғилишини хоҳламаслигига ишончи бўлмаган жуфтликларда;

▶ стерилизация таклифини жуда кучли ҳис-ҳаяжон билан қабул қиладиган аёлларда;

- ▶ ёш эр-хотинларга;

▶ ўткир абдоминал ёки генитал инфекциялар билан хасталанган аёлларда;

▶ ҳомиладор аёлларда;
 ▶ туғруқдан кейинги септицемия, жароҳатлар, қон кетиш, эклампсияси бўлган аёлларда (даво тугагунга қадар стерилизация мумкин эмас).

Амалга ошириш йўли

Аёлларда ИЖК туғруқдан ва абортдан кейин, хоҳишига қараб, масалан, интервалли стерилизация ёки ҳомиладорликка нисбатан мутлақ монелик бўлганда амалга оширилади. У маҳаллий ёки умумий анестезия ёрдамида, туғруқдан сўнг биринчи 7 кунда, имкон борича биринчи 48 соатда ўтказилади. Агарда стерилизация биринчи 48 соатда (7 кунда) бажарилмаса, 6 ҳафтадан кейинги муддатга қолдириш мумкин. Абортдан сўнг ИЖК инфекция белгилари бўлмаган аёлда биринчи 7 кун ичида бажарилади. Интервалли стерилизацияни менструал циклнинг биринчи 6-13 кунлари давомида ҳомиладорликдан ҳимоя қилиш учун ўтказиш мумим.

Бемор аёлга тушунтириш:

- ИЖК амалга оширишдан аввал оила буни муҳокама қилиши ва бошқа фарзандлар туғилишини хоҳламаслигига ишонч ҳосил қилган бўлиши керак;
- жарроҳлик стерилизациясидан сўнг аёл бошқа фарзанд кўра олмаслигини билиши зарур;
- аёл ИЖК ўтказиш турини (операцияси қайси йўл - маҳаллий ёки умумий анестезия, миnilапаратомия ёки лапараскопия) ўзи танлаши мақсадга мувофиқ;
- пифоҳонадан келгандан сўнг аёлда ҳарорат кўтарилса, камқувватлик, тери қопламлари оқариши, қоринда оғриқлар кузатилса, яна врачга мурожаат қилиши лозимлигини тушунтириш.

Эркаклар ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси

Аёлларда исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш мақсадида эркакларда уруғ чиқарувчи йўлларини боғлашдан иборат.

Афзалликлари:

- доимий, юқори самарз берувчи усул;
- жинсий фаолиятга таъсир этмайди;
- оддий ва енгил бажариладиган операция;
- жиддий ножўя таъсирлар ва асоратлар кузатилмайди;
- катта маблағ талаб қилмайди.

Камчиликлари:

- жинсий йўл билан юқадиган юқумли касалликлардан ҳимоя қилмайди;
- операциядан кейинги 3 ой давомида аёлда ҳомиладорлик кузатилиши (чунки кейинги 20 та эякуляция ҳолатида спермада сперматозоидлар бўлиши аниқланган) мумкин;
- амалга оширилган жараён – орқага қайтариб бўлмайдиган усул;

- айрим ҳолларда операциядан сўнг ноқулайлик сезгиси бўлиши мумкин.

Ножўя таъсирлари:

- операциядан сўнг маҳаллий дискомфорт (шиш ва маҳаллий оғриқлар);
- оғриқ қолдирувчи воситалардан сўнг баъзан маҳаллий аллергия бўлиши.

Асоратлари:

- айрим ҳолларда умумий анестезиядан кейин асоратлар кузатилиши;
- гематомалар;
- маҳаллий инфекция;
- гранулема.

Вазэктомияни кимда қўллаш мумкин?

- контрацепциянинг самарали ва доимий усулини қўллашни хоҳлаган эркекларда;
- жинсий ҳамроҳи (аёли) касаллиги туфайли унинг ҳомиладор бўлиши ва туғишини истамайдиган эркекларда;
- бошқа фарзандлар туғилишини истамаган эркекларда;
- наслий касалликлар ўтиш хавфи бўлган оилаларда.

Вазэктомияни кимда қўллаш мумкин эмас

- бошқа фарзандлари бўлишини истамаслигига ишончи қомил бўлмаган эркекларда;
- мойк соҳасида ўткир инфекциялари бўлган эркекларга;
- ўткир инфекциялари (масалан, грипп ва бошқалар) бўлган эркекларга;
- аффект ҳолатида бўлган эркекларга.

Ихтиёрий жарроҳлик контрацепциясини танлаган эркекларга тушунтириш:

- вазэктомиядан кейин фарзандлар бўлмаслигини;
- операциядан олдин розилигини ёзма равишда тасдиқлашини;
- ИЖК ўтказишдан олдин истаган пайтда ундан бош тортиш мумкинлигини;
- стерилизация (скальпелсиз вазэктомия ёки оддий усул) ва анестезия усулини ўзи танлаши лозимлигини;
- операциянинг дастлабки кунларида маҳаллий шिश ва оғриқлар бўлиши мумкинлиги ва улар бир неча кундан сўнг давосиз ўтиб кетишини;
- операциядан кейинги 1-2 кун давомида жисмоний зўриқиш ва жинсий алоқадан сакланиш зарурлигини;
- ИЖК ўтказилгандан кейинги 3 ой ёки 20 мартабагача бўлган эякуляция ҳолати фертил бўлишини ва бу даврда контрацепциянинг бошқа усулларида фойдаланиш кераклигини;
- эякулатда сперматозоидлар йўқлигига ишонч ҳосил қилиш учун спермограмма қилиш мумкинлигини;

- стерилизациядан 4–6 ҳафта ўтгач, тиббий кўриқдан ўтиш муҳимлигини, лекин саволлар ёки муаммолар туғилса, истаган вақтда врачга мурожаат қилиш зарурлигини.

Индивидуал – алоҳида маслаҳат бериш турлари

Бирламчи индивидуал маслаҳат бериш – бунда бемор аёлга контрацепциянинг барча усуллари тушунтирилади ҳамда кўрсатилади ва у ўзига мос келадиганини танлашига ёрдам берилади.

Аниқ (конкрет) усул бўйича индивидуал маслаҳат бериш – бемор аёлга контрацепциянинг битта аниқ усули бўйича тавсиялар берилади.

Иккиламчи индивидуал маслаҳат бериш – танланган усулни қўллаш тажрибаларини врач ва тиббиёт ҳамшираси бемор аёл билан муҳокама қилади.

Индивидуал маслаҳат бериш босқичлари

I. Ўрнингиздан туринг ва бемор аёл билан биринчи бўлиб саломлашинг:

- саломлашиш очик ва чин дилдан бўлиши керак, аёлни юзига тик боқиб, визуал алоқа ўрнатинг, лозим бўлса жилмаинг. Саломлашиш ва жилмайиш маслаҳатнинг биринчи 20 дақиқаси мобайнида ёқимли муҳитни сақлашга ёрдам беради;

- диққатингизни аёлга қаратинг. Агар банд бўлсангиз, кутиб туришини илтимос қилиб кечирим сўранг ёки ишларингизни кейинга қолдиринг. Аёл сизнинг хонангизда ўтирганда турли ҳужжатларни тўлдириш, телефон орқали гаплашиш, бошқалар билан мулоқотда бўлиш керак эмас. Мулоқим, дўстона муносабатда бўлинг ва ҳурмат кўрсатинг;

- қандай ёрдам бера олишингизни аниқланг. Маслаҳат даврида сиз фақат битта муаммони ҳал қилишингиз мумкинлигини ёдда тутинг. Агар аёл муаммосини ҳал қилишга қурбингиз стмаса, керакли мутахассисга мурожаат этишни тавсия қилинг. Сухбатни конфиденциаллигини таъминланг. Аёлга тиббий муассасада ҳужжатлар қандай тўлдирилиши ва сақланиши, ким ва қачон тиббий картани олиши мумкинлигини тушунтиринг. Аноним (яширин) текширишдан ўтиш мумкинлиги тўғрисида ахборот беринг;

- агар клиник кўриқ ёки бошқа текширишлар зарурияти бўлса, беморни аввалроқ огоҳлантиринг;

- сизга мурожаат этган аёл билан бегоналар олдида (улар сизнинг ҳамкасбларингиз бўлса ҳам) суҳбатлашманг.

II. Ташриф сабабини аниқланг:

- бемор аёлга репродуктив саломатлик ҳақида савол берганда, зийрак ва хушмуомала бўлинг;

- суҳбат инсоннинг интим (жинсий) ҳаёти тўғрисида бораётганлигини унутманг;

- кенг қўламли жавоблар олинадиган очик саволлар беринг;

- ёпиқ, жавобга олдиндан ишора қиладиган ёки “нега” сўзидан бошланадиган саволларни берманг;

• аёлдан унинг жинсий ҳамроҳининг (эрининг) репродуктив саломатлиги ҳақида қандай фикрда эканлигини билинг;

• бемор аёлга ўзининг қуйидаги туйғуларини изҳор қилишга ёрдам беринг:

- ҳис-ҳаяжони;

- истаклари;

- хавотирлари;

- муаммолари;

- саволлари.

• суҳбат чоғида аёлнинг «тана тили»га (ҳаракатлари, тана ҳолати) аҳамият беринг;

• бемор аёлдан контрацептивлардан фойдаланиш борасидаги тажрибалари, абортлар, жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар ҳақида сўраб-суриштиринг. Оддий ва очик ҳамда қисқа саволлар беринг. Мавзуларни муҳокама қилишда тортинмасдан, аёлга у ёки бу нарсаларни нима мақсадда сўраётганигини тушунтиринг;

• ундан барча керакли ахборотни олишга ҳаракат қилинг, қаттиққўллик қилманг, шонилтирманг ҳамда суҳбат чоғида оддий, тушунарли ва қулай ибора ва саволларни қўланг;

• беморнинг яқин келажакдаги режалари билан қизиқинг - у фарзандли бўлишни хоҳлайдими ёки ҳомиладорликни кейинга қолдирмоқчими, фарзандлар туғилиш вақти ва ўлар оралигини узайтирмоқчими;

• диққат билан эшитинг ва суҳбатни ким бошқараётганини кузатинг. Сизга тушунарсиз ҳолларни аниқлаш учун қўшимча саволлар беринг;

• бутун суҳбатни қизиқиш билан тушунишга ҳаракат қилинг, визуал алоқани сақланг, лекин доимо беморга тикилиб қараб турманг, бу унга ноқулайлик туғдиради;

• новербал мулоқотнинг бир неча турлари ёрдамида чин дилдан унинг муаммолари билан кизиқётганлигини намойиш қилинг - бунинг учун бошингиз ва танангиз бир оз суҳбатдошингиз томонга эгилиб турсин. Аёл гапираётганда вақти-вақти билан қуйидаги сўзларни айтиб туринг: «Ҳа... Мен сизни тушунаман ..., Яхши...»;

• бемор аёлни муҳокама қилманг, «сизни ўрнингизда бўлганимда қуйидагича йўл тутардим», деб гапирманг. Мулоқот вақтида бардошли бўлинг, мавжуд ҳолатни борича қабул қилинг. Аёлга унинг хулқини баҳоловчи маслаҳатлар ёки тайёр рецетплар берувчи киши эмас, балки муаммоларини ҳал қилиш учун ёрдам ва қўллаб-қувватлашлар керак;

• аёлга бир қарор ва ечимга келишига ёрдам беринг;

• ундан тиббий ҳужжатларни тўлиқ расмийлаштириш учун керак бўлган ахборотни беришни илтимос қилинг (амбулатор карталар, журналлар). Ушбу маълумотлар унинг репродуктив саломатлигини узоқ кузатиш учун зарурлигини тушунтиринг.

III. Аёлга контрацепция усуллари тўғрисида зарур, аниқ ва тўғри ахборотлар беринг:

- аёл контрацепция усуллари, уларнинг самарадорлиги, таъсир механизми, афзалликлари ва етишмовчиликлари, кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, ножўя таъсирлари, асоратлари, қўллаш усуллари, нархи, қаердан сотиб ёки бепул олиш мумкинлиги ҳақида тўлиқ ахборотга эга бўлиши зарур;

- аёлга маълум бўлган контрацепция усулини танлашга ёрдам беринг. Унга хоҳлаганини танлаши мумкинлигини, лекин танловнинг маълум чегара ва мезонлари борлигини эътиборга олиш кераклигини тушунтиринг;

- ахборотни маълум кетма-кетлик ва микдорда бериш муҳим. Агар сиз қисқа вақт мобайнида жуда кўп маълумот берсангиз, аёл уларни ўзлаштира олмайди. Уни маълум қисмларга ажратиб баён қилинг: аввал муҳим қисмини, кейин қолганларини ёритинг. Аёл индивидуал маслаҳатдан олдин гуруҳли ахборот учрашувларида қатнашганлиги яхши натижа беради;

- ахборотни индивидуаллаштириш - аёлни келажак режаларини тўғри тушунганингизни ва унга жинсий ҳамроҳи рози эканлигини аниқлаштиринг. Контрацепция усулини қўллашнинг аниқ муддатлари ҳақида гаплашинг;

- бемор аёл контрацепция турларидан бирини танлагандан сўнг:

- у қайси контрацептив усулни танлади ва нега айнан шунга тўхталди;

- қандай нисбий қарши кўрсатмалар борлигини тушунтиринг, улардан қайси бирини бартараф этиш мумкинлигини муҳокама қилинг. Масалан, агар аёл чекса, унинг кунда чекадиган сигареталари сонини камайтира олиши ёки бутунлай воз кечиши мумкинлигини аниқланг;

- аёлда танлаган усули тўғрисида тушунча борлигини билинг, уни тўғри қўллай олишига ишонч ҳосил қилинг;

- нотўғри ахборотни бсғараз тўғриланг. Агар аёл баъзи нарсаларни тушунмаган ёки нотўғри тушунган бўлса, яна бир маротаба тўғри ахборот беринг. Сизни тўғри тушунганлигини текшириб кўринг;

- танланган контрацепция усули самарадорлиги, таъсир механизми, афзалликлари ва етишмовчиликлари ҳақида, қўллаганда кузатилиши мумкин бўлган ножўя таъсирлари ва келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар ҳақида гапириб беринг. Ножўя таъсирларнинг пайдо бўлиши контрацепция усулини қўллашни тўхтатишга асос бўлмаслиги. улар қисқа вақт ичида ўз-ўзидан йўқолишини тушунтиринг;

- аёлга кейинчалик уни қизиктириши мумкин бўлган контрацепциянинг янги усуллари тўғрисида гапириб беринг;

- фойдаланаётган усули тўғрисида аёл ахборотга эга бўлса ҳам, унга қўлланилиши мумкин бўлган бошқа контрацепция воситалари тўғрисида қисқача ахборот беринг;

- аёлдан улар тўғрисида кўпроқ билиш хоҳиши бор ёки йўқлигини аниқланг;

- суҳбатда рангли анжомлар, брошюралар, контрацептив восита андозаларидан фойдаланинг. Бу аёлга танлаган контрацепция усулини тўғри қўллашни яхши тушунишга ёрдам беради.

IV. Аёлнинг қарор қабул қилишига ёрдам беринг:

- аёлга танлаш ўзига боғлиқлигини тушунтиринг. Врач сифатида унга керак бўлган барча ахборотни беринг, лекин унинг ўрнида қарор қабул қилманг;
- баъзан контрацепция усулини тез танлаш шарт эмас. Аёлга ўйлаб кўришга вақт беринг;
- унга тўғри усулни танлашга ёрдам бериб, келажакдаги режаларни ҳам эътиборга олишини сўранг;
- аёлга танлаган усулининг “ижобий” ва “салбий” томонларини тушунишига ёрдам беринг;
- зарур бўлган саволлар: *Кўкрак сути билан озиқлантирасизми? Сиз яна фарзандлар бўлишини режалаштиряпсизми? Сизда бошқа жинсий ҳамроҳлар борми? Сизнинг жинсий ҳамроҳингизда-чи?*
- ҳар икки ҳамроҳнинг контрацепция усуллари ҳақидаги фикрларини билинг. Қабул қилинган қарор улар орасидаги муносабатни бузмаслигига ишонч ҳосил қилинг;
- муҳим жойларини аниқлашни талаб қилинг, асосий ахборотни қайтаринг;
- аниқ усуллارни қўллашда қандай тиббий чегаралар бўлишини тушунтиринг;
- агар аёл тўғри қарор қабул қилганига ишонмаса, унга контрацепциянинг бошқа усуллари тўғрисида ахборот беринг;
- бу сафар у ўзининг танловига ишончи қомиллигини аниқлаштиринг. Қандай қарор қабул қилганлигини билинг ва шовилтирмасдан жавобини кутинг.

V. Аёл ўз қарорини сизга айтганидан сўнг:

- унга танланган усулни кўрсатинг ва тўғри қўллаш йўлларини тушунтиринг, иложи борича намоёиш қилиб беринг;
- агар сизда ушбу контрацептив восита бўлмаса, аёлга қаердан, қачон ва қандай қилиб олишни айтинг;
- миждознинг аффеckt ҳолатидаги қарорларини қабул қилманг;
- танланган усулнинг қўлланиш йўлини кўрсатиб беринг;
- оғзаки зарурият бўлса, ёзма шаклда тушунтиринг;
- келиб чиқиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни айтиб ўтинг ва улар пайдо бўлса нима қилиш кераклигини тушунтиринг;
- аёлга врач кўриги ёки маслаҳатига яна қачон ташриф қилишини айтинг. У ниманидир аниқлаштирмоқчи ёки тўғри қилаётганлигига ишонч ҳосил қилмоқчи бўлса, хоҳлаган вақтида врачга мурожаат қилиши мумкинлиги тўғрисида огоҳлантиринг;
- пайдо бўлиши мумкин бўлган асоратлар белгилари ва бу ҳолатда аёл нима қилиши зарурлиги тўғрисида гапириб беринг;
- аёл олган ахборотини тушунганлигига ишонч ҳосил қилиш учун ундан айрим муҳим жойларини такрорлашини илтимос қилинг;

- аёлга у танлаган контрацепция усули тўғрисида буклетлар, қўлланмалар таклиф қилинг;
- танланган усулни тартибсиз қўлланилишида келиб чиқиши мумкин бўлган хавфлар тўғрисида сўзлаб беринг, қандай шароитларда тезкор контрацепция самарали эканлигини тушунтиринг;
- ёқимсиз ҳислар пайдо бўлганда, сизга мурожаат қилишини илтимос қилинг.

VI. Қайта ташриф:

- авваламбор, аёлнинг танлаган контрацепция усулини тўғри қўллаётганлигига ишонч ҳосил қилинг;
- унинг қўшимча тушунтиришларга муҳтож ёки йўқлигини аниқланг;
- аёлдан танлаган усулидан қониқаётганлиги, уни қўллаш пайтида ноҳўя таъсирлар ёки ноқулайликлар пайдо бўлганлиги тўғрисида сўранг;
- пайдо бўлган муаммоларни ечишга ёрдам беринг;
- муаммолар ва контрацепция усулини ўзгартиришга зарурият йўқлигига ишонч туғдир;
- агар аёл соғлиғида муаммолар бўлса, унга керакли тиббий текширишлар ўтказишни таклиф қилинг;
- мабодо аёл танлаган контрацепция усулидан қоникмаса, унга бошқа усулларни, уни тўғри ва хавфсиз қўллаш тўғрисида керакли ахборотни таклиф қилинг;
- агар аёл бачадон ичи воситасини олиб ташлашни илтимос қилса, уни олиш вақтини режалаштиринг;
- агар аёл фарзанд кўришни хоҳласа, уни туғруқдан олдин зарур бўлган маслаҳатлар билан таъминланг.

Маслаҳат бериш кўникмалари ва техникаси

Тиббиёт ходими самарали маслаҳат бериши учун махсус техника ва кўникмаларни бажара олиши зарур.

Маслаҳат ўтказиётган УАВ қуйидагиларни бажариши шарт:

- ▶ турли хил суҳбатдошларга кўника олишни билиши;
- ▶ вербал (сўзлар билан ифодаланадиган) ва невербал (имо-ишора, тана ҳаракатлари ва кўз ташлаш билан ифодаланадиган) мулоқот кўникмаларини бажара олиши;
- ▶ қабулга келган кишига бериладиган ахборотни керакли миқдорда етказишни билиши;
- ▶ тавсияларни тўғри шакллантира олиши;
- ▶ вербал мулоқот УАВ *очик саволлар шакллантиришни* бажара олишини талаб қилади. Улар қуйидагиларга қаратилган:
 - мулоқотни очик ўтказиш уни енгиллаштириш;
 - аёл тўғрисида ахборот қабул қилиш;
 - қабулга келган аёлни яхшироқ билиш;

- аёлга ўзини яхшироқ билиб олишга ёрдамлашиш;
 - унинг ҳис-туйғуси ва ҳолатини тушуниш;
 - аёл билимлари даражасини текшириш;
 - аёлга ўз муаммоларини аниқроқ тушунишига ёрдам бериш;
 - муаммоларга ёндошишнинг янги йўлларини айтиш ёки очиқ бериш;
 - аёлга ўз ҳис-туйғуларини тушунишига ёрдам бериш;
 - аёлга қарор қабул қилишида ёрдам бериш;
 - унга кўрсатилган хизматлардан қониққанлигига ишонч ҳосил қилиш.
- ▶ мулоқотнинг асосини маслаҳат берувчи ва олувчининг тенглиги ва уни қабулдаги киши доимо ҳис қилиб туриши лозимлиги ташкил қилади. Новербал мулоқот куйидаги қисмларни ўз ичига олади:

Визуал контакт

Очиқ кўз билан қараш. Дикқат! Мулоқот вақтида қабулдаги кишининг бошидан юқори ёки кўзидан пастки соҳалар, танаси ва оёқ-қўлларига қараш мумкин эмас.

Тана тили:

- врач ва пациент аёл бир-бирларидан маълум масофада туришлари керак;
- врачнинг гавдаси пациент аёлга бир оз эгилган бўлиши лозим;
- имо-ишоралар айрилган сўзлар ва ҳис-туйғуларни кўрсатади ҳамда тасдиқлайди;
- очиқ юз билан боқиш бемор аёлга ва унинг муаммоларига қизиқиш борлигини кўрсатади.

Нутқи:

- нутқнинг тезлиги ва жарангдорлиги;
 - кучи;
 - оҳангги;
 - тембри;
 - урғулар берилиши;
 - сўзлар оралиғидаги сукунатлар;
- Самарали мулоқот **фаол тингловчилик** ёки бошқача айтганда рефлексив - интерфаол (мулоқотга қатъашишга асосланган) қобилиятни талаб қилади. Бундай тинглаш:

- пациент аёлга уни қизиқиш билан тинглаётганликлари, гапиришини давом эттиришига туртки эканлигини тушунишини англатиш;
- ишонч ва хавфсизлик муҳитини яратиш;
- оддий тинглашдан кўра кўпроқлигини.

Фаол тинглаш:

- пациент аёлнинг ҳис-туйғуларини жамлайди;
- врачнинг қизиқиш даражасини ифодалайди ва куйидаги мақсадларга қаратилган:
- пациент аёлга врач муаммо ёки вазиятга бўлган муносабатини тушунишига ва у тўғрисида гапиришига ёрдам бериш;

- пациентни врачнинг чин дилдан ёрдам бериш ҳоҳишида эканлигига ишонтириш;
- пациент аёлга уни тинглаётганлиги, фикрларини кузатаётганлигини ва уни тўғри тушунаётганлигини кўрсатиш;
- пациент аёлга ўз муаммоларини изҳор қилиш ва аниқроқ тушунишига ёрдам бериш;
- аёлга ўзида ишонч ҳосил қилишига ёрдам бериш.

Тингловчи:

- **танбех бермайди** (ҳеч ким унга бундай ҳуқуқ бермаган);
- **танқид қилмайди** (чунки бу химоя реакцияси ҳамда ўзини оқлаш ҳиссини чақиради ва оқибатда мулоқотни тўхтатади);
- **НЕГА деб сўралмайди** (чунки ҳар бир инсоннинг у ёки бу тарзда ўз ҳолатини изҳор қилиш хусусиятлари бўлади);
- **тушунтириш олиб бормайди;**
- **сўзлаётганга ўз ҳис-туйғуларини англашга ёрдам беради.**

Фаол тинглаш икки томонлама ишонч, хавфсизлик ва қулайлик муҳитини яратишга олиб келади.

Сизни тинглаётганликларини қандай тушуниш мумкин? Унинг бир нечта белгилари бор:

- визуал алоқа ноқулай ҳис-туйғуларни чақирмайди;
- суҳбатдош доимо гапириб туради - *ҳа, яхши, тўғри ва ҳ.к.*;
- суҳбатдош бошини кимирлатиб туради;
- суҳбатдош жилмаяди ва имо-ишора билан қўллаб-қувватлайди;
- суҳбатдошнинг танаси ўзининг диққат-эътиборини кўрсатиш учун бир оз олдинга эгилган бўлади ва ҳ.к.

Қайта боғланиш

Қайта боғланиш, акс этиш ҳам деб аталади - мулоқотнинг ўзига хос усули бўлиб, баъзи бир хулқ эгаси, айтилган сўзлар, қилинган ишлар ва ҳ.к.га писбаган кўрсатиладиган ёки қайтариладиган реакциядир. Бу акс этилиш икки томонлама ҳисобланади, шунингдек, у пациент учун ҳам, врач ёки тиббий ҳамшира учун ҳам тўғри келади.

Умумий қоидалар:

1. Қайта боғланиш:

- ўз вақтида бажарилиши керак, яъни дарҳол, зудлик билан кейинга қолдирмай;
- суҳбатдошга йўналтирилган бўлиши керак, учинчи кишига эмас;
- сўзлар билан ифодаланиши мумкин: *мен сезишимча, мен ўйлашимча, мен ҳис қилишимча;*
- фойдали бўлиши учун ақл-идрок чегарасида ифодаланиши керак (реакциялар жуда кўп ҳам ва жуда кам ҳам бўлмаслиги лозим);
- кимга мўлжалланганлигига қараб, унинг хулқига қаратилган бўлиши мумкин;
- нимани ўзгартириш ёки яхшилашга қараб диққатни жамлаш зарур.

2. *Қайта боғланиш саволларга жавоб тарзида бўлиши мумкин: Нима? Қандай қилиб?* Тушунтиришлар талаб қилмайди – Нега?

3. *Қайта боғланишига муҳокама, қарорлар ва маслаҳатлар кирмайди (бу тиббий маслаҳат самарасини йўқга чиқаради);*

4. *Қайта боғланишини қабул қилиш керак:*

- оддий тинглаш билан (агар қайта боғланиш турли хил реакциялар тўғрисида, бу қайта боғланиш бўлмайди);

- ўзини оқлаш ва тушунтиришларни талаб қилмасдан;

- саволлар фақат вазият ёки муаммони тушуниш учун берилади.

Қайта боғланишини қўллаш учун сабаб - баҳона

Қайта боғланиш:

- сизни диққат билан тинглашга мажбур қилади;

- сиз эътибор билан тинглаётганингизни кўрсатади;

- агар сиз муаммони нотўғри тушунган бўлсангиз, пациентга уни тўғрироқ айтишга имкон беради;

- пациент айтганларини сизга тушунтиришга ёрдам беради ва суҳбатни давом эттиришга чакиради;

- пациентни унга янги, керакли ахборот зарурлигига ишонтиради.

Айтилганларни қайта такрорлаш

Айтилганларни қайта такрорлаш – берилган ахборотни пациентга янада қулай ва етарли шаклда қайта кўрсатиш демакдир. Бу врачга уни тўғри тушунганликлари ва у ўз ҳамсуҳбатини тўғри тушунганлигини текширишга ёрдам беради. *Агар мен тўғри тушунган бўлсам сиз айтмоқчисизки, ...* – бу айтилганларни қайта айтишнинг яхши мисолидир. Муҳими, бемор врач унинг қийинчиликлари ва муаммоларини тушунганлигини сезганлигидир. Суҳбат орасида қуйидаги кўринишдаги сўзларни қўлланг: *Бу сизни ҳис қилишингизга мажбур қилдимми ...?*

Маслаҳат вақтида пациент диққатини энг муҳимига жалб қилиш учун, аниқ ахборот, мавзу, вазиятлар муҳокамасига яна қайтиш тавсия қилинади.

Аниқлаштириш

Аниқлаштириш – бу вазиятни тўғри ва тўлиқ тушунишга ҳамда муаммони аниқлаш, ҳис-туйғучи кўрсата билишга чмкон берадиган жараёндир.

Сўраб аниқлаштириш техникаси:

- очиқ саволлардан фойдаланиш;

- тасдиқлар миқдорини белгилаш ва суҳбатдошга мослаштириш.

Пациент муаммосини яхши тушуниш учун қуйидаги турдаги саволларни бериш тавсия қилинади: *Сиз тушунтира олинганми мумкинми ... ? Сиз аниқлаштиришингиз мумкинми ... ? Сиз ... ҳақида нима деб ўйлайсиз? Сиз ... бунини айтишни хоҳлайсизми? Бунинг учун Сиз ўзингизни қандай ҳис қилайсиз ... ? Бу Сиз учун қандай аҳамиятга эга? ва бошқалар.*

Аниқлаштириш (конкретлаштириш) қобилияти зарур тўғри тавсиялар бериш учун муҳим бўлган ахборотлар йиғишда ёрдам беради.

Ҳис-туйғулар

Ҳис-туйғулар, репродуктив саломатлик, оилани режалаштириш, муносабат ва мулоқотлар (очик, толерант ва ахборотли) ташкил қилиш, ишонч ва эмпатия (ҳис-туйғусини тушуниш, ҳамдард бўлиш) билан боғлиқ муаммолар бўйича яққол кўринган ёки бўлиб ўтган сиқилишларни ифодалаган муносабатлар маслаҳат вақтидаги **муҳитни яратади**. Оилани режалаштириш бўйича маслаҳат бериш вақтида ўзаро ишонч муҳитини яратиш масъулияти тиббиёт муассаса ходимлари зиммасидадир.

Муваффақиятли маслаҳат беришнинг асосий шартларидан бири **сир сақлаш (конфиденциальность)** ҳисобланади.

Маслаҳат бериш вақтида керакли муҳитни яратиш техникаси:

- буйруқлар эмас, маслаҳатлар;
- ҳис-туйғу ва ҳис-ҳаяжонни кўрсатишда сабр-тоқат;
- пациент гапириши ва ҳаракатларига йўналиш бериш;
- нутқнинг қисқа ва тўғри тузилганлиги;
- толерантлик (бардошлик);
- пациентга самимий муносабатни туғдирувчи қулайлик;
- маслаҳат бериш давомида пациентга хурматли муносабатда бўлиш;
- пациент учун оғир пайтда қоралаш ва ҳазилларни ишлатмаслик;
- мисоллар келтирганда, аниқ исмларни айтмаслик;
- пациент аёл уни ташвишга солган саволлар, муаммоларнинг ҳаммасига жавоб олиши мумкин бўлган муҳит яратиш.

Ижобий муҳитни яратиш, авваламбор, оилани режалаштириш соҳасида аёлнинг ҳуқуқларига риоя қилиш ҳисобланади.

Оилани режалаштириш соҳасида аёл ҳуқуқлари

Ҳар бир инсон, жинси, ёши, ирки, этник келиб чиқиши, диний эътиқоди, ижтимоий, моддий, касбий, иқтисодий ҳолати ва бошқалардан қатъи назар, қуйидаги ҳуқуқларга эга:

Ахборот олиш – оилани режалаштириш - у ҳақида маслаҳат ва ахборот олиш ҳуқуқи;

Таълаш – оилани режалаштириш ҳақидаги қарорлар, ҳомиладорликдан сақланиш усуллари ва уларни қачон қўллашни ихтиёрий қабул қилиш ҳуқуқи;

Ҳушмуомалалик – қандай хизматлар кўрсатилишидан қатъи назар, ҳушмуомалалик муҳити;

Керакли даражадаги муносабат – ўзаро хурмат муносабати ва қизиқиш ҳуқуқи;

Узоқ давом этувчи парвариш – контрацепция тўғрисида ахборот олиш ҳуқуқи ва маслаҳат олиш вақти аёл хоҳишига боғлиқ бўлиб, қанча зарурият бўлса, шунча вақт давом этади;

Имконият – жинси, ёши, ирки, этник келиб чиқиши, диний эътиқоди ва бошқалардан қатъи назар, сифатли хизматларга эга бўлиш ҳуқуқи;

Хавфсизлик – оилани хавфсиз режалаштириш ҳуқуқи;

Конфиденциаллик – шахсий ахборотни сир сақлаш ҳукуки;

Қулайлилик – кўрсатилаётган хизматлардан қатъи назар, ўзини қулай тутиш ҳукуки;

Ўзининг шахсий фикри – кўрсатилаётган хизматлар ҳақида ўз фикрини билдириш ҳукуки.

Самарали маслаҳат бериш йўлида келиб чиқиши мумкин бўлган тўсиқлар

Самарали маслаҳат бериш йўлида учрайдиган қуйидаги тўсиқларни айтиб ўтиш мумкин:

- пациент у ёки бу муаммони ҳал қилишда ўзини ноқулай ҳис қилиши;
- пациент баъзи кадриятлар ва ишончли тушунмаслиги;

Тиббий маслаҳатни самарадорлиги учун кадрият ва ишонтиришлар аҳамиятини тушуниш жуда муҳим. Нимагадир бўлган муносабат ўз кадрини ифодалашни билдиради. Инсон муносабатлари ва ахлоқи унинг кадрияти тизими натижаси ҳисобланади. Самарали маслаҳат бериш тушуниш ва бемор ахлоқининг йўналишини ифодалайди.

- самарали мулоқот кўникмалари йўқлиги;
- маслаҳат бериш кўникмалари йўқлиги.

Врач ва бемор ўртасида ижобий шахслараро мулоқотни келиб чиқишига олиб келувчи таркибий қисмлар

Врач ва пациент ўртасидаги шахслараро мулоқотни ифодалайди:

- эҳтиёжларни аниқлайди ва тасдиқлайди;
- вербал мулоқот новербал хатти-ҳаракатлар билан бирга бўлганда;
- диалог;
- ёқимли, қулай шароит;
- пациентнинг руҳий ҳолатини баҳолаш;
- у қилган, қилаётган ва қилмоқчи бўлганларини қўллаб-қувватлаш, мақташ;

- пациентни оқлаш;

- эмпатия;

- ҳамдардлик кўрсат;

- қайта такрорлаш;

- қувватлаш;

- ишонч.

Маслаҳат бериш жараёни

Юқорида таъкидлаганимиздек, аёл билан контрацепция турларини муҳокама қилишда тиббиёт ходими унинг ҳамма усуллари ҳақида қисқача ахборот бериши лозим. У қандай усулни қўллашни билган тақдирда ҳам бу қондага рноя қилиш керак.

Контрацепция усуллари танилаш мезонлари

Мижознинг ўзи, фақат врач билан маслаҳатдан сўнг, контрацепция усулини танилайди. Маслаҳат бериш вақтида врач авваламбор, ҳар бир усулнинг афзалликлари ва самарадорлиги ҳақида сўзлаб бериши керак. Самарадорлиги

Перл индекси ёрдамида, бир йил ичида ушбу усулни қўллаган 100 та аёлга нисбатан бўлган ҳомиладорлик сонига қараб аниқланади. Бугунги кунда Перл индекси «ноль» бўлган биронта ҳам контрацепция усули йўқ. Агар индекс «1» гача бўлса, бу усул жуда самарали ҳисобланади. Индекс «2» дан «9» гача бўлган тақдирда самарали, агар кўрсаткич «10» дан «30» гача бўлса – кам самарали усул эканлигини кўрсатади. Контрацепция усулларининг самарадорлиги 5-жадвалда келтирилган.

5 - жадвал

Контрацепция усулларининг самарадорлиги

Усул	Тўғри қўлланилгандаги Перл индекси	Одатий қўлланилгандаги Перл индекси
Комбинирланган орал контрацепция	0,1	6 – 8
Комбинирланган инъекциядаги контрацепция	0,1 – 0,4	0,1 – 0,4
Прогестаген бўлган таблеткалар (мини-пили)	0,5	1,0 – 10,0
Прогестаген бўлган инъекциядаги контрацепция	0,3	0,3
Имплантлар	0,1	0,1
Бачадон ичи воситалари	0,5	0,5 – 0,8
Аёллар жарроҳлик стерилизацияси	0,2 – 0,4	0,2 – 0,4
Эркаклар жарроҳлик стерилизацияси	0,1 – 0,15	0,1 – 0,5
Лактацион амнорея усули	0,5	1,0 – 2,0
Презервативлар	2,0	12,0
Спермицидлар	3,0	21,0
Табийй усуллар	9,0	20,0

Юқорида кўрсатилган жадвалдан шундай хулоса қилиш мумкинки, фойдаланувчига боғлиқ бўлмаган усуллар тўғри ва одатий қўлланилишида Перл индекси кўрсаткичидаги фарқ унча кўп эмас. Фойдаланувчи томонидан диққат ёки масъулиятни талаб қилувчи усуллар (гармонал таблеткалар, презервативлар, табиий усуллар) да унинг фарқи анча катта.

Ҳозир Республикамиздаги даволаш профилактика муассасаларида ҳомиладорликни олдини олиш мақсадида бачадон ичи воситасидан (БИВ) кенг фойдаланилади. Аҳолининг кенг қатламлари контрацепция усуллари тўғрисида батафсил ахборотга эга эмаслигини эътиборга олиб, камида 3-6 ойда бир маротаба БИВ турганлиги ёки олиб ташланганлигини

аниқлаш мақсадида УАВ ФЭАни қайта кўриқдан ўтказиши лозим. Чунки айрим ҳолларда баъзи аёллар ҳомиладорликка нисбий ёки мутлақ қарши кўрсатмалар бўлишига қарамасдан, БИВни врач рухсатисиз олиб ташлашади.

Мукамал тиббий кўриқ ўтказилгандан кейин ФЭАларда ҳомиладорликка нисбий ёки мутлақ қаршилик бўлган тақдирда ундан сакланишнинг энг мақбул усули ихтиёрий жарроҳлик контрацепцияси ҳисобланади. Бу юқори самарадор ва доимий контрацепция усули ҳисобланиб, деярли салбий оқибатлар келтириб чиқармайди. Уни қўллаганда 100 аёлда бир йилда кузатиладиган самарасиз ҳолатлар 0,5 тенг. Бемор аёллар билан бир қаторда икки ва ундан ортиқ фарзанди бўлган ва ўзлари хоҳиш билдирган соғлом аёлларда ҳам ушбу контрацепция усулини қўллаш мумкин.

Ножўя таъсирлари

Контрацепциянинг ножўя таъсирлари қўлланилаётган биринчи 2-3 ой мобайнида бўлиши мумкин. Улар аёллар ҳаёти ёки саломатлиги учун хавф бўлмаса, қўллашни тўхтатиш талаб қилинмайди. Биринчи 2-3 ой организмнинг контрацептив воситага мослашиш даври ҳисобланади ва аёлга гоҳида унинг ножўя таъсирларини камайтириш учун врач маслаҳати керак бўлиши мумкин.

Асоратлари

Контрацептивларни узоқ вақт қўллашда асоратлар келиб чиқиши мумкин. Гоҳида улар аёллар саломатлигига хавф солиши ва бу ҳолларда ушбу усулдан фойдаланилмайди. Аёлни синчиклаб кўриқдан ўтказиш асоратларни бартараф қилишга ёрдам беради. Маслаҳат бернш жараёнида келиб чиқиш эҳтимоли бўлган оғир ҳолатларнинг белгилари ҳақида аёлга уни чўчитмасдан ахборот бериш зарур.

Контрацепция усулларининг ижобий таъсирлари

Контрацепция усуллари қўлланилганда, аёл ёки жуфтлик саломатлигига қатор ижобий таъсирлар ҳам кузатилиши мумкин. Масалан комбинирланган орал контрацепция, ҳайз пайтида йўқотиладиган кон миқдори ва менструал оғриқларни камайтиради ёки йўқотади, баъзи ўсмаларнинг пайдо бўлишини бартараф этади. Барьер усуллаб жинсий йўл билан юктириладиган инфекциялар хавфини олдини олади. Маслаҳат бериш жараёнида жинсий ҳамроҳларга контрацептивларнинг ушбу ижобий таъсирлари ҳақида батафсил ахборот бериш жуда муҳим.

Фертиллиқни қайта тиклаш

Орқага қайтариш – бу контрацепция усули қўлланилиши тўхтатилгандан сўнг, фертиллиқни қайта тиклашидир. Бу фарзанд кўришни хоҳлаган ёш оилалар учун жуда муҳим. Аёллар ва эркакларда ўтказилган жарроҳлик стерилизацияси – қайта фарзанд кўриш қобилиятини бутунлай йўқотиш билан кечадиган ягона усулдир. Бачадон ичи воситалари кичик тос аъзолари яллиғланиш касаллиқлари хавфини оширади, шунинг учун бу усул тутмаган аёлларга тавсия қилинмайди. Депо-Провер (инъекцион контрацептив)

фертиликни қайта тиклашни 6-9 ёки ундан кўпроқ ойларга кечиктириши ва аёлларга ҳомиладорликни режалаштириш бўйича муаммолар яратиши мумкин.

Имкониятлари

Контрацептивлар доимо дорихона ва оилани режалаштириш пунктларида бўлиши лозим.

Шахсий мотивлар

Контрацепция усуллари танлашни аниқлаб берувчи шахсий хоҳишлар бўлиши мумкин: жинсий ҳамроҳлар ўзаро муносабати, маданият даражаси, диний қадриятлар, фарзандлар туғилиши билан боғлиқ бўлган келажақ режалари, контрацептивлар қўллаш тажрибаси ва бошқалар.

Контрацепция усулини танлаш бўйича қилинган биринчи маслаҳат вақтида аёлга ўзига мос усулни осон танлаши учун айтилган ҳамма мезонлар муҳокама қилинади.

Юқоридагилардан келиб чиқиб айтиш мумкинки, ФЁАларга кўрсатиладиган профилактик ёрдамни тиббий кўриклари ўтказиш тавсиялари ва босқичларига риоя қилган ҳолда сифатини ошириш, уларни чуқурлаштириш УАВлари томонидан соғлиқни сақлаш бирламчи тизимида аҳолига кўрсатиладиган тиббий-санитар хизмати яхшиланишига олиб келади ҳамда келажақда қуйидагиларни кафолатлайди:

- бемор аёлларни ўз вақтида аниқлаш ва уларни соғломлаштириш;
- бемор, заиф ва ногирон болалар туғилишини олдини олиш;
- исталмаган ҳомиладорликларни олдини олиш;
- она ва бола ўлими ҳамда болалар касалликларини камайтириш;
- соғлом оила шаклланиши борасида аҳолининг билим даражасини ошириш;
- аёллар ва болалар саломатлигини сақлаш ва яхшилаш;
- соғлом оилани яратиш.

Бу, ўз навбатида, оила саломатлигини сақлашга, соғлом авлод туғилишини таъминлашга ва генофондни сақлаб қолишга имкон беради.

1 - илова

Аҳоли диспансеризацияси, шунингдек,, ФЁА ҳар йилги профилактик кўриклари сифатини оширишда УАВга анамнез йиғиш ва саломатликларида муаммолари бўлганларда патологик ҳолатларни аниқлашга имкон берадиган анамнестик анкета тўлдиришни тавсия қиламиз.

АНАМНЕЗ ЙИҒИШ АНКЕТАСИ

(фертил ёшдаги аёлларни ҳар йилги профилактик кўриклардан ўтказишда умумий амалиёт врачлари ёки махсус ўргатилган тиббиёт ҳамшираси томонидан тўлдирилади)

Текшириш санаси: йил _____ ой _____ кун

Пациент Ф.И.Ш. _____

ОП ёки ҚВП даги тиббий ҳужжат тартиб сони _____

Уй манзили: _____

Умумий амалиёт врачлари Ф.И.Ш. _____

Аъзолар ва тизимлар	Ўтказган касалликлари	Ҳа	Йўқ
Қон айланиш тизими касалликлари	Ўткир миокард инфаркти		
	Гипертония касаллиги		
	Сурункали юрак ишемик касаллиги		
	Тромбофлебит		
	Веналар Ҷарикоз кенгайиши		
	Ревматизм		
	Бошқалар		
Сурункали ўпка касалликлари	Бронхит		
	Пневмония		
	Ўпка эмфиземаси		
	Бронхиал астма		
	Сил		
	Бошқалар		
Ошқозон – ичак тизими касалликлари	Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касалликлари		
	Сурункали холецистит		
	Бошқалар		
Эндокрин касалликлар	Қанли диабет		
	Диффуз-токсик буқоқ		
	Гипотиреоз		
	Бошқалар		
Асаб тизими касалликлари	(қайсылари кўрсатинг)		
Буйрак касалликлари	(қайсилари кўрсатинг)		
Эшитишнинг бузилиши	(қайсилари кўрсатинг)		
Кўришнинг бузилиши	Глаукома		
	Бошқалар		
Операциялар	Қалқонсимон безда		
	Бурун ёндош бўшлиқларида		

	Муртаклар олиб ташланиши		
	Кўзларда		
	Кўкрак қафаси аъзоларида		
	Қорин бўшлиғи аъзоларида		
	Бошқа операциялар		
Жароҳатлар ва эзилишлар	Бошида		
	Умуртка поғонасида		
	Оёқ, кўлларида		
	Бошқа жароҳатлар ва эзилишлар		
	Пациент шикоятлари		
Асосийлари	• Бош оғриғи		
	Бош айланиши		
	Бошдаги шовқин		
	Хотиранинг бузилиши		
	Қўл, оёқ, юз мушаклари заифлиги ва фалажи		
	Нуткнинг вақтинча бузилиши		
	Бир ёки икки кўз кўришининг узок давом этмаган бузилиши		
	Эс-хушининг киска вақтга йўқолиши		
	Қўл, оёқ, бошнинг титраши, турғун бўлмаслик, тебраниб туриш		
	• Кўришнинг пасайиши		
	Кўздаги оғриқлар		
	Кўздаги ажралмалар		
	Кўзнинг тез чарчаши		
	Кўз олдида камалаксимон ҳалқалар		
	• Тез-тез тумов бўлиш		
	Ангиналар		

	Бронхитлар		
	Ўпка яллиғланиши		
	Узоқ ва даврий давом этувчи овознинг хириллаши		
	Ҳид сезишнинг бузилиши		
	Кулоқларда ажралмаларнинг борлиги		
	Эшитишнинг заифлашуви ва узоқ вақт давомида пасайиши		
	Кулоқларида шовкин борлиги ёки кулоқнинг битиши хисси		
	• Доимий йўтал		
	Йўталнинг балғам ажралиши билан кечиши		
	Юқорига кўтарилганда хансираш		
	Нафас сиқиш хуружлари ёки ҳаво етишмаслик хисси		
	Қон тупуриш		
	Кечалари ҳароратнинг кўтарилиши		
	• Кўкрак кафасида нохушлик хисси		
	Босиш ёки оғирлик хисси		
	Юрак соҳасидаги оғриқлар		
	Тўш соҳасидаги оғриқлар		
	Чап қўл соҳасидаги оғриқлар		
	Юрганда чап курак таги соҳасидаги оғриқлар		
	Тинч ҳолатда чап курак таги соҳасидаги оғриқлар		
	Юрак уриб кетиши		
	Юракни ортикча уришлари (Перс-бон)		
	Хансираш		
	• Умумий беҳоллик		
	Иштаҳанинг пасайиши		

	Кўнгил айниши		
	Кусиш		
	Кекириш		
	Жиғилдон қайнаши		
	Оғизда аччиқ таъм		
	Озиб кетиш		
	Қабзиятлар		
	Ич кетишлар		
	Сариклик		
	Терй кичиши		
	• Қориндаги оғриқлар		
	• Белдаги оғриқлар		
	• Ташқи чиқарув тешиги соҳасидаги оғриқлар		
	Қонли ажралмалар борлиғи		
	• Жинсий аъзолардан ажралмалар: шиллик		
	Йирингли		
	Кўпикли		
	Қонли		
	Ташқи жинсий аъзоларда қичишиш		
	• Пешобнинг бузилиши: тез-тез		
	Оғрикли кўп миқдорда		
	Оёқларда шишлар		
	Юзлардаги шишлар		
	Сийдик рағгининг ўзгариши		
	• Умуртқа поғонасидаги оғриқлар		
	Кўллардаги оғриқлар		
	Оёқлардаги оғриқлар		
	Бўғимлардаги оғриқлар		
	• Сабабсиз чанқаш		
	Вазнининг ўзгариши (камайиши ёки кўпайиши)		

	Эркаларда жинсий фаолиятнинг бузилиши		
	• Тери ёки шиллик қаватлардаги тошмалар		
	Тери қуруқлиги		
	Сизнинг қариндошларингиз (ота-она, ака-ука, опа-сингил, бува-гиз, бувингиз) пастда кўрсатилган касалликлар ўтказганми ёки борми?		
1.	Бош мияга қон қуйилиши (инсульт)		
2.	Бронхиал астма		
3.	Алкоголизм, алкогольни суистъёмол қилиш		
4.	Қандли диабет		
5.	Қон босими кўтарилиши		
6.	Миокард инфаркти		
7.	Стенокардия (юрак хуружи)		
8.	Тана вазни ошиши (семизлик)		
9.	Глаукома		
10.	Ўт қопида тошлар		
11.	Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги		
12.	Қалқонсимон без касалликлари		
13.	Аллергик реакциялар		
14.	Ота-оналари 60 ёшга қадар бош мияга қон қуйилиши ёки инфарктдан ўлганлар		
	Турмуш тарзи		
	Стресслар ва асабий зўриқишлар		
	Чекиш (сигарета ёки «носвой»)		
	Алкоголни суистъёмол қилиш		
	Камҳаракатли турмуш тарзи		
	Жисмоний тарбия машғулотлари билан шуғулланиш		

Анкетани тўлдирган врачнинг Ф.И.Ш. ва имзоси _____

Изоҳ: ушбу анамнез йиғиш картаси УАВга ФЁА ларда бўлган шикоятлар, касалликлар, уларни умумий ва репродуктив саломатлигига салбий таъсир қилувчи ирсий ҳамда бошқа қатор хавф омилларини янада чуқурроқ ва батафсилроқ аниқлашга имкон беради. Ижобий жавобларнинг кўп бўлиши УАВдан бемор аёлни соғломлаштириш ва кузатиши учун шунчалик кўп диққат-эътиборни талаб қилади. Айрим ҳолларда, шикоятлардан келиб чиқиб тор мутахассислар маслаҳати зарурлиги аниқланади.

2 – илова

Оилавий поликлиникалар ёки қишлоқ врачлик пункларида фертил ёшдаги аёлларни ҳар йилги профилактик кўриқдан ўтказишда расмийлаштирилаётган бирламчи тиббий ҳужжатлар

№	№	Ҳужжатнинг номи ва аҳамияти	Ким томонидан олиб борилади ва тўлдирилади
1.	Ш. № 0.25/y	«Амбулатор карта» ФЁАларда ЭГК ташхисини аниқлаш учун маълумотлар берадиган асосий ҳужжат амбулатор карта ш. № 0.25/y да ифодаланади; ушбу картада умумий ҳолат, объектив кўрик, зарурият бўлганда, тор мутахассислар кўриқлари ва қўшимча лаборатор-асбобий текширувлар ҳамда аёлда ҳомиладорликка қарши нисбий ва мутлақ монеликлар борлиги кўрсатилган бўлиши керак	Регистратура тиббиёт ҳамшираси, умумий амалиёт врач ва бошқалар
2.		«Хабар варақаси» Фертил ёшдаги ҳар бир аёлга амбулатор карта тўлдирилгандан сўнг ҳар йили хабар варағи расмийлаштирилади, унда Ф.И.Ш. ёши ва сана, ташхис, терапия ва бошқа мутахассислар тавсиялари ҳомиладорликка қарши нисбий (ҳомиладорликдан сакланиш муҳлати аниқлаган ҳолда) ёки мутлақ монеликлар кўрсатилади; контрацепция санаши ва муҳлати; сўнгра хабар варағи амбулатор карта билан бирга акушер-гинекологга берилади ва умумий амалиёт врач тавсияси асосида у контрацепция усулини танлайди ва қўллайди. Хабар варағи УАВга қайтиб келган	Умумий амалиёт врач, акушер-гинеколог, тиббиёт ҳамшираси, доя

		дан ва амбулатор картага тикилгандан сўнггина бирламчи вазифа бажарилган хисобланади, лекин соғломлаштириш тадбирлари давом эттирилади	
3.	Ш. № 111/у.	Ҳомиладорнинг индивидуал картаси ЭГК бўлган ҳомиладор аёл ҳақида маълумотлар берувчи асосий ҳужжат ҳомиладорнинг индивидуал картаси хисобланади ш. № 111/у. Бунда аёл ўтган кўриклар, зарур бўлганда, бошқа мутахассислар кўриклари, ҳомиладорлик кечиши ва қилинган муолажалар ҳақида барча маълумотлар бўлиши керак	Умумий амалиёт врачи, акушер-гинеколог
4.	Ш. 030/у.	Диспансер кузатув назорат картаси Ўтказилган профилактик кўриклар ва ФЁА соғломлаштириш бўйича натижалар диспансер кузатув назорат картасига қайд этилиши лозим ш. 030/у	Умумий амалиёт врачи, тиббиёт хамшира

Фойдаланилган адабиётлар

1. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП - 1144 от 01.07.2009 г. «О программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013 гг.».
2. Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП – 1096 от 13.04.2009 г. «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формирование здорового поколения, а также в целях проведения разъяснительной работы среди населения для повышения осведомленности по вопросам формирования здоровой семьи и воспитания здоровых детей, оказания практической и методической помощи специалистам первичного звена здравоохранения для обеспечения рождения здорового поколения, укрепления здоровья женщин фертильного возраста, подростков и детей».
3. Приказ № 115 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 16.04.2009 г.
4. Приказ № 423 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 15.09.1994 г.
5. Приказ № 565 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 14.12.1994 г. «В целях улучшения организационно-медицинских мероприятий и усиления активности всех терапевтов в оздоровлении женщин фертильного возраста и беременных женщин в Республике».

6. Приказ № 485 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 11.09.2000 г. «О комплексе мер по формированию оптимального состава семьи, её оздоровления и профилактики заболеваний в каждой патронируемой семье».

7. Приказ № 770 от 30.05.1986 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения». Москва, 1986.

8. Бивол Г., Буздуган Т., Гылка Б. и др. Репродуктивное здоровье. Практическое пособие для семейных врачей и медицинских сестер. Молдова, 2005.

9. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Акушерство. Москва: «Медицина», 1979.

10. Каримов Ш.И., Гадаев А.Г. Экстрагенитал касалликлар ва хомиладорлик. Врачлар учун кўлланма. Тошкент, 1998.

11. Чубаков Т.Ч., Джузенова Б.С. Сборник избранных лекций по актуальным вопросам семейной медицины. Бишкек, 2003.

ОДАМ ИММУНТАНҚИСЛИГИ ВИРУСИ ИНФЕКЦИЯСИ

Касаллик – бу инсон организмининг носоглом ҳаёт тарзига соғлом реакциясидир.

Л.С.Сухоруков

Бутун дунёда, одам иммун танқислиги вируси (ОИВ) инфекциясига чалинганлар сони тобора кўпайиб бормокда. Шунинг учун барча шифокорлар за биринчи навбатда УАВ ушбу ҳолатни эрта ташхислаш, аҳоли орасида ва, энг аввало, хавф гуруҳларида профилактик чоратадбирларни олиб бориш ишларини мукамал эгаллаган бўлишлари лозим. Юқоридагиларни эътиборга олиб, ушбу қўлланмада ОИВ-инфекцияси тўғрисидаги маълумотларни алоҳида маъруза ҳолида батафсилроқ баён қилишни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Одам иммунотанқислиги вируси - инфекцияси тарихи ва эпидемиологияси

Орттирилган иммунтанқислик синдромига (ОИТС) 1981 йилда биринчи бор ташхис қўйилгандан буён, ушбу касалликдан 25 миллиондан ортиқ киши ҳаётдан кўз юмди ва бу унинг инсоният тарихидаги энг қажнатғич фалокатлардан бири эканлигини тасдиқлайди. Кейинги йилларда анпиретровирус даво имкониятлари кенгайишига карамай, 2005 йилда ОИТС эпидемияси ўртгача 3,1 миллион (2,8-3,6 млн.) аҳоли ўлимига сабаб бўлди, уларнинг ярим миллиондан ортиғи (570000) болалардир. 2005 йилга келиб, ОИВ билан яшаётганлар сони энг юқори даражага етди. Ҳар йили 5 млн.дан ортиқ аҳоли ОИВ-инфекциясини юқтиради. ОИВ – инфекцияси тўғрисидаги айрим маълумотлар 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Орттирилган иммунтанқислиги инфекцияси тўғрисида айрим маълумотлар

Орттирилган иммунтанқислиги инфекцияси билан яшовчилар сони	
Жами	33,2 миллион (30,6- 36,1 миллион)
Катталар	30,8 миллион (28,2- 33,6 миллион)
Аёллар	15,4 миллион (13,9- 16,6 миллион)
15 ёшдан кичик болалар	2,4 миллион (2,4- 2,5 миллион)
2006 йилда ОИВ-инфекциясини юқтирганлар сони	
Жами	2,5 миллион (1,8- 4,1 миллион)
Катталар	2,1 миллион (1,4- 3,6 миллион)
15 ёшдан кичик болалар	420 000 (350 000 – 540 000)

2006 йилда ОИТСдан ўлганлар сони	
Жами	2,1 миллион (1,9- 2,4 миллион)
Катталар	1,7 миллион (1,6- 2,1 миллион)
15 ёшдан кичик болалар	330 000 (310 000-380 000)

ОИТСга чалинган беморлар илк бор АКШда рўйхатга олинган. 1981 йилнинг ёзида ушбу мамлакат касалланишни назорат қилиш марказининг Лос-Анжелос ва Нью-Йорк бўлимларида 5 та пневмоцистли зотилжам ва 26 та Капоши саркомаси илгари соғлом бўлган гомосексуалистларда аниқланганлиги ҳақидаги хабари чоп этилган. Унда кейинги йилларда гиёҳвандлар, қон қуйилган, айниқса,, гемофилияга чалинган беморларда ОИТС ташхисланди. Беморлар ҳақидаги маълумотлар чуқур ўрганилиб, таҳлил этилгандан сўнг, касалликнинг сабаби жинсий алоқа ҳамда қон ва унинг таркибий қисмлари орқали юқувчи инфекция эканлиги маълум бўлди.

Одам иммунитетни қисқартувчи вируси биринчи марта 1983 ва 1985 йилларда икки тадқиқотчи - олимлар (Монтань ва Гало) томонидан бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда аниқланди ва касалликка сезувчан ҳисобланган иммунфермент таҳлил (ИФА) ёрдамида ОИВ-инфекциясини ташхислаш усули ишлаб чиқилди. Бу тадқиқот ОИВ-инфекцияси тарқалишини баҳолашга имкон яратди. Бутун дунёда, айниқса,, ривожланаётган давлатларда, кўп сонли ОИВ антитаначаларини ташиб юрувчилар аниқлангандан сўнг, инфекция пандемия шаклини олганлиги аниқ бўлди. Беморлар қонида CD4+ лимфоцитлар сони (иммуносупрессия кўрсаткичи сифатида) билан ОИВга қарши антитаначалар аниқланиши, инфекцияни кечиши турлича эканлигини, ҳеч қандай белгиларсиз ташиб юрувчидан то ОИТС касаллиги белгиларининг яққол кўринишигача бўлишини кўрсатди.

ОИВ ретровируслар оиласига мансуб бўлиб, лентивируслар турига киради («ленти» - секинлашган, узоқ давом этувчи). Ретровирусларнинг ўзига хос хусусияти - геномининг ноёб тузилганлиги ва қайта транскриптаза ферменти (РНКга боғлиқ ДНК-полимераза) борлиги ҳисобланади. Вирус таркибида қайта транскриптаза борлиги генетик маълумотларни тесқари (қайта) - ДНКдан РНКга эмас, балки РНКдан ДНКга томон йўналишини таъминлайди. ОИВнинг 2 та антиген штамлари фарқланади - ОИВ-1 ва ОИВ-2. Ўзбекистонда инсон учун ўта хавфли ва юқумли бўлган ОИВ-1 штамми кўп тарқалган, ОИВ-2 эса фақат Ғарбий Африкада учрайди.

ОИВ билан касалланганларнинг кўп қисмида ич кетиши ва озиб кетиш кузатилиб, бу ичаклар эпителияси зарарланиши билан боғлиқдир. Агрессив вирус таъсирида CD4+ хужайралар тезда парчаланиб, иммунитетнинг хужайра бўғини фаолияти издан чиқади. Бу, к ўз навбатида, бактерицид, киллерлик ва ўсмаларга қарши таъсирни пасайтиради. Оқибатда оппортунистик инфекциялар ривожланиши, аутоиммун жараёнлар, хавфли ўсмалар пайдо бўлиши ва асаб тизимининг зарарланиши юзага келади.

Вируснинг ҳаёт цикли 1-2 кун бўлиб, жуда тез кўпайиши сабабли, шу вақт мобайнида 1 миллиардга яқин вирус пайдо бўлади ва организмда унинг жуда катта миқдорда тўпланиши кузатилади. Инфекция манбаи бўлиб ОИВ ташувчиси ҳисобланади. Уни ташиб юриш 3 ойдан 10 йилгача ва ундан узоқроқ давом этиши мумкин. Бемор организмда куйидаги биологик суюқликларда ОИВ кўп миқдорда топилиши исботланган:

- кон ва унинг таркибий қисмлари;
- сперма;
- қин ажралмалари;
- кўкрак сути.

Тер, сўлак, сийдик, кўз ёши ва нажасда ушбу вирус жуда кам миқдорда бўлиб, улар орқали инфекцияни юкиш хавфи жуда паст. Лекин кон аралашган ҳар қандай биологик суюқлик вируснинг юкиш манбаи бўлиб хизмат қилишини эсдан чиқармаслик лозим.

Вирус ўз фаоллигини 56°C иссиқликда 30 дақиқа, 70°C да эса 10 дақиқада, қайнатилганда эса 1-2 дақиқада йўқотади. Шу билан бирга, ташқи муҳитда ОИВни дезинфекцияловчи эритмалар - 3% ли водород пероксиди, 5% ли лизол эритмаси, 0,2% ли натрий гипохлориди, 1% ли глютар альдегиди, 70% ли этанол, эфир, ацетон ўлдиради. Вирус ультрабинафша ва ионловчи нурларга чидамли. Қуритилган ҳолда 25-27°C да 7 кун мобайнида, донор қонида эса йиллаб, паст ҳароратда ҳам узоқ муддат сақланиб қолиши мумкин.

Одам иммунтанқислиги вирусини инфекциясининг юкиш йўллари

Ушбу инфекция юкишининг 3 та йўли мавжуд:

1. **Жинсий алоқа орқали** - бу йўл билан гетеро - (эркак ва аёл) ва гомо - (эркак билан эркак) жинсий алоқа қилувчилар касалланадилар. Бундай алоқаларда вируснинг аёлдан эркакка юкиш хавфи, эркаклардан аёлларга юкиш хавфидан юқорирок. Жинсий йўл билан юкувчи касаллиги бор беморларда эса ушбу хавф янада юқоридир.

2. **Парентерал йўл** - қон ёки унинг таркибий қисмлари қабул қилинганда, аъзо ва тўқималар трансплантациясида, зарарланган игна ва шприцлар, стерилланмаган тиббий асбоб-ускуналар орқали юкиши. Вирус қон хужайраларида (моноцитлар) ва унинг зардобиди бўлиши мумкин. Парентерал йўл билан юкиш гиёҳванд моддаларни томир орқали қабул қилувчилар орасида кўп учрайди. Бунда зарарсизлантирилмаган игна ва шприцлар билан бир қаторда, гиёҳванд моддаларнинг ўзи ҳам юкиш манбаи (чунки наркотик тортилган шприцга олдин томирдан қон тортилиб, кейин юборилади) ҳисобланади. ОИТВ-инфекциясининг охириги босқичларидаги беморларнинг қони билан ифлосланган игна ва шприцлардан юкиш хавфи жуда юқори (унинг учун 0,1 мл. миқдордаги қон етарли). Баъзан ОИТВ шахсий гигиена буюмлари орқали юкиши мумкинлигини ҳам инкор этиб бўлмайди. Унинг учун улар (тиш чўткаси, лезвиялар, рўзгорда ишлатиладиган ўткир, санчувчи

ва кесувчи нарсалар) вирус сақловчи кон билан ифлосланган ва тери қоплами бутунлигининг бузилиши ҳолатлари мавжуд бўлиши керак.

3. **Вертикал йўл** - ОИТВ-инфекциясини онадан болага ҳомиладорлик даврида, туғруқ жараёнида ёки кўкрак сути орқали юкишидир.

Орттирилган иммунтанқислиги вируси инфекциясининг кечиши

ОИТВ-инфекцияси - Т-хелперлар сонининг кескин камайиши ва уларнинг функционал етишмовчилиги тобора кучайиб бориши кўринишида намоён бўлувчи, йиллаб давом этадиган оғир иммунтанқислик ҳолати билан кечадиган касаллик.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти экспертлари томонидан тавсия этилган ўсмирлар ва катталарда одам иммунтанқислиги вируси инфекцияси босқичларининг клиник классификацияси

I клиник босқичи:

- ▶ белгиларсиз кечиши;
- ▶ тарқалган лимфаденопатия.

Ваёки функционал имкониятларнинг I даражаси: белгиларсиз кечиш, кундалик фаолият меъёрида.

II клиник босқичи:

- ✦ тана вазнини 10% дан кам йўқотиш;
- ✦ тери ва шиллик қаватларни энгил зарарланиши (себореяли ва кичимали дерматитлар, тирноқларнинг замбуруғли зарарланиши, қайталовчи афтоз дерматит, ангулар хейлит);
- ✦ охириги 5 йил давомида кузатилган ўраб олувчи темиртки;
- ✦ юқори нафас йўллариининг қайталанувчи инфекцияси (масалан, бактериял синусит).

Ваёки функционал имкониятларнинг II даражаси - кундалик фаолият сақланган ҳолда клиник белгиларни пайдо бўлиши.

III клиник босқичи:

- ✦ тана вазнининг 10%дан ортигини йўқотиш;
- ✦ бир ойдан кўпроқ кузатилаётган сабабсиз диарея;
- ✦ бир ойдан кўпроқ кузатилаётган тана ҳароратининг сабабсиз кўтарилиши (иситмалаш доимий ёки қайталовчи бўлиши мумкин);
- ✦ оғиз бўшлиғи кандидози;
- ✦ оғиз бўшлиғи сочли лейкоплакияси;
- ✦ ўпка сили;
- ✦ оғир бактериял инфекциялар (зотилжам, бактериемиялар).

Ваёки функционал имкониятларнинг III даражаси - охириги бир ой давомида бемор кундузги вақтининг 50%дан камини ётоқ ҳолатда ўтказди.

IV клиник босқичи:

- ✦ ОИВ-каҳексияси;
- ✦ пневмоцистли зотилжам;
- ✦ церебрал токсоплазмоз;

- ✦ бир ой ва ундан кўп вақт давомида ич кетиши билан кечувчи криптоспоридиоз;
- ✦ ўпкага боғлиқ бўлмаган криптококкоз;
- ✦ жигар, талок, лимфа тугунлари ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши билан кечадиган цитомегаловирусли инфекция (масалан, ретинит);
- ✦ оддий герпес вируси чақирган ички аъзоларнинг ёки тери ва шиллик қаватларнинг сурункали (бир ойдан кўпроқ) зарарланиши билан кечадиган инфекциялар;
- ✦ кучайиб борувчи мультифокал лейкоэнцефалопатия;
- ✦ турли даражада диссеминацияланган эндемик микоз;
- ✦ ўпка, бронхлар, трахея ва кизилўнғач кандидози;
- ✦ атипик микобактериялар чақирган диссеминацияланган инфекция;
- ✦ салмонеллезли септицемия;
- ✦ ўпкадан ташқари аъзолар сили;
- ✦ лимфома;
- ✦ капоши саркомаси;
- ✦ ОИВ-энцефалопатияси.

ОИВ-инфекцияси босқичма-босқич кечувчи, кўп сонли турли омилларга боғлиқ бўлган мураккаб жараёндир. Касалликнинг табиий кечиши ўз ичига юқиш, ўткир иситмалаш, сероконверсия, белгиларсиз клиник кўринишлар пайдо бўлиш/ОИТС ва терминал даврларни ўз ичига олади.

Ўткир иситмалаш даври

Инфекция юққандан 1-8 ҳафта кейин беморларнинг 1/3 қисмида ўткир инфекция (2-жадвал) белгилари пайдо бўлади. Яна 1/3 қисмида ҳеч қандай белгилар кузатилмайди. Бу вақтда ОИТВ-инфекциясининг гематоген диссеминацияси кузатилганлиги сабабли беморлар қонида вируснинг юқори концентрацияси аниқланади.

2-жадвал

Одам иммунтанқислиги вируси ўткир даврининг клиник белгилари

Белгилар	Учраши, %
- иситмалаш	80
- тошмалар	51
- оғиз бўшлиғида ярачалар	37
- артралгия	54
- фарингит	44
- иштаха йўқолиши	54
- тана вазнининг камайиши	32
- ҳолсизланиш	68
- миалгия	49
- иситма ва тошмаларнинг бирга келиши	46

Симптомсиз - яширин инфекция даври узок вақт - 1 йилдан 5 йилгача давом этиши мумкин. Бу давр мобайнида ОИВ кўпайиши доимий давом этиб, ҳар куни 1 млрд атрофида вирус таначалари ҳосил бўлади ва параллел равишда CD4+хужайрали лимфоцитлар сони пасайиб боради. Лекин беморда лимфаденопатия ёки ОИТСга хос белгилар кузатилмайди ва у ўз иш қобилиятини сақлаб қолади.

Персистирловчи тарқалган лимфаденопатия даврида икки ва ундан ортиқ соҳа лимфа тугунларининг 3 ой давомида катталашиши кузатилади. Персистирловчи тарқалган лимфаденопатияда лимфа тугунларининг диаметри 1 см дан кичик бўлмайди. Беморларда бир хил катталашган, зичлашган, лекин оғриқсиз бир неча лимфа тугунлари аниқланади. Бу организмнинг ОИВ-инфекциясига лимфоцитларни фаоллашуви, пролиферация ва лимфатик фолликулаларнинг гиперплазияси кўринишидаги жавобдир. Одатда, бу даврда персистирловчи тарқалган лимфаденопатияли беморнинг умумий ҳолати кониқарли, меҳнат қобилияти сақланган бўлади.

ОИТС-ассоцияли клиник белгилар даврида бемор умумий аҳволи ёмонлаша бошлайди - булар бир ой ва ундан ортиқ муддат иситмалаш, тана вазнининг камайиши, диарея, умумий беҳоллик, иштаҳанинг йўқолиши, гепатоспленомегалия, кўп сонли фолликулитлар, паротит, контагиоз моллюскларнинг кузатилишидан иборат. Лаборатория текширувда эса қонда CD4+ лимфоцитлар сони 1 мкл қонда 500 тадан кам, CD4+/CD8+ нисбати 1,0 дан паст (меъёрда - 1,5-2), камқонлик, лейкопения, тромбоцитопения, А ва G иммуноглобулинлар ва айланиб юрувчи иммункомплекслар микдорининг ошиши аниқланади.

Орттирилган иммунтанқислик синдроми - ОИВ инфекциясининг камида битта оппортуник касаллик билан кечишидир. ЖССТ 1994 йилдаги тавсиясига кўра, ОИТС ташхиси қонида ОИВ антитанчалари бўлган, CD4+ лимфоцитлар сони 1 мкл қонда 200 дан кам ва битта ОИТС-индикатор касаллиги кузатилаётган беморларга қўйилади.

ОИТС - индикатор касалликларига қуйидагилар киради:

- ўпка, трахея, бронхлар ва қизилўнғач кандидози;
- ўпкadan ташқари криптококкоз;
- ичакларнинг сурункали криптоспоридиози;
- цитомегаловирусли инфекция (жигар, талоқ ва лимфа тугунларидан бошқа аъзолар зарарланиши билан кечувчи);
- цитомегаловирусли ретинит;
- яралар пайдо бўлиши билан кечадиган оддий герпес;
- ўпкadan ташқари ёки диссеминирланган гистоплазмоз;
- бачадон бўйни раки;
- сурункали ичак изоспорози;
- ОИВ-ассоцирланган деменция;
- Капоши саркомаси;

- пневмоцистли зотилжам;
- салмонеллезли септицемия;
- бош мия токсоплазмози;
- ўпка сили ва ўпкадан ташқари сил;
- диссеминарланган ёки ўпкадан ташқари бошқа микобактериозлар.

Терминал даври - ОИВ таъсирида тана вазнининг 10% дан ортиқ миқдорда камайиши, сурункали беҳоллик, 30 ва ундан ортиқ кун давомида сабабсиз иситмалаш ва сурункали диарея билан характерланади. Беморда CD4+лимфоцитлар сони 1 мкл қонда 50 дан кам бўлиб, бу чуқур иммунтанқисликдан далолат беради. Беморларнинг ҳаёти бу давр бошлангандан сўнг ўртача 12-18 ой давом этиб, улар оппортунистик инфекциялар асоратидан ҳаётдан кўз юмадилар.

Одам иммунтанқислиги вирусини лаборатор ташхислаш

1. Иммунофермент анализ (ИФА) қон зардоби ёки плазмасида антитаначаларни аниқлаш. Ушбу текшириш ОИВ-инфекцияси ташхисини аниқлашда зардоб ва плазма скрининги учун донор қонини текшириш ҳамда эпидемиологик кузатиш учун қўлланилади. Лекин ИФА синамалари баъзан “ёлғон мусбат” ёки “ёлғон манфий” натижалар бериши мумкинлигини эсда тутиш лозим. “Ёлғон манфий” натижалар баъзан серологик бўшлиқ деб номланувчи даврда аниқланиб, бундай ҳолларда касаллик бошланишида специфик антитаначалар топилмайди. Уларнинг йўқлиги, вирус юктирган кишининг соматик ҳолатига ҳам боғлиқ бўлиши (агаммаглобулинемия, сероверсия, ОИВ-инфекциясининг охириги босқичи - ОИТС) мумкин. “Ёлғон мусбат” натижалар иммун тизимини зарарланиши билан кечувчи соматик касалликларда (аутоиммун бузилишлар, турли ўсмалар, вирус ёки бактериялар чакирган юқумли касалликлар) ва ҳомиладорликда кузатилиши мумкин.

2. Экспресс (тезкор) синамалар ёрдамида ҳам қон зардоби ва плазмада ОИВ антитаначалари аниқланади. Уни ўтказиш учун ИФАдан фарқли ўларок, анча кам вақт кетади, текшириш учун эса махсус ўлчов асбоблари талаб этилмайди (чунки натижалар визуал баҳоланади ва шу сабабли махсус жиҳозланмаган лабораторияларда ҳам аниқлаш мумкин) ва лаборатория ходимини қисқа вақт ичида қайта тайёрлаш мумкин.

3. Иммуноблот (вестерн-блот) усули ОИВнинг турли хилдаги оксилларига специфик антитаначаларни аниқлашга асосланган. Унинг бошқа текширишларга қараганда юқори спецификлиги ОИТВнинг турли оксилларига антитаначаларни алоҳида-алоҳида аниқлашга асосланган. Ушбу усул ИФАнинг мусбат скрининг натижаларини тасдиқлаш учун Республикамиз ОИТС марказидаги лабораторияда қўлланилади.

4. Полимераз записирли реакция (ПЗР) усули ўта сезгир бўлиб, унда ДНК специфик кетма-кетлигининг апликацияси (селектив кўпайиши)

кузатилади. Бу усул қонда ОИВнинг ДНК провирусини (сифатий таҳлил) ёки қон зардобиди ОИВнинг РНК геномини (микдорий таҳлил ёки “вирусли зўриқиш” ёки вируслар микдори) аниқлаш учун қўлланилади.

5. CD4 + лимфоцитлар сонини аниқлаш ОИВни ташхислаш учун специфик бўлмаган, лекин бемор организмнинг иммун ҳолатини баҳолаш усули. CD4+ лимфоцитлар, Т-лимфоцитлар (Т-хелперлар) субпопуляцияси ҳисобланиб, меъёрда уларнинг сони инсон ёшига кўра, 1 мкл қонда 500 дан 1500 гача бўлади. Т-хелперлар (CD4+) сонининг пасайиши ОИВ-инфекцияда Т-ҳужайрали иммунтанқисликнинг асосий кўрсаткичи бўлиб хизмат қилади ва касалликни белгисиз даврдан бошлаб, бутун касаллик давомида аниқланади. Қонда CD4+ лимфоцитлар даражасини аниқлаш моноклонал антитаначалар ёрдамида ўтказилади.

Даволаш

ОИВ-инфекцияга чалинган беморларга тиббий ёрдам ихтисослаштирилган давлат даволаш-профилактика муассасалари томонидан бепул, конфиденциал ҳолда кўрсатилади (ЎЗР ССВнинг 2007 йил 30 октябрдаги 480-буйруғига 2-илова).

Одам иммун танқислиги вируси инфекциясида умумий амалиёт врачининг вазифаларига қуйидагилар киради:

- ОИВ-инфекцияси аниқланган беморлар, унинг яқин қариндошлари ва тиббиёт ходимларга касаллик ҳақида маълумотлар бериш ва ўргатиш;
- ОИВ-инфекцияли беморлар ва унинг яқин қариндошларини руҳан қўллаб-қувватлаш;
- врачлик сирини сақлаш;
- ОИВ-инфекцияли беморларга тиббий хизмат кўрсатишда (махсус муассаса ходимлари билан бирга) иштирок этиш. Келишилган ҳолда, бошқа ёндош касалликлар безовта қилганда беморлар олдин ўз УАВга муурожаат қилишлари мумкин;
- ОИВ-инфекцияли беморларда шамоллаш белгилари пайдо бўлганда даволаш чораларини кўриш, агар касаллик белгилари 3-5 кундан ортиқ сақланса ёки атипик кечса, кенг қамровли лаборатория текширувлари ва кўкрак қафаси рентгенографиясини ўтказиш, кўрсаткичлар меъёрда бўлса ҳам, беморни албатта мутахассис маслаҳатига юбориш.

ОИВ-инфекциясини юқтирган беморларнинг кўпчилиги ўз ҳолатларини билмаганликлари сабабли касалликнинг эрта босқичларида тиббий ёрдам олмайдилар. Шунинг учун ўзига бириктирилган аҳоли ва беморлар билан илк учрашиш эҳтимоли юқори бўлган УАВ учун ОИВ-инфекциясини ташхислашни библиш жуда муҳимдир. ОИТС пандемиясининг биринчи йилларида барчанинг диққат-эътибори гомо ва бисексуал эркаклар, фоҳишалар, гиёҳвандлар, гемофилияли беморларга қаратилган эди. Лекин ҳозирги вақтда касалликка бундай ёндашиш кам самарали эканлиги исботланган. Чунки ОИВ кўп ҳолларда гетеросексуал жинсий

алоқаларда юктирилмоқда ва шу билан бирга, беморларнинг кўпчилиги касалликни қандай юктирганликларини ҳам билмайдилар. Шунинг учун ҳозирги вақтда хавф гуруҳлари ҳақида эмас, балки хавфли хулқ-атвор (енгилтаклик, пала-партиш жинсий алоқаларда бўлиш ва бошқалар) ҳақида фикрлаш тўғрироқдир. Бемордан анамнез йиғаётганда шифокор олдиндан ҳукм чиқармасдан, қатъият билан унинг жинсий алоқалари ва гиёҳванд моддалар қабул қилиши ҳақида сўраб кўриши зарур. Бу маълумотлар ОИВ-инфекциясини ўз вақтида ташхислаш имкониятларини оширади. Беморда тери-таносил ёки сил касаллиги борлиги ва ҳомиладорлик ОИВ-инфекциясини лаборатор ташхислашга кўрсатма ҳисобланади. Шу билан бир қаторда, лимфа тугунларининг барча гуруҳлари катталашган ҳолат, келиб чиқиши ноаниқ деменция, сурункали диарея, сабабсиз тана вазини йўқотиш, тарқалган герпес, бир неча дерматомаларнинг зарарланиши билан кечаётган камраб олувчи темиртки, сабаби ноаниқ цитопениялар, В-ҳужайрали лимфомалар ва ҳужайрали иммунитет танқислигини билдирувчи бошқа касалликларда ОИВга текшириш ўтказилиши мақсадга мувофиқдир.

ИФАда бир мартадан ортиқ мусбат натижа аниқланиб, ундан кейинги иммуноблот усулида ҳам тасдиқланса, ОИВ-инфекцияси ташхис қўйилади. Ёлғон манфий натижалар камдан-кам ҳолатларда, асосан юқиш ва сероконверсия даврлари орасида учрайди ва 6 ойдан узоқ кузатилмайди. Ёлғон мусбат натижалар ҳам, одатда, кам учрайди. ИФАда мусбат натижа ва ОИВнинг фақат бир ёки икки антигенига антитанача топилиши иммуноблот текширувида ишончсиз натижа ҳисобланади. Ишончсиз натижа сероконверсия, касалликнинг охириги даврида ва организмда аллоантитаначалар (ҳомиладорлик, қон қуйиш, аъзолар трансплантацияси) ёки аутоантитаначалар (аутоиммун касалликлар, хавфли ўсмалар) бор ҳолатларда аниқланади. Бундай беморларда 3-6 ойдан сўнг қайта текшириш ўтказиш лозим. Агар гумонли натижа сероконверсия негизида олинган бўлса, бир ойдан кейинги текширувда мусбат натижа олинади.

Ҳар бир ОИВга чалинган янги аниқланган бемордан УАВ тўлиқ анамнез йиғиши ва унда қуйидаги саволларни бериши лозим:

▶ доимий яшаш жойидан четга чиққанми - чет элга, қайси давлатга, шаҳарга ва қанча муддат у ерда бўлган? Хавфли хулқ-атвор бўлганми? Мумкин бўлган юктириш вақтлари ва касалликнинг бошланиши;

▶ қон ва унинг таркибий қисмлари қўйилганлиги ҳақидаги маълумотлар, қаерда, қачон?

▶ тиббий ёрдам кўрсатилган даволаш-профилактика муассасалари;

▶ наркологик ва/ёки тери-таносил диспансерларида рўйхатда турадими ёки турганми?

▶ ОИВга чалинган шахслар, томирдан гиёҳванд модда қабул қилувчилар ёки фоҳишалар билан жинсий алоқада бўлганми? Унда химия воситаларидан фойдаланганми?

▶ томир орқали гиёҳванд моддалар қабул қилганми? Бунда умумий игна ва шприцлардан фойдаланганми?

▶ ўзини илгари ҳам ОИВга текширтирганми? Қаерда? Қачон? Нима сабабли?

▶ олган муолажалари - игна билан санчиб даволаш, хатна қилиш, уйда олган инъекциялари ва бошқалар;

▶ сартарошхоналарда олган муолажалари (косметик, устарада соқол олиш, маникюр), татиуровка (териға игна санчиб расм чиздириш), кулоқларни тештириш ва бошқалар;

▶ қандай профилактик эмлашлар олган?

▶ ОИВ инфекциясига хос белгилар: иситмалаш, кечалари кўп терлаш, озиб кетиш, ич кетиш, йўтал, теридаги тошмалар, кандидозлар, оғиз шиллик қавати ярачалари, бош оғриши, неврологик ва руҳий ўзгаришлар борми?

ОИВга чалинган шахс билан суҳбат давомида унга Ўзбекистон Республикаси «Одам иммунтанқислик вируси билан чақириладиган касалликлар профилактикаси хақида»ги Қонуннинг «Касалликни юктиришдаги жавобгарлик» тўғрисидаги 7-банди тушунтирилади ва бемор «Синамадан кейинги маслаҳат ўтганлик варағи»ни тўлдиради.

ОИВга чалинганларга тааллуқли барча ҳужжатлар, «Хизматчилар фойдаланиши учун» грифи бўйича ишлаш талабларига мувофиқ, кулфланадиган шкаф ёки сейфларда сақланиши шарт.

3-жадвал

Одам иммунтанқислиги вирусига чалинган беморларни кузатиш тамойиллари

Ўтказиш лозим бўлган текширишлар	Илова
Шикоятлари	+
Анамнез йиғиш	+
Умумий ҳолатини баҳолаш	+
ОИВ-инфекциясининг серологик тасдиқлаш	+
Ёндош касалликлар	+
Руҳий ҳолатини ва даволашга тайёрлигини баҳолаш (сил, жарроҳлик амалиёти, шифохонада ётиш, белгиларни аниқланиш вақти, ОИВ аниқланганда қабул қилинадиган дори воситалари)	+
Объектив текшириш	+
Гинекологик текширишлар	Кўрсатмалар бўлганда
Лаборатория текширувлари: - умумий қон таҳлили (гемоглобин, лейкоцитларнинг умумий сони ва формуласи) - умумий сийдик таҳлили	+ +

- қон биокимёвий таҳлили (Алт, Аст, билирубин, креатинин)	
- заҳмга серологик текшириш	+
- вирусли гепатит В ва С га серологик текшириш	+
- бачадон бўйни суртмасини цитологик текшириш	+
- хламидиоз ва гонореяни ташхислаш	+
Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси	Кўрсатмалар бўлганда
Ҳомиладорликни аниқлаш учун синамалар	Кўрсатмалар бўлганда
CD4+ лимфоцитлар сони	+
Вирусли юктамалар	+
Манту синамаси, сил билан касалланган беморлар билан мулоқотда бўлганликни аниқлаш	+
Вакцинация (грипп, гепатит А ва В га қарши)	+
Шикоятлар ва бошқа белгиларга кўра қўшимча текшириш усуллари	Кўрсатмалар бўлганда
Қайта текшириш	
Анамнез йиғиш ва объектив текшириш	+
Қонни биокимёвий таҳлили	+
CD4+ лимфоцитлар сони (ҳар 3-6 ойда)	+
Вирусли юклама (ҳар 3-4 ойда)	+
Манту синамаси ва захми серологик текшириш (йилда бир марта)	+
Бачадон бўйни суртмасини цитологик текшириш (йилда камида бир марта)	+
Вакцинация (гриппга қарши ҳар йили)	+

Синамадан олдинги ва кейинги маслаҳат

Маслаҳат - бу маслаҳат берувчи ва унга мурожаат қилувчи шахс ўртасидаги конфиденциал, сир сақланувчи суҳбатдир. Бу мурожаат қилиб келган шахсга қуйидаги имконни беради:

- стресс ҳолатини енгиш;
- ОИВ бўйича маълум қарорга келиш.

ОИВда ўтказиладиган маслаҳатдан мақсад мурожаат қилган кишини қўллаб-қувватлаш ва касаллик бўйича турмуш тарзини ўзгартириш учун масъулиятни ҳис қилишда ёрдам беришдир.

Маслаҳат ёрдамида қуйидагиларга эришилади:

Аҳолини ОИВ ва бошқа жинсий йўл билан юқувчи касалликлар бўйича хавфсизликка, касаллик тарқалишининг олдини олиш борасида индивидуал чора-тадбирлар билан шуғулланишга ўргатиш ва руҳан қўллаб-қувватлаш.

Синамадан олдинги маслаҳат

- ✦ ҳар бир ОИВга қарши антитаначаларни аниқлаш маслаҳат билан бирга ўтказилиши лозим;
- ✦ маслаҳат берувчи томонидан олинган маълумотнинг конфиденциаллиги сақланиши шарт;
- ✦ маслаҳат берилувчининг шахсини баҳолаш;
- ✦ ОИВга қарши антитаначаларни аниқлаш учун текширув ўтказиш сабабларини аниқлаш;
- ✦ беморнинг жинсий ҳаёти, гиёҳванд моддаларни қабул қилиши ва бошқа анамнестик маълумотларни йиғиш;
- ✦ бемор билан олинадиган синама натижаларини муҳокама қилиш;
- ✦ мусбат ёки манфий натижа олинганда бўлиши мумкин бўлган ҳолатни бемор билан муҳокама қилиш;
- ✦ бемор билан синамадан кейинги ҳолатни баҳолаш;
- ✦ синаманинг мусбат натижасида бемор билан унинг учун эмоционал муҳим бўлган ҳолатларни муҳокама қилиш;
- ✦ бемор ҳаётида илгари хавфли ҳулқ-атвор кузатилган бўлса, у билан бундай одатларни ўзгартириш имкониятларини муҳокама қилиш;
- ✦ синама натижаларини маълум қилиш куни ва вақтини белгилаш;
- ✦ лабораторияда олинган натижаларни синамадан кейинги маслаҳат учрашувида шахсан маълум қилиш;
- ✦ синама натижалари ҳақидаги маълумотни ҳеч қачон телефон орқали хабар қилмаслик;

Синамадан олдинги маслаҳат вақтида бемор қуйидагилар бўйича маълумот олади:

- ОИВ инфекцияси;
- ОИВга қарши антитаналарни аниқлаш синамаси;
- ОИВ инфекциясини олдини олиш чоралари;
- синама текшируви оқибатлари тўғрисида.
- шу билан бирга у ўз ҳаётида ОИВ билан зарарланиш хавфи борлигини объектив баҳолайди;
- ОИВга қарши антитаналарни аниқлаш зарурлигига тўғри ёндошган ҳолда текширувдан ўтишни ўзи ҳал қилади “ахборотларга асосланган розилик”;
- ўз ҳулқ-атворини ўзгартириш имкониятларини ўйлайди.

Синамадан кейинги маслаҳат**1. Синаманинг манфий натижаси****Паст хавф категориясидаги бемор:**

- ОИВ инфекциясининг олдини олиш чораларини муҳокама қилиш.
- Юқори хавф категориясидаги бемор:**
- олинган натижа аҳамиятини муҳокама қилиш;
- беморга «серологик бўшлиқ» даври борлигини эслатиш ва 3-6 ойдан сўнг қайта текширув ўтказишни маслаҳат бериш;
- беморга ОИВ юктириш бўйича эҳтиёт бўлишни яна бир бор таъкидлаш.

Орттирилган иммунитетнинг вирус инфекцияси таъхисини асослашнинг эпидемиологик кўрсаткичлари

Инфекция юқишининг юқори хавф кўрсаткичлари:

- ОИВ билан касалланган шахсдан олинган қонни қуйиш;
- текширилаётган аёл ОИВ билан инфицирланган бола туғиши;
- текширилаётган боланинг ОИВ билан инфицирланган онадан туғилиши;
- ОИВ билан касалланган шахс билан жинсий алоқада бўлганлик ҳолати;
- ОИВга чалинган шахс билан бирга томир орқали гиёҳванд моддаларни қабул қилиш.

ОИВ билан зарарланиш хавфининг аниқ кузатилиши:

- ОИВ билан эҳтимоли бўлган асбоб-ускуналар билан ўтказилган парентерал муолажалар.
- ОИВ билан зарарланишнинг сезиларли хавфини кузатилиши:
- текширилувчини ОИВ кенг тарқалган ҳудудда яшовчи киши билан жинсий алоқа ёки гиёҳванд моддаларни парентерал ҳолда қабул қилганлиги ҳақида маълумот бериши;
- шу билан бирга ОИВ кам тарқалган ҳудудда ҳам жинсий алоқа ва гиёҳванд моддаларни қабул қилиш натижасида инфекция билан зарарланиш эҳтимоли инкор этилмайди.

Синамадан кейинги маслаҳат

2. Синаманинг ноаниқ натижаси

Паст хавф категориясидаги бемор:

- олинган натижанинг аҳамиятини муҳокама қилиш;
- ноаниқ натижа кузатилиши эҳтимоли бўлган сабабларни муҳокама қилиш;
- беморни ОИТС марказига юбориш;
- беморни ОИТС марказида рўйхатга олиш ва 3 ойдан сўнг қайта текширишни белгилаш;
- ОИВ-инфекциясининг олдини олиш - у бўйича хавфсиз ҳолатларни муҳокама қилиш.
- *Юқори хавф категориясидаги бемор:*
- олинган ноаниқ натижанинг аҳамиятини муҳокама қилиш;
- ноаниқ натижа кузатилиши эҳтимоли бўлган сабабларни муҳокама қилиш;
- сероконверсия бошланиш эҳтимоллигини муҳокама қилиш;
- беморни ОИТС марказига юбориш;
- беморни ОИТС марказида рўйхатга олиш ва 2 ҳафтадан сўнг қайта текширишни белгилаш;
- беморга ОИВ бўйича хавфсиз ҳулқ-атворда бўлишини яна бир таъкидлаш.

Синамадан кейинги маслаҳат**3. Синаманинг мусбат натижаси**

Синаманинг якуний натижасини билиш ва диспансер рўйхатига олиш учун беморни ОИТС марказига юбориш. Беморга мусбат синама натижасини маслаҳат берувчининг ўзи қуйидагича маълум қилади:

- беморга олган маълумотини тушуниб фикрлаши учун вақт бериш;
- беморнинг ОИВга қарши антитаначалар мавжудлиги тўғрисидаги маълумотга реакциясини баҳолаш;

- беморга ОИВ ва ОИТСнинг фарқини тушунтириш;
- беморга касалликни тарқатмаслик учун ўзининг хулқ-атвори бўйича масъулиятини тушунтириш;

- беморга ОИВ бўйича хавфсиз хулқ-атворда бўлишини ҳамда иммун тизимни сусайтириши ва ОИТС ривожланишини тезлаштириши мумкин бўлган бошқа касалликлардан (айниқса,, жинсий йўл билан юкувчи) ўзини эҳтиёт қилишини яна бир бор таъкидлаш;

- ОИВ аниқланган шахс билан унинг жинсий шерикларини огоҳлантириш йўлларини муҳокама қилиш ва яқинларига маълумот бериш мақсадга мувофиқ эканлигини уқтириш;

- беморга ОИВ-инфекциясининг якуний ташхиси ва касаллик босқичи ОИТС марказида эпидемиолог врач маслаҳати, иммун текширувлардан сўнг қўйилишини тушунтириш;

- ОИВ-инфекцияси ташхиси ОИТС марказида юқумли касалликлар шифокори томонидан клиник, эпидемиологик ва лаборатор текширув маълумотларига асосланган ҳолда қўйилади.

УАВ синамадан олдинги маслаҳат вақтида мусбат натижа олинганда бемор хатти-ҳаракатида салбий оқибатлар (суицид, ўзига ёки атрофдагиларга нисбатан агрессия, жинсий шериги ёки бошқа одамлар томонидан ўзига нисбатан ёмон муносабат бўлиши) хавфини ҳам баҳолаши зарур.

Одам иммун танқислиги вируси инфекциясини даволаш тамойил-ларига қуйидагилар киради:

- ▶ антиретровирус терапия (АРВТ);
- ▶ оппортунистик касалликлар профилактикаси;
- ▶ оппортунистик инфекцияларни даволаш;
- ▶ симптоматик терапия;
- ▶ ижтимоий-руҳий қўллаб-қувватлаш.

Даволашдан мақсад 1 мл қон плазмасида вирус сонини 50 тагача камайтиришдир (одатда, бошланғич даврда 1 мл да 10000-1000000 тани ташкил қилади). Амалиётда бунинг учун дори воситаларнинг камида икки гуруҳини қўллаш лозим. Агар самарага эришилмаса ёки даволаш натижасида вируслар сони ошса, у ҳолда препаратларни ўзгартириш керак. АРВТ махсус клиникаларда ўтказилиши самаралироқдир, чунки даволаш схемаси мураккаб ва уни ўтказиш учун беморнинг тўлиқ розилиги зарур. Малакали ва тўғри

даволаш натижасида беморнинг ҳаёт давомийлиги узаяди ва, албатта, сифати яхшиланади. УАВ ОИВ-инфекцияси ва ОИТСга чалинган беморларни бевосита даволаш билан шуғулланмаса ҳам, доимий кузатув олиб бориши сабабли қўлланиладиган дорилар тўғрисида тушунчага эга бўлиши лозим. Шунинг эътиборига олиб, улар ҳақида қисқача тўхталиб ўтамиз.

Одатда, уч гуруҳ дори воситалари комбинациясидан фойдаланилади. Ҳозирги пайтда бизга маълум бўлган тўрт гуруҳ воситалардан фойдаланиш имкони бор ва улар қуйидагилардир:

- нуклеозидлар аналоглари бўлган қайта транскриптаза ингибиторлари - зидовудин, залцитабин, диданозин, ставудин ва абакавир;
- нуклеозидлар аналоглари бўлмаган қайта транскриптаза ингибиторлари - невирапин;
- протеаза ингибиторлари - индинавир, саквинавир, ритонавир, нельфинавир;
- бошқалар – масалан, гидроксикарбамид.

АРВТ дори воситаларни қўллаш жараёнида хавфли ножўя таъсирлар юзага келиши мумкин. Даволашнинг оптимал натижаларига эришиш учун АРВТ қўллаш қоидаларига тўлиқ риоя қилиши зарур - бемор даволаш тартибини аниқ бажариши ва кўрсатилган дори воситаларининг 95% дан кам бўлмаган миқдорда қабул қилиши керак. Чунки қабул қилиш тартиби бузилганда организмда дориларга турғунлик тез ривожланади. Бемор даволаш тартибига қатъи риоя қилса, ОИВ-инфекцияси билан боғлиқ касалликлар сони ва ўлим кўрсаткичлари кескин камаяди. Гиёҳванд моддалар ва спиртли ичимликлар истеъмол қилиш (бемор дори воситаларини қабул қилиш доимийлигини бузиши мумкин), иқтисодий қийинчилик ёки бошқа сабабларга кўра ёмон овқатланиш, диний қарашлар, дори воситаларини доимо қабул қилиш натижасида ОИВ-инфекцияси ҳолатининг ён-атрофдагиларга маълум бўлиб қолишидан чўчиш, руҳий касалликлар, ножўя таъсирлардан ва дориларни қабул қилиш зарурлигига ишончсизлик кабилар эса даволашни тўхтатишга сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик давридаги орттирилган иммунтанқислик вируси - инфекцияси

Кузатувлар натижасида зидовудин ОИВ-инфекциясининг вертикал юқишини 66% га камайтириши, юқори фаоллик АРВТ эса янада кўпроқ самара бериши исботланган.

ОИВ билан зарарланган ҳомиладорларни олиб бориш тамойиллари:

1. барча ОИВ билан зарарланган ҳомиладорлар АРВТ олиши шарт ва муолажаларни иккинчи уч ойликдан бошлаш лозим;
2. имкон бўлса АРВТ билан даволашни уч ойликда бошлаш керак (ҳомиланинг эмбрионал ривожланиш даври мақсадга мувофиқ эмас);
3. зидовудиннинг ҳомиладорлик вақтида хавфсизлиги ва самарадорлиги

исботланган, шунинг учун уни барча даволаш схемаларига киритиш мумкин;

4. даволашдан асосий мақсад – плазмада вирус РНКсини имкон борича пасайтириш: (минимал концентрация қанчалик кичик бўлса, онани даволаш шунчалик самарали бўлади). Бундан ташқари, қондаги вирус РНКси сони инфекциянинг вертикал юқиш хавфи билан узвий боғлиқдир.

Лаборатор текширувда CD4+лимфоцитлар сони 500 мкл^{-1} дан кўп ва вирус РНКси концентрацияси 1 мл да 10000-20000 нусхадан кам бўлган натижалар аниқланган ОИВ-инфекцияли ҳомиладорларга зидовудин билан монотерапия буюрилади. Бу дори воситасига турғунлик камдан-кам ҳолатларда ривожланади. Онанинг даволаниш схемасидан қатъи назар, янги туғилган чақалоқ ҳаётининг биринчи олти ҳафтасида зидовудин олиши зарур.

Боланинг онадан зарарланиши кўпинча туғруқ вақтида унинг зарарланган туғруқ йўллари орқали ўтиш вақтида кузатилади. ОИВ-инфекцияли аёлларни туғдириш усуллари бўйича рандомизацияланган назоратли кузатишлар метаанализи Кесар кесиш йўли билан туғдиришда вертикал йўл билан зарарланиш хавфи 50% га камайишини кўрсатади. Агар ҳомиладор аёл АРВТ олган бўлса, зарарланиш 50% дан кам бўлади. Ушбу илмий маълумотларни ҳомиладор аёлга тўғри қарор қабул қилиши учун тушунтириш лозим. Агар янги туғилган чақалоқ туғруқ вақтида ОИВ билан зарарланмаган бўлса ҳам, кейинчалик 14-29% ҳолларда онасидан зарарланиши мумкин. Шунинг учун бемор онага боласини кўкрак сути билан боқиш тавсия қилинмайди. Лекин болани эмизиш ёки эмизмасликни онанинг ўзи ҳал қилиши керак.

Одам иммунитет қислиги вирус-инфекцияси профилактикаси

ОИВ-инфекциясини олдини олишда соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, касаллик тўғрисида аҳоли билимларини ошириш асосий ўринни эгаллайди. Хавф гуруҳларига мансуб кишиларни ихтиёрий текширишга кенг жалб қилиш ва ОИВ билан зарарланганлар орасида кенг тушунтириш ишларини олиб бориш орқали аҳоли ўртасида касалликнинг тарқалишини чегаралаш асосий профилактика ишлари ҳисобланади.

Ушбу ишлар ижтимоий хизмат ходимларини, мактаблар, ўрта-маҳсус ва олий ўқув юртлари ўқувчилари ва ўқитувчилари, оммавий ахборот воситаларини қамраб олиши керак.

Бунда қуйидагиларга алоҳида аҳамият берилади:

- барча аҳоли катламлари орасида мунтазам тушунтириш ишлари олиб бориш;
- жинсий ҳаётни вояга етгандан сўнг, ўз вақтида бошлаш, пала-партиш жинсий алоқадан тийилиш, битта жинсий шерик билан алоқада бўлиш ёки жинсий шерикларни алмаштиришга чек қўйиш, индивидуал профилактиканинг тўсиқли ва кимёвий воситаларидан фойдаланиш;
- хавфсиз жинсий алоқа усуллари билиш ва уларни қўллай олиш (презерватив ишлатиш кўникмаси, жинсий алоқа ва хавфни камайтириш

масалаларини муҳокама этишдаги шахсий мулоқот кўникмалари ва бошқалар);

- тиббий ёрдамни мутахассис шифокор кўрсатиши лозимлигини уқтириш;
- даволаниш ва даво самарасини назорат қилиш учун беморга шифокор билан мунтазам мулоқотда бўлиш лозимлигини тушунтириш;
- жинсий шериклар биргаликда мурожаат этиши лозимлигини ва шунда даво самарадорлиги ҳамда касаллик тарқалишининг олдини олиш мумкинлигини айтиш;

- келажакда касаллик белгилари пайдо бўлишига беморнинг муносабатини аниқлаш.

Ҳозирги вақтда инсон организмга тушган ОИВ-инфекциясини даволаб бўлмаслиги, унга қарши вакцинанинг йўқлигини, касаллик тарқалишини олдини олишнинг ягона йўли – инсон организмга вирус тушишини олдини олишга, аниқроғи, касалликни бирламчи профилактикасига қаратилган чора-тадбирларга қаратилгандир.

Ўзбекистонда томир орқали гиёҳванд моддалар қабул қилувчилар ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг 70% ини ташкил қилади. Гиёҳвандлар умумий игна ва шприцларни ишлатиш билан бирга, палапартиш жинсий алоқаларга енгил киришиб, жинсий шерикларига касаллик юктирадилар ва ўз навбатида инфекция манбаи бўлиб қоладилар.

УАВ гиёҳвандликни ташхислай олиши, бунда биринчи навбатда шахснинг характери, турмуш тарзи ва ҳуқ-атвори ўзгариб қолишига эътибор бериши лозим. Гиёҳванд модда қабул қила бошлаган шахс яққаланишга ҳаракат қилади. Тери қопламлари кўздан кечирилганда томирлар устида кичик чандиқлар, инъекция жойларида қонли ёки йирингли ярачалар, гематомалар топиш мумкин, уларни кўпинча теридаги қичишиш безовта қилади. Бундай хавф гуруҳи вакилларида ОИТВ-инфекцияси тез ривожланиб, инфекция босқичлари давомийлиги сезиларли камаяди. Шунинг учун УАВ ўз ҳудудида яшовчи гиёҳвандлар тўғрисида тўлиқ ахборотга эга бўлиши ва уларни кўриқдан ўтказишда қуйидагиларга эътибор бериши лозим:

- ✦ беморнинг томирдан гиёҳванд моддалар қабул қилиши мумкинлигини назарда тутган ҳолда анамнезни чуқур йиғиши;

- ✦ бемор кўригида танасининг юқори қисмида лимфаденопатия борлиги, томирларда игна санчиғи белгилари (тирсак венаси, қўл бармоқлари ораси, чов бурмаларида) ва сабабсиз қичишига эътибор бериши;

- ✦ герпес вируси чақирган жароҳатлар ва оғиз бўшлиғи шиллик қаватидаги ярачаларга эътибор бериш.

Томир орқали гиёҳванд моддалар қабул қилувчилар орасида ОИВ-инфекциясини олдини олишнинг энг мақбул усули – ушбу ёмон иллатдан воз кечишдир.

Барча донорлик қонларини ОИВ антитаначаларига ва р24 антигенга

текширилиши ҳамда донорлар ўртасида сўровнома олиб бориш дастурини тадбиқ қилиш қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишда ОИВ билан зарарланиш хавфини сезиларли камайишига олиб келади. Буни шифокорлар, айниқса, қон тайёрлаш бўлимларида ишловчилар доимо ёдда тутишлари зарур.

Тиббиёт ходимлари орасида одам иммунтанқислиги вирусинфекцияси профилактикаси

тиббиёт ходимига зарарланган игна ёки бошқа йўл орқали ОИВ-инфекциясидан зарарланиш хавфи бўлса, 1 соат ичида касалликни олини олиш чораларини кўриш керак. Зидовудин билан постэкспозицион профилактика чоралари уларнинг ОИВ билан зарарланиш хавфини 80%га камайтиради. Бундай чорага кўрсатма бўлиб беморда ОИВ-инфекция бўлиш эҳтимоллиги ва алоқа шакли ҳисобланади.

Тиббиёт муассасасида алоқада бўлиш ҳолатларида қилинадиган чоралар қуйидагилардан иборат:

- биринчи ёрдам ифлосланган тери соҳасини (жароҳатланган ёки жароҳатланмаган) совунли сув, шиллиқ қаватларни сув билан ювиш;
- ОИВ-инфекцияси билан зарарланиш хавфини баҳолаш;
- ОИВ-инфекцияси билан зарарланган биологик суюқликлар билан бўлганда, постконтакт профилактика ўтказиш;
- тиббиёт ходими биологик суюқликлари билан алоқада бўлган кишини ОИВга текшириш;
- жароҳатланган ходимни ОИВ-инфекцияга клиник текшириш ва синамани ундан “ахборотларга асосланган розилик” олгандан сўнг ўтказиш;
- маслаҳат берувчи жабрланувчи билан бирга алоқага олиб келувчи ҳодисаларнинг кетма-кетлигини таҳлил қилиб, иш жойида зарарланиш хавфини камайтириш тўғрисида суҳбат ўтказиш;
- алоқа тўғрисида ҳисобот тайёрлаш.

Ўзбекистон республикасида одам иммунтанқислиги вирусинфекциясига чалинганларга ёрдамни ташкил этиш

1999 йилда Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси ОИТС масалалари бўйича барча фаолиятни регламентлаган Қонуннинг янги таҳририни қабул қилди. Бу қонун ОИВ-инфекциясига чалинган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва профилактика чора-тадбирлари бўйича Ўзбекистон Республикаси ҳукумати масъуллигини қайд этади.

ОИВ/ОИТСнинг тарқалишига қарши тадбирлар Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги 2107-сонли буйруғи ва 2008 йил 26

декабрдаги ПП-1023 сонли Қарори билан соғлиқни сақлаш тизимини шакллантириш дастурига киритилган. 2003 йилнинг май ойида Ўзбекистон Республикасида ОИВ/ОИТС эпидемиясига қарши 2003-2006 йиллардага ҳаракат стратегик дастури, 2009 йил 5 январда эса Вазирлар Маҳкамасининг 2009-2011 йилларга мўлжалланган тадбирлари тасдиқланди. Республиканинг барча вилоятларида мавжуд 15 ташкилот таркибида 600 штатлар бирлигига эга бўлган ОИТС марказлари бўлиб, улар Соғлиқни Сақлаш тизимининг маҳаллий бошқармалари ва Республика ОИТС марказининг ягона услубий раҳбарлиги остида фаолият кўрсатмоқда. Ушбу марказлар ўз ҳудудларида ОИВ/ОИТСни олдини олиш, даволаш чора-тадбирлари ва эпидемиологик назорат учун масъулдирлар.

Аноним хоналар тўғрисида тушунча

1. Умумий қисм

Аноним хона врачининг асосий иши - беморларга махсус даволаш-ташхислаш ёрдами кўрсатиш ва маслаҳат беришдир. У бевосита поликлиника ва шифохона раҳбарига бўйсунди, Ўзбекистон Республикасининг амалдаги қонунлари, Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг буйруқлари, Маҳаллий Соғлиқни Сақлаш ташкилотларининг кўрсатма ва талабларига, касбий талабларга ҳамда беморларга тиббий хизмат сифатини ошириш бўйича услубий тавсияларга асосланади.

2. Аноним хоналар врачининг мажбуриятлари

- аноним хонага мурожаат қилган беморларга малакали маслаҳат бериш;
- зарур тиббий ҳужжатларни расмийлаштириш, Ўзбекистон Республикаси чегарасидан ташқарига чиққан беморларни қабул қилиш ва текшириш;
- ИФА текширувидан ўтадиган беморларга синамадан олдинги ва кейинги маслаҳатларни ўтказиш;
- аноним хонага мурожаат қилган шахсларга дерматологик ёрдам кўрсатиш;
- шифокор этикасига, текширув конфиденциаллигига ва анонимлигига риоя қилиш;
- ИФАда мусбат натижа олинган шахслар билан бўлим бошлиғи ва психоневролог билан биргаликда синама маслаҳатидан сўнгги суҳбат ўтказиш;
- ўтказилган иш бўйича ҳисобот тайёрлаш.

3. Аноним хоналар врачининг ҳуқуқлари

Аноним хона шифокори куйидагиларга ҳуқуқлидир:

- даволаш-профилактика ишлари, стоматологик ёрдамни ташкил қилиш ва ўз меҳнат шароитини яхшилаш масалалари бўйича ўзгартиришлар киритиш;
- стоматологик ёрдамни ташкил қилиш масалалари бўйича йиғилишларда

катнашиш;

- беморнинг аҳволидан келиб чиқиб, даволаш-профилактика чоратадбирларини буюриш ёки уларни бекор қилиш;
- лавозимига мос равишда мажбуриятларни бажариш учун керакли маълумотларни олиш.

4. Аноним хона врачининг ишини баҳолаш ва масъулияти

Аноним хона врачининг иш фалиятини баҳолаш поликлиника ва касалхона раҳбарияти томонидан квартал (йил) бўйича иш якунига кўра, унинг сифатий ва миқдорий кўрсаткичларини ҳисобга олиб, асосий расмий ҳужжатлар бўйича талабларга, меҳнат тартибига ва маънавий-этик меъёрларга риоя қилиши, жамоатчилик ишларидаги фаоллигига кўра олиб борилади. У амалдаги қонунга кўра, сифатсиз иши ва нотўғри хатти-ҳаракати ҳамда лоқайдлиги ва малакасизлиги учун жавобгардир.

Одам иммунитетга қислиги вируси инфекцияси аниқланган беморлар дискриминацияси ва стигмаси

Стигматизация (тамғалаш) ва дискриминация (камситиш) ОИВ\ОИТС бўйича самарали профилактика ишларини олиб бориш ва бошқа ижтимоий-руҳий ёрдам кўрсатишда мураккаб тўсиқлардан биридир. Дискриминациядан қўрқиш беморларни тиббий ёрдамга ёки маслаҳат олишга мурожаат қилишига тўсқинлик қилади, чунки ўзининг ОИВ-инфекцияси билан касалланганлик сирини очишга тўғри келади. ОИВ-инфекциясига чалинганлар яқинлари, дўстлари, ҳамкасблари ёки қўшниларининг улардан юз ўгиришларидан қўрқадилар. ОИВ ва ОИТС атрофидаги стигматизация беморнинг кейинги авлодларига ўтиши ва ота-онаси ОИТСдан вафот этган фарзандлар елкасига оғир юк бўлиши мумкин.

ОИВ-инфекцияси билан зарарланган одамларни стигматизацияга учрашига бир қатор омиллар таъсир қилади ва улар қуйидагилар:

- ОИВ-инфекцияси – инсон ҳаётига хавф солувчи касаллик, ўлим мавзуси эса жамият учун доимо қўрқинчлидир;
- ОИВ нинг юқиш йўллари тўғрисида маълумотга эга бўлмаганликлари учун кўпчилик бу беморларга умуман яқинлашмайдилар;
- одамлар ОИВ-инфекциясини аҳолининг қалтис гуруҳи - гиёҳвандлар ва фоҳишалар билан боғлайдилар.

Афсуски, шу кунгача жамиятда стигма ва унинг оқибатларини нималар камайтириши мумкинлиги аниқ эмас. Аммо аҳолининг кенг қатламлари орасида касаллик тўғрисида илмий асосланган тушунтириш ишлари олиб бориш ёрдамида стигматизацияни камайиши исботланган. Бунинг учун улар нафақат ОИВ-инфекциясининг юқиш йўллари, балки ушбу инфекция билан яшовчилар ва касалланиш хавфи юқори бўлганларнинг ҳуқуқлари ҳамда «стигматизация» ва «дискриминация» тушунчалари тўғрисида старлича билимга эга бўлишлари керак.

Стигма – сўзи «ҳалқа», «тамға», «доғ» тушунчаларини билдириб,

ўта кучли ижтимоий тушунчадир. Стигма беморни бошқа одамларга ва ўзига нисбатан муносабатини бутунлай ўзгартириб, одамларга зарар ташувчи сифатида қарашга мажбур қилади. Стигма одамни ён-атрофдагилар кўзида мавқеини пасайтиради ва дунёқарашига катта салбий таъсир кўрсатади. **Стигматизация** – бу тамғалаш. Бу жараён шахснинг кадр-қимматсизланишидир. Кўпинча ОИВ-инфекциясига чалинганлар шунга лойиқдир деб қаралади, “чунки улар гиёҳванд моддаларни истеъмол қилганлар ёки фоҳишалик ёки шуларга яқин бошқа ишлар билан шуғулланганлар”.

Дискриминация – лотинча «фарқ», «ҳуқуқнинг поймол этилиши», «аҳамиятнинг пасайтирилиши», «тенг ҳуқуқлилиқни инкор қилиш»дир, яъни дискриминация - бу ҳаракатдаги стигма. Дискриминацияга ОИВ-инфекцияга чалинганларни ишдан бўшатилиши, мактабга, институтга бемор ўқувчи ва талабаларни келишига ўқитувчининг тўсқинлик қилиши мисол бўлади. Стигма ва дискриминация нафақат соғлиқни сақлаш тизимида, балки бошқа соҳаларда ҳам учраши мумкин.

Профилактик ишлар нафақат ОИВ ва ОИТС нинг олдини олиш, балки унга чалинган беморларга нисбатан инсоний тўғри муносабатда бўлишни шакллантиришга қаратилган бўлиши керак. ОИВ билан зарарланганларни қўллаб-қувватлаш, очиқ кўнгиллилиқ, ҳамдардлик шароитини яратиш мақсадида яккама-якка, гуруҳда ва жамиятда оммавий чора-тадбирлар ўтказилиши керак.

Қуйидагилар стигматизация ва дискриминацияни камайтирувчи чора-тадбирлар ҳисобланади:

- ОИВ ва ОИТС бўйича аҳоли орасида маълумотлар кўламини ошириш;
- Хавфсиз хулқ-атвор кўникмаларини ўргатиш;
- Умуминсоний муносабатларга асосланган фикрлар ва муносабатларни шакллантириш;
- Таълим жараёнини психологик ёндошув билан ўтказиш;
- Ижобий ҳуқуқий муҳит (тегишли миллий ва халқаро қонунчиликлардан фойдалана олиш) яратиш.

Фойдаланилган адабиётлар

1. «О дополнительных мерах по повышению эффективности противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РУз». УзР Президентининг 2008 йил 26 декабрдаги № ПП-1023 сонли Қарори.
2. «О мерах по совершенствованию организационной структуры и деятельности центров по борьбе со СПИДом». ЎзР Вазирлар Маҳкамасининг 2009 йил 5 январдаги № 1 сонли Қарори.
3. «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан»

ЎЗР ССВнинг Приказ 30.09.2007 йилдаги № 480-сонли Буйруғи.

4. Ўзбекистон Республикасининг 19.08.1998 йилдаги № 816-1 сонли «О профилактике заболевания, вызываемых вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» қонуни.

5. Акбаров С.С., Ваисов А.Ш., Хакимов М.М., ва бошқалар. «О ранней диагностике ВИЧ-инфекции у лиц, принимающих инъекционные наркотики», «Новости дерматологии и венерологии». Тошкент, №1,2,2003.

6. Акилов А.А. ва ҳаммуал. «ВИЧ/СПИД и TORCH-инфекции». Шифокорлар учун қўлланма. Тошкент, 2006.

7. “Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе”. UNFPA/UNAIDS/UNICEF/WHO. Копенгаген, 2004.

8. Бобкова М.Р. Иммуитет и ВИЧ. Москва: «Медицина», 2006.

9. Вансов А.Ш., Алимхонов К.Б., Ходжаев Р.Б. «О роли ВОП при оказании ЛПП больным с дерматовенерологической патологией в условиях реформирования здравоохранения». «Новости дерматологии и венерологии». Тошкент, №1,2, 2001.

10. Вансов А.Ш., Саипов С.С., Бикбоева Е.А. ва бошқалар. Неотложные задачи организации эффективной профилактики ЗППП в Узбекистане. «Новости дерматологии и венерологии», Тошкент, №1,2,2003.

11. “Глобальная эпидемия СПИДа продолжает нарастать”. ЮНЭЙДС/БССТ пресс-релизи. Женева, 2005.

12. Денисов И.Н. ва б.к. муҳаррирлигида “Клинические рекомендации для практикующих врачей”. «ГЭОТАР-МЕД», 2002.

13. Дж. Нобел муҳаррирлигида. «Общеврачебная практика по Джону Нобелю». Москва: Практика, 2005.

14. Запорожан В.Н., Аряев Н.А. «ВИЧ-инфекция и СПИД». Киев, 2003.

15. Камиллов Ф.Х., Ш.З.Касымов, Н.А.Нармухамедова ва б.к. «Профилактика ВИЧ-инфекции, снижение стигмы и дискриминации по отношению к уязвимым группам населения». УАШ учун тренинг модули. Тошкент, 2008.

16. Комплексная программа по обеспечению широкой популяризации среди населения здорового образа жизни и развития профилактического здравоохранения в Узбекистане на 2008-2015 гг.

17. Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости. ОИВ/ОИТС ва инъекцион гиёҳванд моддаларни қабул қилишга қарши курашиш бўйича маълумотнома. ЮНЭЙДС/БССТ/БМТ. Женева, 2004.

18. Назиров Ф.Г., Гадаев А.Г. Руководство для врачей общей практики. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005.

19. Парпиева Н.Н. ва ҳаммуалл. «Туберкулез и ВИЧ/СПИД». Тиббий Олийгоҳлар ўқитувчилари учун ўқув қўлланма. Тошкент, 2007.

20. Развитие эпидемии СПИДа. ОИВ профилактикасига бағишланган махсус маъруза. ЮНЭЙДС/БССТ. Женева, 2005.

21. Слански М., Макарова Л.Т.. Программа АСЕТ. «Профилактика ВИЧ среди подростков, основанная на пропаганде сексуального воздержания до брака,

супружеской верности и здоровом образе жизни. По модели профилактики ВВП (ABC)». Шарқий Европа ва Марказий Осиёда ОИВ\ОИТС масалалари бўйича анжуман материаллари тўплами. Москва, 2006.

22. Стратегическая программа противодействия распространению ВИЧ-инфекции и РУз на 2007-2011 гг. Ташкент, 2007.

23. Утешение и надежда. Шесть примеров мобилизации усилий семьи и общества по уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, при участии последних. Лучшая практика. ЮНЭЙДС тўплами. Женева, 2006.

24. Тохвер М. О превенции в практике семейного врача/врача общей практики. Эстония, Тарту, 2002.

25. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York, United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS, 25-27 June 2001.

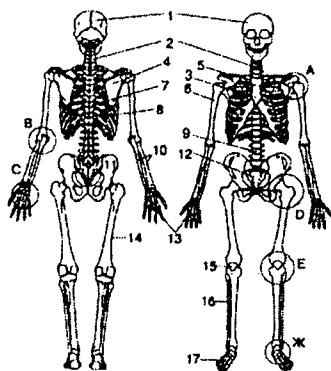
26. Therapeutic and other interventions to reduce the risk of mother-to-child transmission of HIV-1 in Europe: The European Collaborative Study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2000, 105.

27. WHO Guidelines «Scaling up antiretroviral therapy in resours limited settings: Guidelines for a public healths Approach», 2002.

ЖАРОҲАТЛАР ВА УЛАРДА БИРИНЧИ ЁРДАМ

Таянч ҳаракат тизими скелет ва мушаклардан иборат. Скелет инсон организми асосини ташкил қилиб, аъзоларни ҳимоя қилади, гавда тузилишини шакллантиради. У ўзаро тоғайлар билан бириккан 200 дан ортиқ суяклардан (1-рasm) ташкил топган. Тоғай қаттиқ қайишқоқ тўқима бўлиб, пишиқлик ва эгилувчанлик мужассамлиги зарур бўлган жойда жуда кераклидир. Суяклар, асосан қўл-оёқларнинг найсимон суяклари мускуллар ёрдамида бошқарилаётган ричаг каби ҳаракатланиб, организмнинг бир бутун ҳаракатланишини таъминлайди. Баъзи суяклар ички аъзоларни ҳимоя қилади, бошқаларининг таркибида эса қизил илик бор, бу ерда қон ҳужайралари ҳосил бўлади. Суяк эски ҳужайралар доимо янгилари билан алмашиб турувчи тирик тўқимадир. Улар яхши ҳолатда сақланиб туриши учун овқат билан бирга оқсил, кальций ва витаминлар, айниқса, Д витаминини етарли даражада қабул қилиш зарур.

Суякнинг тузилиши пишиқлиги, енгиллиги ва эгилувчанлигини таъминлайди. Унинг тўқимаси, асосан, кальций ва магний тузлари билан мустаҳкамланган оқсилдан иборат. Суякни ташки зич қатламида қон ва лимфа томирлари бўлиб, ички қавати эса ғоваксимон тузилишга эга. Найсимон суякларнинг ўртасида қон ҳосил қилувчи модда — илик билан тўлдирилган цилиндрик бўшлиқ мавжуд.



1-рasm. Одам тана суяклари

1-бош суяги; 2-бўйин умуртқалари; 3-тўш; 4-курак; 5-ўмров суяги; 6-елка суяги; 7-кўкрак умуртқаси; 8-кўкрак қафаси; 9-умуртқа поғонасининг бел қисми; 10-билак суяклари; 11-тос суяги; 12-думғаза; 13-панжа суяклари; 14-сон суяги; 15-тизза суяги; 16-болдир суяклари; 17-оёқ кафти. А-елка бўғими; Б-тирсак бўғими; В-билак бўғими; Д-тос суяги билан сон суягини туташтирувчи бўғим; Е-тизза бўғими; Ж-болдир-оёқ кафти суяги.

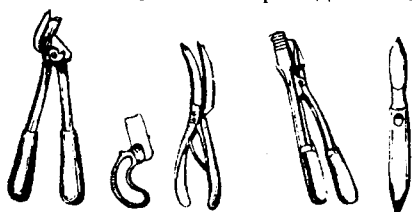
Скелет асосини умуртқа поғонаси ташкил қилади ва у 30 дан ортиқ алоҳида умуртқа суякларидан иборат.

Умуртқа поғонасининг ичида канал бўлиб, унда бош суягининг катта энса тешиги орқали бош мия билан бирлашадиган орқа мия жойлашган.

Гипслашни ташкил қилиш учун зарур асбоблар

Гипслаш лонгеталари ва турли хил бойламлар ортопедик беморларни даволашда муҳим ўрин эгаллайди. Амбулатория шароитида кўпгина касалликлар: маймоқоёқлик, сон суяги туғма чиқиши ва бошқалар коррекцияловчи гипс боғламлар қўйиладиган босқичли редрессациялар билан тўғриланади. Шифохонада жарроҳлик амалиёти ўтказилган аксарият беморларда гипс боғламлари амбулатор шароитда ечилади ёки гипс лонгеталари билан алмаштирилади.

Гипслаш ишларида қуйидаги асбоблар керак бўлади: қайчилар, пичок, гипс боғламларини кесиш учун арра, гипс кенгайтиргичлар, боғлам четларини букиш учун шийцалар, чаноқ-сон боғлами қўйиш учун таглик, дока бинтларни кесиш учун қайчилар, гипслаш бинтларини шимдириш учун тоғора, клеёнка, юмшоқ валик ва ёстиклар, химоя кийими (клеёнкали пешбанд, бахилла, ниқоб ва бошқалар). Гипслаш ишларининг асосий асбоблари қуйидаги 2-расмда келтирилган.



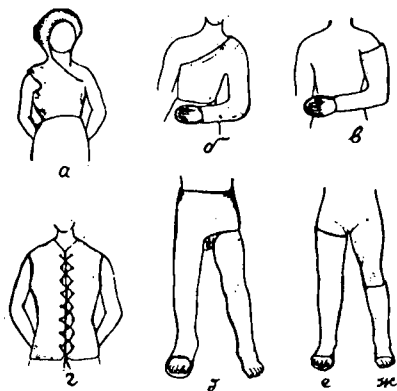
2-расм. Гипслашда фойдаланиладиган асосий асбоблар

Гипслаш бинтлари стандарт дока бинт ва гипс кукунидан тайёрланади. Бинт кенлиги 7 дан 16 см.гача, узунлиги 2-3 м.дан ошмаслиги керак. Гипслаш бинтлари қўлда тайёрланади. Бунинг учун силлик стол зарур. Дока бинт бир томондан гипсни бир хил қатламда, бутун юзани эгаллайдиган қилиб сийрак айлантирилади. Гипслаш бинтлари

олдиндан тайёрланиб, қуруқ жойда сақланади ва фойдаланиш вақтида иссиқ сувли (30-35°C) тоғорага солиниб, пуфакчалар ажралиши тугагунча кутилади. Хўлланган бинтдан сув томмаслиги учун иккала қўл билан бир текисда сиқилади. Гипслаш бинтлари пахта таглик устидан (ортопедик амалиётлардан кейин) ёки бевосита танага қўйилади. Бундай ҳолларда ўша соҳа туклари қирилиб, терига вазелин мойи сурилади. Гипс боғламлари қўйишда бинтлар эркин, бир текисликда айлантирилиши, бўғим ва қон-томир, нервлар соғасида босим ҳосил қилмасдан ўралиши керак. Ҳар бир янги бинт айланмаси олдингисининг ярмини қоплаши лозим. Гипс қаватлари бир-бирига зич қилиниб тана қисмларини мос тарзда мустаҳкамлайди. Гипс боғламининг нисбатан нозик жойлари (масалан чаноқ-сон, елка бўғими ва бошқа соҳалар) кўшимча гипс лонгеталари билан мустаҳкамланади. Боғлам қўйилгандан сўнг врач гипс қотғунича уни ушлаб туради. Ётоқ яраларни олдини олиш мақсадида ўша соҳа юмшоқ ёстиқчага қўйилади.

Тўғри қўйилган гипс боғлами оғрик ва қон айланиши бузилишлари қақриши керак эмас. Қон айланиши айнан шу мақсадда очик қолдирилган

бармоқлар аҳволига қараб кузатиб турилади. Бармоқлар цианози ва шиши веноз қон айланиши бузилганидан гувоҳлик беради, рангпар ва совуқлик эса қон томирлар эзилганлигини билдиради. Бу белгилар пайдо бўлиши билан гипс боғлами бутун узунлиги бўйлаб кесилади, четлари эса ташқарига ёйилади. Агар бир неча дақиқадан сўнг қон айланиши тикланса, боғлам аввал юмшоқ бинт билан, кейин эса гипс билан мустаҳкамланади. Гипслаш боғлами нафақат қулай, балки чиройли ҳам бўлиши керак. Шунинг учун бирданига дока бўлагини ёки гипс кукунини сувлаб усти силлиқланади. Баъзида гипс боғламида тирқиш қолдирилади. Бу яра ҳолатини бошқариш, боғламни алмаштириш ва бошқа маҳаллий муолажаларга имкон беради. Гипс боғлами амбулатория шароитида қўл ёки оёқ қисмларини консерватив ёки жарроҳлик йўли билан даволангандан кейин ушлаб туриш учун қўлланилади. Физиотерапия муолажалари (уқалаш, иссиқлик) ва даволовчи машқлар буюрилса, лонгетани ечиб олиш осон. Лонгета олдиндан тайёрлаб қўйилган гипс боғламлидан тайёрланади. Бунинг учун бинт керакли узунлик ва кенгликда 8-10 қават қилиниб, сувга тащланади ва қўйилади. Лонгета қотгунича силанади, сўнг кесилиб, четлари тўғриланиб, қуритилади ва танага бинт билан мустаҳкамланади. Ечиладиган лонгетани бевосита беморда тайёрлаш мумкин. Бу тана шаклини, айниқса, тўпиқ ва товон соҳасини аниқ такрорлашга имкон беради.



3-расм. Гипс боғлами турлари:

- а) торако-краниал
- б) тороко-брахиал
- в) брахиал
- г) корсет
- д) чаноқ-сон
- е) сон
- ж) болдир

Циркуляр гипс боғлами муолажадан сўнг бўғимни бирмунча тўлиқ иммобилизация қилади ва сегментни яхши ушлайди. Узунлиги давомида товон ва болдирни қамраб, чов бурмасигача боради ва чаноқ-сон бўғимини мустаҳкамлаш учун чаноққа чаноқ-сон боғлами қўйилади. Қўлга эса билак-кафт бўғимини маҳкам қилиш учун елка юқори учлигигача ёки елка бўғимини мустаҳкам қилиш учун тороко-брахиал (3-расм) гипс боғлампдан фойдаланилади. Амбулатория шароитида оёқларга циркуляр гипс боғлами пахта таглик билан қўйилади. Бинтлаш чеккадан марказга қараб шундай қўйиладикки, ҳар тур ўзидан олдингисининг ярмини ёпади. Оёқ бармоқлари

аҳволини билиб туриш учун очиқ жой қолдирилади. Поликлиникада вақтинча ётоқ палатасида беморлар гипс боғлами қўйилгандан сўнг кузатиш мақсадида 1-2 кунга қолдирилади. Айниқса,, тананинг юқори соҳасига қўйиладиган гипс боғламларидан кейинги вақтинчалик госпитализация муҳим. Бу ишемик контрактура каби асоратлар олдини олишга ёрдам беради.

Гипсли корсет. Амбулатория шароитида гипсли корсетни умуртқа жароҳатида жарроҳлик амалиётлари (спондиллодез) ва касалликлари (умуртқа сиқилиб синиши, силли спондилитни пассив даврида)да алмаштирилади. Белда корсет қўлтиқ остидан, кўкрак соҳасига эса бошни тутиб турадиган қилиб қўйилади.

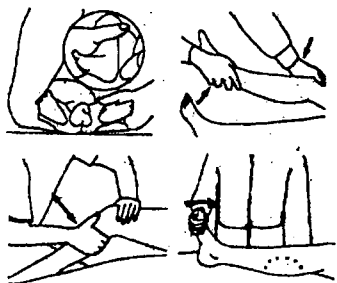
Барча турдаги гипс корсет ва бошни тутиб турувчи боғламларда у олдиндан ёки ёнбошдан кесиб қўйилади.

Скелетнинг шикастланиши

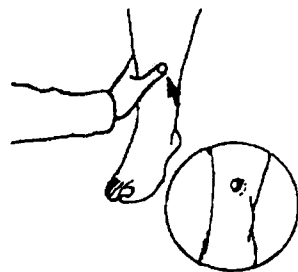
Шикастланиш натижасида суякларнинг синиши яллиғланиши, бўғимларнинг зарарланиши ва ўсмаси бошқа аъзо ҳамда тизимдагиларга нисбатан кам учрайди. Скелет шикастланиш белгилари: шикастланган соҳада оғриқ, шиш ва яллиғланиш (қизариш ва маҳаллий ҳарорат).

Бўғимлар - суяклар бир-бири билан бўғимлар ёрдамида бирлашади. Суякларнинг бўғимли юзалари тоғай тўқималари билан қопланган бўлиб, модда алмашинуви бузилганда ва кучли жисмоний зўриқишларда осон шикастланади. Бўғим пайлар, бойламлар, бўғим халталари ёрдамида мустақамланади. Улар пишиқ бўлиб, ҳаракат вақтида силжиб кетмайди. Пай ва бойламлар мускулларнинг бир қисми ҳисобланади ва уларнинг қисқариш вақтида бўғимларда ҳаракат пайдо бўлади.

Бўғим шикастланганлигининг белгилари — оғриқ, шиш, деформация, ҳаракатланишнинг чекланиши ёки тўлиқ (4-5 расмлар) йўқолиши. Баъзи касалликларда бўғим атрофидаги (бириктирувчи) тўқима зарарланиб, деформация ва кам ҳаракатликка олиб келади.



4-расм Оёқ бўғимларининг ҳаракати

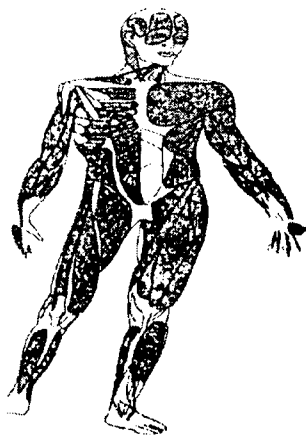


5-расм. Бўғим атрофидаги шишни аниқлаш.

Мушаклар - тана ва ички аъзоларнинг ҳаракатланиши толалардан иборат бўлган тўқима-мушаклар ёрдамида амалга оширилади, улар қисқариш ва бўшашиш хусусиятга эга бўлиб, ҳаракатланишни юзага келтиради. Икки хил мушаклар мавжуд: ихтиёрсиз, улар ички аъзоларнинг деворида жойлашган бўлиб, унинг ичидаги моддани бир бўлимдан иккинчисига ҳаракатланишига ёрдам берадиган ритмик қисқаришларни бажаради ва гавда ҳаракатларини бажарадиган ихтиёрий мушаклар (6-расм).

Ихтиёрий ёки скелет мушаклари марказий асаб тизими томонида бошқарилади ва онг назоратида бўлади. Улар суякларга бевосита ёки пайлар ёрдамида маҳкамланган бўлиб, специфик таъсирланишга жавобан маълум бир бўғимда ҳаракатларни бажаради. Мехнат мушакларни мустаҳкамлайди ва мунтазам жисмоний зўриқишда улар яхши ҳолатда бўлади. Серҳаракат машқлар ёки фаол ўтказилган массаж улар ҳажмини катталаштиради ва қон айланишини яхшилади, бинобарин ишлаш қобилияти ва чидамлиликини оширади. Ҳаракатсизлик, аксинча, атрофия ва мушак қувватсизлигига олиб келиши мумкин.

Мушаклар гавда вазнининг деярли ярмини ташкил қилади, бўғим суякларга пайлар орқали ўтадиган кимёвий энергияни кучга айлантиради.



6-расм. Одам мушаклари

Кўп мушаклар гуруҳ-гуруҳ бўлиб ишлайди, унинг биттасини қисқариши бошқасининг бўшаши билан кечеди. Қисқариш вақтида кўндаланг мускуллар 40% га кичради ва икки хил суякларга мушакнинг мустаҳкамлаш нукталари яқинлашади. Шундай қилиб, ҳар бир ҳаракат зарбанинг эмас, тортилишнинг оқибатидир. Мушакларнинг жароҳатланиши ҳаракат вақтида оғрик, уларнинг қотиши, баъзида яллиғланиш ва шиш билан кечеди. Мушаклардаги қувватсизлик ва оғрик инфекцияда, модда алмашинуви ва қон таъминоти бузилганда, ички секреция безлари, асаб тизими касалликларида учрайди.

Таянч ҳаракатининг механик шикастланиши

Лат ейиш. Аъзоларнинг лат ейиши — тери бутунлиги бузилмаган ҳолда юмшоқ тўқима ва аъзоларнинг ёпиқ шикастланишидир. Кишини тўмтоқ жисм билан урганда ёки у қаттиқ жойга йиқилганда лат ейди. Лат ейиш кўпинча юзаки жойлашган тўқималар (тери ва тери ости ёғ қатлами, мушаклар, суяк уст пардаси) да учрайди. Шикастланган жойда оғрик ва шиш пайдо бўлиши лат ейишнинг асосий белгиси ҳисобланади. Урилиш

вактида юмшоқ тўқималар билан кам ҳимоя қилинган суяк пардасининг оғриқли жароҳатларидан ташқари, суяклар шикастланиши ҳам кузатилиши (ёрилишлар ва синишлар) мумкин.

Юмшоқ тўқималар лат еганда, жароҳат жойида қон қуйилиши ва шиш юзага келади. Қон секин-аста тўқималарга сингиб, тўпланиши (гематома) ёки атрофда жойлашган бўшлиқларга, масалан бўғим соҳасига (гемартроз) қуйилиши мумкин. Лат ейишда бемор шиддатли оғриқларга шикоят қилади. Тўқималар ичкарисида давом этаётган қон оқиши баъзи ҳолларда унинг ён-атрофида қўшимча жароҳат юзага келишига олиб келади. Натижада оғриқ аста-секин кучаяди ва фаолият бузилиши пайдо бўлади. Жароҳат жойида қон қуйилиши кўпинча қонталаш, кўкимтир — тўқ қизил доғ билан юзага келиб, кўриниши аста-секин яшил ва сариқ рангга ўзгаради. Тери кўчишида унинг ўрнида шилинган жой ва чуқур бўлмаган жароҳатлар пайдо бўлиб, инфекция қўзғатувчилар учун кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилади.

Лат ейишда биринчи ёрдам. Бўғимлар (масалан, тизза бўғими) лат еганда жароҳатдан сўнг бир неча соат ўтгач, унинг ҳажми катталашиб, фаолияти бузилади, оғриқ кучаяди (айникса, ҳаракатланганда). Оёқ сал букилган бўлиб, тўғрилаш вақтида кучли оғриқ пайдо бўлади.

Бош лат еганда, фақат бир оз шиш кузатилади («ғурра») ва кўп ташвиш келтирмайди. Бироқ хушдан кетиш, қувватсизлик, кўнгил айниш, қусиш юзага келса, бу мия чайқалиши, ҳатто бош миянинг оғир чайқалганидан дарак беради.

Бўйин лат еганда, юмшоқ тўқималар шикастланишидан ташқари, бу ердан ўтувчи қон оқими бузилиши мумкин, бу эса бош мияни қон билан таъминлашини бузилишига олиб келади.

Умуртқа поғонаси лат еганда, орқа мияда қон айланиши бузилиши (оёқ-қўлларнинг сезувчанлиги ва мушак фаолияти пасайиши) келиб чиқиши мумкин.

Кўкрак қафаси лат еганда, юзаки юмшоқ тўқималарнинг маҳаллий ўзгаришлари юзага келиши, бироқ кучли урилишда, масалан йиқилиш натижасида нафас олишнинг қийинлашиши; юрак соҳасига зарб тушганда, у тўхтаб қолиши мумкин. Қорин лат еганда, ички аъзолар (ички қон кетиш билан кечадиган жигар ёрилиши) шикастланиши эҳтимоли бор.

Умумий чора - тадбирлар

Лат еганларга биринчи ёрдам берилганда, оғирроқ жароҳатга шубҳа бўлганда (ички аъзоларнинг шикастланиши, суяклар чиқиши ёки синиши), унинг ҳажми эҳтимол қилинаётган жароҳатнинг оғирлигига мос бўлиши керак. Тери бутунлиги бузилганда стерил бинт билан боғлаб қўйилади. Кўп сонли жароҳатларда, бўғим, ички аъзолар шикастланганда, тери кўчиши ҳолларида иммобилизация таъминланади ва шикастланган киши яқин орада жойлашган тиббий муассасага олиб борилади. Нафас олиш ва юрак фаолияти бузилганда, ходиса рўй берган жойда зудлик билан ўпканинг сунъий вентиляцияси ва юрак массажини бошлаш зарур. Бир вақтнинг

ўзида шошилиш тиббий ёрдам қақирлади. Ички аъзолар шикастланишига шубҳа туғилганда, тинчлик яратиш ва жароҳатланган кишига туриш ҳамда юришга йўл қўйилмаслик зарур. Махсус машина бўлмаганда, замбилда олиб кетиш мумкин.

Маҳаллий чора-тадбирлар

Юмшоқ тўқималарнинг жиддий катта бўлмаган шикастланишларида совуқ нарса қўйиш оғриқни камайтиради (жароҳатланган жойга совуқ сув оқими йўналтирилади, унга муз солинган грелка ёки халтача қўйилади ёки ҳўл латта босилади). Шикастланган сўнг дарҳол лат еган соҳага босувчи боғлам қўйилиб, тинч ҳолат яратиш зарур; масалан, кўл шикастланганда рўмол билан боғлаб тинч ҳолат яратиш мумкин. Оёқ шикастланганда, баланд ҳолат яратилади, бир неча кун мобайнида шикастланган оёққа зўриқиш камайтирилади, кейинчалик эса оғриқ ва шиш камайиншига қараб ҳаракатлар ҳажми аста-секин кенгайтирилади. Қонталаш жойнинг сўрилишига иссиқ муолажалар (илиқ сувли грелка ва ванналар), иссиқ компресслар ёрдам беради. Каттароқ жароҳатларда даволаш мутахассис шифокорнинг кўрсатмаси ва кузатуви остида олиб борилади.

Бўғим бойламларининг чўзилиши ва узилиши амалиётда кўп учрайдиган ҳолатлардан биридир. Унинг асосий белгиси тегишли бойлам билан мустаҳкамланган бўғим ҳаракатланувчи фаолиятининг бузилишидир. Тери бутунлиги бузилганда, мушакларнинг яхлитлиги ўзгариши мумкин, лекин узилиш ва чўзилишдан фарқли ўлароқ, бундай шикастланиш очик бўлади ва қон кетиш билан кечади. Пайлар ва мушаклар суяк (суяк синиши) ва бўғим (суяк чиқиши)ларнинг оғир ёпиқ жароҳатларида шикастланиши мумкин. Кўп ҳолларда бойламнинг алоҳида толалари бўғимнинг физиологик имкониятларидан ортиқ ҳаракат натижасида узилади. Асосан, бу ёпиқ шикастланишидир. Баъзи ҳолларда тош йўлда йиқилганда ёки қаттиқ нарсага урилганда, бойлам чўзилганда, катта шилинган жой ёки чуқур жароҳат юзага келади ва бу ҳолат уни очик қилиб, оғирлашишига олиб келади. Бундай ҳолларда биринчи ёрдамни жароҳатни тозалаш, стерилланган боғлов ёки маҳкам боғлаш ёрдамида қонни тўхтатишдан бошлаб, кейинчалик шиналаш амалга оширилади. Бемор шифоханага олиб борилади. Йўлда шикастланган соҳа (бўғим) учун тинч ва баланд ҳолатни яратиш зарур. Беморни оёққа зўриқиш (оёқнинг бўғим пайлари шикастланганда) бериб, мустақил юришига рухсат берилмайди, чунки бу ҳолат кўшимча шикастланишга олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, бойлам шикастланишини ички бўғим синишидан фарқлаб олиш қийин.

«Бойламларнинг чўзилиши» юз берган ўзгаришлар характерини эмас, шикастланишининг механизмини аниқлайди. Бойламларнинг қисман шикастланишида уларнинг узайиши рўй бермайди. Шикастланишининг кучига боғлиқ бўлган ҳолда айрим толаларнинг бутунлиги бирмунча бузилиши мумкин. Шикастловчи омил бойламнинг чўзилиш кучидан ошиб кетмаса, унинг анатомик бутунлиги бузилмасдан туриб чўзилади, акс ҳолда

бойлам узилади ёки йиртилади. Баъзи ҳолларда бойлам билан бирга суяк фрагменти узилади. Болаларда бундай ҳолларда суяк синади, бойламлар эса бутунлигича қолади.

Бойламлар шикастланганда кўп ҳолларда унинг ёнида жойлашган қон томирлари зарарланади ва оқибатда ён атрофдаги тўқималарга қон қуйилиши ҳамда тўпланиши гемартрозга олиб келади. Шикастланиш белгилари дастлаб яққол намоён бўлмаса ҳам, бир неча соат ўтгандан сўнг у ердаги шиш катталашади, оёқ шикастланган бўлса, юриш вақтида оғриқ кескин кучаяди ва бўғим фаолияти бузилади. Бойлам тўлиқ узилганда ёки йиртилганда, шикастланган соҳада ҳаракатнинг ўзгариши кузатилади. Агар бир вақтнинг ўзида бўғимни маҳкамлаб турувчи бир нечта бойлам, масалан, тизза бўғимининг крест шаклидаги ёки ён ва олд бойламлари шикастланган бўлса, болдир олд томонга сурилади. Бундай шикастланишда бўғим бўшлиғида кўп миқдорда қон тўпланади, тери остида кенг қон қуйилиши кўринади, бўғим шишади, оёққа таянганда оғриқ кучаяди. Агар ўз вақтида тегишли чоралар кўрилмаса, келгусида бўғимнинг бекарорлиги (ўзгарувчанлиги) ва артроз пайдо бўлиши мумкин. Бойламларнинг тўлиқ ва қисман шикастланишларини даволаш уларнинг бутунлиги ва механик мустаҳкамлигини тиклашга қаратилган.

Бойламлар чўзилишида биринчи ёрдам:

1. Шикастланган бўғимни ҳаракатсизлантириш; қисман шикастланишда ҳаракатсизлантириш учун бўғимни бинт билан маҳкамлаб боғлаш;
2. Бўғимга совуқ нарса қўйиш;
3. Бўғимолди тўқималарининг шишлари катталашмаслигининг олдини олиш учун оёққа баланд ҳолат яратиш.

Пайларнинг узилиши аксарият ҳолларда билвосита шикастланишда содир бўлади. Шикастланган одам кўпинча узилаётган пайнинг ўзига хос қарсиллашини эшитади, ундан сўнг оғриқ юзага келади, тегишли мушакнинг фаолияти бузилади. Бир оз вақт ўтгандан сўнг шикастланган мушакнинг қисқариши туфайли, пай узилиш жойида ичга ботик жойни ушлаб кўриш мумкин. Мушак ва пайларнинг узилиши бир-бирига ўхшаса ҳам, мушак узилишида қон қуйилиш ва унинг таранглашиши яққолроқ намоён бўлади. Ҳаракат бузилишининг хусусиятлари қайси мушак (ёки пай) шикастлангани билан боғлиқ.

Пай узилишида биринчи ёрдам:

1. Шикастланган мушак учун тинч ҳолат яратиш (юклама бериш мумкин эмас — оғриқ кучаяди ва узилган учлари ажралиб кетади);
2. Зарарланган аъзо учун баланд вазият яратиш;
3. Шикастланган жойга совуқ нарса қўйиш;
4. Шикастланган бўғимни ҳаракатсизлантириш (шиналаш);
5. Жароҳатланган кишини шифохонага юбориш.

Баъзи ҳолларда бўғим фаолияти деярли (масалан, елканнинг икки бошли мушаги қисман узилганда ёки унинг марказий пайи - елка бўғими

соҳасида узилганда) бузилмайди. Бунда оғрик камайгунча қўл рўмолга осиб қўйилади.

Травматик чиқишлар барча жароҳатларнинг 82% ни ташкил қилади. Амалиётда тўлиқ ва чала чиқишлар (кузатувлар уларни 0,5-2% жароҳатлар сабабли эканлигини тасдиқлайди) фарқланади. Чала чиқиш деб, иккита суяк бўғим юзасини бир-бирига мос келишининг қисман бузилишига айтилади. Тўлиқ чиқишда суяклар ва бўғим юзаларининг бутунлай номутаносиблиги кузатилади.

Травматик суяк чиқишининг белгилари:

- кучли оғрик;
- бўғим шаклининг ўзгариши;
- бўғимларни қимирлатиб бўлмаслиги ёки улар ҳаракатининг кескин чекланиши.

Барча чиқишларда бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималар лат ейиши, мушаклар чўзилиши ёки қисман йиртилиши мумкин. Кўп ҳолларда чиқиш бўғим қобиғининг йиртилишига олиб келади. Елка бўғими чиқишида қобик аксарият ҳолларда олдинги-пастки қисмидан йиртилади. Сон суяги ёнбошга чиққанда, ноксимон кўринишда бўлади ва ички ёпқич мускуллар орасида жойлашади. Доимо пайлар йиртилмайди, аммо чўзилиши ва эзилиши мумкин.

Травматик чиқишларда кичик қон-томирлар зарарланиши натижасида бўғим ичига қон қўйилади. Йирик қон-томир ва нервларнинг зарарланиши кам учрайди. Кўп ҳолларда қон-томирлар эзилиши мумкин. Масалан: болдир суякларни ташқарига чиқишида тизза ости артерияси, елка суяги қўлтиқ ости чиқишида елка артерияси, сон суяги чиқишида қуймич нерви, билак суякларни чиқишида тирсак нерви эзилиши кузатилади. Жароҳатланган шакллар бириккан жойида чиқиш бўлса, кўп ҳолатларда ўз йўналишини ўзгартиради, бир гуруҳ мушаклар толаси бўшаши, бошқалари тортилади. Бундан ташқари, чиқишда мушаклар рефлектор тортилади ва натижада чиққан суяк ўз ҳолатини ўзгартиради. Мушаклар тортиши чиққан суякни жойига солишда муаммо туғдиради ва шунинг учун асосий вазифа шакларни бўшаштириш ҳисобланади.

Суяк чиқишининг асосий белгиси бўғим юзаси ўзгариши ҳисобланади. Бўғимни қанчалик даражада деформацияланганлигини аниқлаш учун беморларни ечинтириб, синчиклаб кўриш ва унинг асосида аксарият ҳолларда тўғри ташхис қўйиш мумкин. Чиқишларда чиққан суяк ўз ҳолатини ўзгартиради ва бу уни қанчалик даражада силжиганлигига боғлиқ. Суяк чиқишларининг асосий белгиларидан бири – фаолияти бузилишидир. Фаол ҳаракатлар сусайган, пассивларида эса оғрик кучаяди. Юқорида қайд этилган белгилардан ташқари, чиқишларда кучли оғрик, бўғим ва унинг атрофидаги юмшоқ тўқималарда шиш, қон талашлар кузатилади. Уларнинг барчаси янги чиқишларга хосдир. Айрим ҳолларда беморда чиқиш билан синиш бирга кузатилади. Масалан: елка бўғими чиқишларида елка суяги

бўйинчасидан синиши мумкин. Шунинг учун барча ҳолларда зарарланган бўғим рентген текширувини ўтказиш зарурлигини УАВ ёдда тутиши лозим.

Суяк чиқишида биринчи ёрдам

Ҳодиса рўй берган жойда УАВ шикастланган кишига биринчи ёрдам кўрсатиши, аммо чиққан суякни ўрнига туширишга ҳаракат қилмаслиги керак. Чунки бу кўп ҳолларда кўшимча жароҳатга олиб келиши мумкин. Шифокор қуйидагиларни бажариши лозим:

→ шикастланган бўғим ҳаракатсизлантирилиб, тинч ҳолатни таъминлаши;

→ бўғимга совуқ нарса (муз ёки совуқ сув солинган халта) қўйиши;

→ очиқ суяк чиқишида жароҳатга стерил боғлам қўйиши;

→ иситувчи компресслар қўйилишини тақиқлаши;

→ шикастланишнинг дастлабки соатларида чиқишни жойига солиши.

Барча муолажалар рентген текширишдан сўнг оғриқсизлантирилиб, амалга оширилади. Кейин шикастланган бўғимга бойламлар ва бўғимларнинг йиртилган қобиғи битиб кетгунга қадар гипс қўйилади. Кейинчалик даволаш гимнастикаси ва физиотерапия тайинлаш мумкин.

Агар бир неча уринишда суяк бўғим ичига тушмаса, унда мутахассислар билан ҳамкорликда жароҳлик муолажаси ҳақида ўйлаб кўрилмоғи лозим.

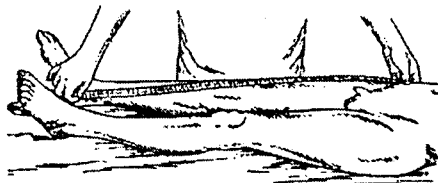
Баландликдан йиқилиш суяқсиз натижасида, деразаларни эҳтиётсизлик билан ювишда, балконда ишлашда, қурилишда хавфсизлик қоидаларига риоя қилинмаганда содир бўладиган шикастланишлар оғир жароҳатлар туркумига киради. Кўпроқ умуртқа поғонаси, тос, оёқлар (оёқлар билан тушганда) синади; бош суяги, бўйин қисми (бош билан тушганда); ковурағаларнинг кўп сонли синишлари, умуртқа, қўллар синиши (ёнбош ва орқа билан тушганда) кузатилади. Суяк синишлари билан биргаликда ички аъзоларнинг ёпиқ оғир жароҳатлари юзага келиши (аорта, жигар, ўт пуфаги, талоқнинг ёрилиши) ва травматик шок тез ривожланиши мумкин.

Баландликдан йиқилган кишига, агар у ҳушсиз бўлса, умуртқа суяги синган беморга кўрсатиладиган даражадаги тиббий ёрдам лозим. Шикастланган кишини замбилга чалқанчасига ётқизиб, синган жойлар шиналанади, очиқ жароҳатларга стерил боғловлар қўйилиб, зудлик билан шифохонага ётқизилади.

Суяк синиши - улар бутунлигининг бузилиши ҳисобланиб, туғма ва орттирилган бўлиши мумкин. Туғма суяк синиши кам кузатилиб, одатда, унинг мустаҳкамлигини камайтирадиган турли хил наслий касалликларда учрайди. Орттирилган суяк синиши унга механик кучнинг таъсири натижасида содир бўлади. Ҳаддан ташқари куч таъсирида (йиқилиш, зарба, ўқ тегиш ва бошқалар) травматик суяк синиши юзага келади. Унинг мустаҳкамлиги камайиши билан боғлиқ касалликларда (остеомиелит, шиш, айрим эндокрин касалликлар) суяк синиши унча катта бўлмаган куч таъсирида ёки ўз-ўзидан пайдо бўлади. Бундай синиш патологик деб аталади ва уйку вақтида ҳам содир бўлиши мумкин. Уларда ҳам биринчи ёрдам травматик синишдаги қўламда бўлади.

Суяк синишида унинг шикастланиши билан бир қаторда, ўраб турган юмшоқ тўқималарга ҳам зарар етади. Ён атрофда жойлашган мушаклар, томирлар, нервлар зарарланиши мумкин. Шикастланиш оқибатида тери йиртилиб, синган суяк ундан чиқиб қолса, бу очик суяк синиши деб аталади.

Тўлиқ суяк синишида (айниқса, қўл ва оёқ шикастланганда) баъзан йирик қон томирлар ва нервларнинг шикастланиши натижасида қўп қон кетади. Бармоқлар учи оқариб, оёқ қафтлари музлайди, сезиш хусусияти йўқолади, бу аъзолар фаолиятини йўқотилишига олиб келиши мумкин. Бир қатор суяк синишларда ён атрофдаги аъзолар шикастланади. Масалан, қовурғаларнинг синиши, ўпканинг шикастланиши (қон туфлаш)га сабаб бўлиши мумкин. Орқа миyaning эзилиши натижасида қўл ёки оёқнинг фалаж бўлиб қолиши умуртка поғонаси синганлигининг дастлабки белгиларидандир. Тос суяги синганда, қовук шикастланади (сийдикда қон пайдо бўлади).



7-расм. Оёқ узунлигини ўлчаш

Суяк битиши мураккаб биологик жараён бўлиб, синган бўлақларнинг юмшоқ қадоқ ҳосил киладиган ёш бириктирувчи тўқималар билан алмашилишидан бошланади. Юмшоқ қадоқ кейинчалик суяк қадоғига айланиб, унинг бўлақларини мустаҳкам бириктиради. Суяк бўлақлари бир-бирига яхши жипслашиб қимирламай турса, тез битади. Одатда, бу ҳол қўл бармоқларининг суякларига энг қиска (2-2,5 ҳафтада), сон суягининг бўйни синишида эса анча узок (6 ойда) давом этади. Синган суяк бўлақларининг бир-биридан узоклашиб, улар орасига юмшоқ тўқималар кириб қолиши ва унинг қўп қимирлаши натижасида у узок вақт ёки умуман битмайди. Бўлақлар ўрнидан анчагина кўзгалганда ҳам суяк битиши мумкин, лекин бунда синган оёқ-қўл суяклари қинғир-қийшиқ битиб, калта (7-расм) бўлиб қолади.

Суяк синишида биринчи ёрдам:

1. Биринчи ёрдам кўрсатиш вақтида ёпиқ суяк синишида оёқ-қўлларнинг ўзгарган шаклини тўғрилаш ёки очик суяк синишида-теридан чиқиб қолган суякни қайта ўрнига солиш мақсадга мувофиқ эмас;
2. Шикастланган кишини зудлик билан шифохонага олиб бориш зарур;
3. Ишончли транспорт иммобилизациясини таъминлаш, очик суяк синишида эса жароҳатга стерил боғлов қўйиш лозим;
4. Кучли қон кетишда уни тўхтатиш чораларини кўриш (қон тўхтатувчи жгут ёрдамида) керак;
5. Беморни ечинтириш лозим бўлса, кийимни аввал соғ қўлдан, сўнгра шикастланганидан ечиш лозим; кийимни кийдириш эса тесқари кетма-кетликда амалга оширилади. Шикастланган кишини яқин масофаларга яхшиси замбилда олиб бориш зарур.

Ихтисослаштирилган ёрдам. Синган суяк бўлаклари ўрнига туширилгандан сўнг, улар гипс боғлов ёки махсус аппарат ёрдамида тўғри ҳолатда жой-жойига солинади. Баъзи ҳолларда жарроҳлик амалиёти ўтказилиб, синган суякларни мустаҳкамлаш учун турли хил металл мосламалар қўлланилади. Тўғри қўйилган гипс бир оз вақт ўтгач, шикастланган аъзо шишиши туфайли сал сиқади. Агар гипс қаттиқ сиқиб қўйиши натижасида қисилиш белгилари пайдо бўлса, уни бир оз бўшатиш керак, гипс олингунга қадар бемор УАВ ва мутахассис шифокор назоратида бўлади.

Узоқ вақт босилиш синдроми оёқ-қўллар (кўпинча оёқлар)нинг оғир нарсалар билан узоқ вақт босилиб қолиши натижасида пайдо бўлади. Ушбу синдром шикастланган қўл ёки оёқ томирларида қон айланиши бошлангандан зарарланган тўқима маҳсулотларини умумий қон оқимига қўшилганидан ва шикастланган киши уюмлар тагидан чиқарилгандан сўнг ривожланади. Юқоридаги таъсир оқибатида организмнинг ўз-ўзидан заҳарланиши бошланиб, шикастланган киши тезда ўлиши мумкин.

Белгилари

Шикастланиш вақтида тананинг эзилган қисмида кучли оғриқ ва ҳаракат кўзғалиши қайд қилинади. Уюм тагидан чиқарилгандан сўнг шикастланган кишида атроф-муҳитга монанд бўлмаган таъсирланиш, эт увушиш, пульсини тезлашиши, АБ пасайиши ва коллапс вужудга келиши мумкин. Бир неча соатдан сўнг касалликнинг бошқа белгилари, яъни терининг эзилган жойининг оқариши, кўкимтир доғлар ва ичга ботган жойлар пайдо бўлади. 30-40 дақиқадан сўнг шикастланган аъзо шишиб, ҳажмда кескин катталашади. Унинг натижасида терида сероз ёки серозгеморрагик суюқлик билан тўлган пуфакчалар юзага келади. Пуфакчалар орасида қон қуйилишлар, юмшоқ тўқималарда эса ёғочга ўхшаш зичлик пайдо бўлади. Нерв толачаларининг эзилиши оқибатида шикастланган жойда сезиш хусусияти йўқолади. Оғир ҳолларда бўғимлар ҳаракатсиз, шикастланган аъзо томирларида пульс аниқланмайди.

Оёқ-қўллар узоқ вақт босилишида биринчи ёрдам:

1. Шикастланган киши, нарсалар тагидан чиқариб олингунга қадар, унга хоҳлаган миқдорда сув бериш (чанқаш жуда кучли бўлади) ва эзилган жойдан юқорирокқа қон тўхтатувчи жгут қўйиш. Жгутни унча маҳкамламасдан, фақат вена қон томирини енгилгина қисиб қўйиш;

2. Сув бериб, жгут қўйилгандан кейин, босилиб қолган қўл ёки оёқни чиқариш;

3. Уюмлар тагидан озод қилингандан сўнг транспорт шинасини қўйиш (суяк синишига шубҳа қилинмаган тақдирда ҳам) ва беморни замбилда ёки машинада шифохонага олиб бориш.

Оёқ-қўлнинг узилиши ёки кесилиши (травматик ампутация). Қўл-оёқлар ва уларнинг қисмларининг тўлиқ ва қисман травматик ампутациялари фарқланади. Тўлиқ ампутацияда узилган бармоқ ёки

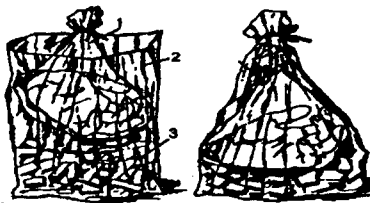
қўл-оёқнинг бўғими чўлтоқ қўл-оёқ билан алоқада бўлмайди. Қисман ампутацияда тери қатлами ва юмшоқ тўқималар сақланган ҳолда томир, нерв найчалари, пайлар шикастланади. Тўқималар шикастланишининг характери ва механизми бўйича гильотина ампутацияси (чопилган, кесилган), электр арра билан ампутация, эзилишдан, тракцион (узилган), комбинацияланган ампутация (қўп сонли шикастлар) фарқланади. Ампутациянинг ҳар бир хили бир-биридан фарқ қилади ва маълум жарроҳлик ёрдами талаб қилади. Кесилган ёки узилган оёқ-қўлнинг бутунлигини муваффақиятли тиклаш учун шикастланган кишига кўрсатилган биринчи ёрдам ва оёқ-қўлларнинг ампутация қилинган бўғимини сақлаш ва транспортировка қилиш ва беморни жарроҳлик бўлимига олиб келишгача ўтган вақт муҳим аҳамиятга эга.

Қўл қафтининг 1 бармоғи ампутацияси, болалар бармоқларининг қўп сонли ампутациялари, билак соҳасидаги ампутация, икки қўл, иккита болдир ёки оёқ қафти ампутацияси реплантацияга кўрсатма ҳисобланади. Узилган қўл-оёқнинг тўқималари қанчалик кам шикастланган бўлса, реплантация шунча муваффақиятли ўтади. Ампутация қилинган IV ва V бармоқларнинг тирноқ суяклари, бармоқ ва бармоқ суяқларининг қўп сонли синишлари, беморнинг умумий оғир аҳволи, кексалик, ампутация вақтидан бошлаб касалхонага бўлган вақтининг узоклиги реплантация учун қарши кўрсатма ҳисобланади.

Травматик ампутацияда биринчи ёрдам:

Узилган бармоқ ёки унинг маълум бир қисмини яшовчанлиги сақланишининг давомийлиги ампутация тури (тўлик, қисман)га, ампутация қилинган аъзонинг «совуқ» сақланишига боғлиқ. Бахтсиз ҳодиса натижасида узилиб тушган қўл қафтини сақлаш: 1-ампутация қилинган қафт солинган ичи муз тўлдирилган халта (3) ташқи халта (2)га жойлаштирилган (8-расм).

1. Авваламбор қўл-оёқ ёки қафт чўлтоғидан оқаётган қонни маҳкам боғлаб, пуфланган манжет



8-расм.

Узилиб тушган қўл қафти-ни сақлаш билан тўхтатиш зарур (жгут фақат жуда зарур ҳолларда қўлланилади). Қон тўхтатувчи стандарт жгут ўрнига камар, бўйинбоғ, маҳкам ўралган рўмолдан фойдаланиш мумкин. Жгутни 2 соатдан қўп ушлаш мумкин эмас.

Чўлтоқ қўл-оёқдан қон оқишини ёрдамчи воситалар ёрдамида (а) тўхтатиш (9-расм):

- б) аркон ёрдамида қонни тўхтатиш;
- в) камар ёрдамида қонни тўхтатиш.
2. Шикастланган аъзо юқори ҳолатда ушлаб турилади;
3. Шикастланган киши тинчлантирилиб, аччик чой ёки қаҳва берилади;



9-расм. Қўлтоқ қўл ва оёқдан қон кетишини тўхтатиш

4. Жароҳатланган юза тоза (стерил) салфетка билан ёпилади;

5. Кесилган (узилган) қўл-оёқнинг қисми ёки бармоқ тоза ёки стерил матога ўралади ёки полиэтилен халтачага солинади; халтача ўз навбатида бошқа полиэтилен халтага

ёки қор, муз билан тўлдирилган бошқа идиш (банка, кастрюль ва бошқалар)га жойлаштирилади. Қўл-оёқ қисмини қор, муз ёки совуқ суюқликка тўғридан-тўғри тегиб туришига йўл қўйилмаслик лозим. Бунинг учун ички полиэтилен халтача яхшилаб бойланган бўлиши шарт. Ажралган бармоқ, панжа, оёқ кафтини музлагичга қўйиш, шунингдек, бирор-бир эритма билан ювиш ман қилинади. Транспортировка вақтида ампутация қилинган аъзо солинган халтача осилган ҳолда бўлиши лозим, уни ётқизиб қўйиш (босилиш натижасида тўқималарнинг яшовчанлиги бузилиши мумкин) мумкин эмас. Халтачага шикастланган вақт кўрсатилган ёзувни бириктириб қўйиш зарур;

6. Тери ва бошқа юмшоқ тўқималар, пайлар сақланганда тўлиқ бўлмаган ампутацияда уларни узилган қисмдан ажратиш мумкин эмас;

7. Бутун оёқ-қўлнинг иммобилизацияси ва узилган қисмининг совутилиши таъминланади;

8. Рўй берган воқеа ҳақида тез ёрдам бўлимига зудлик билан хабар берилади;

9. Шикастланган кишини ампутация қилинган аъзо билан бирга транспортировка қилиш шарт. Транспортировка вақти минимумга қисқартирилиши керак.

Катта жароҳатлар, қўл елкагача узилганда, сон ва болдирнинг тана қисми ампутация қилинганда (ички аъзолар шикастланиши билан биргаликда) ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдами шошилинч ёрдам маркази ёки унинг филиалларида микрохирургия марказининг мутахассисларини жалб қилган ҳолда амалга оширилади.

Йўл-транспорт ҳодисалари. Йўл-транспорт ҳодисаларидаги жароҳатлар авваламбор, оғирлиги билан фарқланади. Уларга тана турли қисмларининг кўп сонли шикастланиши, аксарият ҳолларда ички аъзолар ва бош мия фаолиятининг бузилиши хосдир. Шу сабабли йўл-транспорт ҳодисалари кўп ҳолларда ногиронликка ёки ўлимга олиб келади. Бироқ биринчи ёрдам ўз вақтида ва сифатли кўрсатилган тақдирда, жароҳатланган инсон ҳаётини сақлаб қолиш ҳамда оғир оқибатларнинг олдини олиш мумкин. Йўл транспорт ҳодисаларида автомобил келиб пиёда ни уриши, автотранспортнинг бир-бири билан тўқнашуви натижасида, пиёда ва автомобил ичидагилар шикастланиши мумкин.

Биринчи ёрдам кўрсатилаётган вақтда шифокор биринчи навбатда, ўзини йўқотмаслиги ва вазиятни тўғри баҳолаши керак. У шикастланганларга бирламчи малакали тиббий ёрдам кўрсатиши ва зудлик билан тез ёрдам

чакириши, йўл ҳаракати хавфсизлиги хизмати (ЙХХХ) ходимларига хабар бериши ва яқин орадаги шифохонага ётқизиш чораларини кўриши лозим.

Кўп ҳолларда йўл-транспорт ҳодисаси рўй берган жойда ўзига-ўзи ва ўзаро ёрдам бериладн. Йирик шаҳарларда тезкор ёрдамни ихтисослаштирилган (травматология-реанимация) бригадалари кўрсатади. Бироқ шикастланганларнинг кўп қисмини шифохонага бегона шахслар, ЙХХХ ходимлари олиб борадилар. Уларнинг биринчи ёрдамни тез ва тўғри кўрсатишлари шикастланган кишининг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин. Шунинг учун ҳайдовчилар, ЙХХХ ходимлари биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича махсус тайёргарликдан ўтишлари мақсадга мувофиқ. Барча автотранспорт воситалари биринчи ёрдам аптекалари билан жиҳозланган бўлиши зарур.

Йўл-транспорти ҳодисаларида биринчи ёрдам:

1. Шикастланишнинг турини аниқлаш: кўриниб турган деформация, оёқ-кўлларнинг ўзгача ҳаракатчанлиги, жароҳатлар, қон кетиш, қайт қилиш, асаб, нафас ва юрак фаолиятининг бузилиши. Зарбадан кейин организм фаолияти бузилганлигининг аниқ белгилари бўлмаса ва шикастланган кишининг аҳволи қониқарли бўлган тақдирда ҳам, уни синчковлик билан тиббий кўриқдан ўтказиш ва кўрсатмалар бўлганда, шифохонага юбориш;

2. Нафас олиш бузилганда оғиз бўшлиғини текшириб, зарур ҳолларда уни қусуқ массаларидан дастрўмол ёки салфетка билан ўралган бармоқ ёрдамида тозалаш;

3. Қучли артериал қон оқнида шикастланган жойнинг юқорироғига бармоқни босиш йўли билан қонни тўхтатиш ва кейин қон тўхтатувчи жгут қўйиш;

4. Шикастланган киши ҳолатини кескин (ўрнидан тургазиш тавсия қилинмайди, чунки оёқ-кўл суяклари, тос ёки умуртқа поғонаси синган бўлиши мумкин) ўзгартирмаслик;

5. Қўшимча шикастланиш пайдо бўлиши мумкинлиги туфайли шикастланган кишининг кийимларини (одатда, нафасни қисувчи ёқа ва камарни ечиш ёки қирқиш билан кифояланилади) ечмаслик;

6. Шикастланган кишини чалқанчасига ётқизиб, нафас олиш йўллари тўсилиб қолмаганлигига қайта ишонч ҳосил қилиш, зарур ҳолларда тозалаш, кириб кетган тилни бармоқлар билан салфетка орқали ушлаб тортиш;

7. Умуртқа поғонаси бўйин қисмини шикастланишига гумон бўлмаса, жароҳатланган киши бошини ён томонга буриш;

8. Нафас қайта тўхтаб қолмаслигининг олдини олиш учун шикастланган кишини ёпибошлаб ётқизиш;

9. Агар нафас олиш тўхтаган бўлиб, мустақил тикланмаса, ўпка сунъий вентилляциясини бошлаш. Бунда шикастланган кишининг боши орқага ташланади ва бу нафас йўлларининг очилишига ёрдам беради;

10. Кўкрак қафасининг очик жароҳатида, айниқса, у орқали ҳаво ўтаётган бўлса, зудлик билан стерил боғлов билан ёпиш, сўнгра нафас

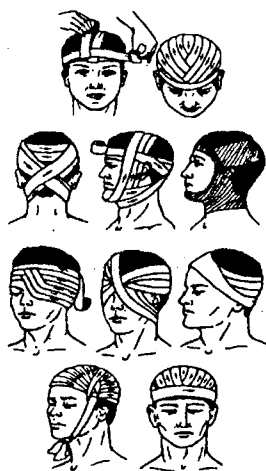
киришини босувчи боғлов билан тўхтатиш ва устидан пластирь ёпиштириш ёки вақтинча қўл кафти билан ёпиш;

11. Ҳодиса рўй берган жойда фақат ташқи қон оқиш тўхтатилади. Кўп ҳолларда бунинг учун жароҳатга аввал стерил, сўнгра эса босувчи боғлов кўйиш. Агар самара бўлмаса, қон тўхтатувчи жгут ёки қонаётган томирни қисиш учун бошқа усулни қўллаш. Ҳодиса рўй берган жойда турли хил ясама жгутлар - белбоғ, рўмол ва бошқалардан фойдаланиш. Сим, арқон (айпиқса, ингичка), турли хил найларни қўллаш ярамайди, чунки бу юмшоқ тўқималарнинг қўшимча шикастланишига олиб келиб, бошқа оғир асоратларни юзага келтириши мумкин;

12. Шикастланган кишини ихтисослашмаган машинада транспортировка қилиш мўлжалланаётган бўлса, нафас тиклангандан ва қон тўхтатилгандан сўнг транспорт имобилизациясини амалга ошириш. Имобилизация нафақат суяк чиқиши ёки синишида, балки уларга шубҳа қилинганда, юмшоқ тўқималарни, кенг шикастланишларида ҳам зарур;

13. Йилнинг совуқ фаслларида ёки ёмғир вақтида шикастланган кишини ташқи омил таъсирларидан ҳимоялаш ҳақида ўйлаш. Транспортировка учун шикастланган кишини жуда эҳтиётлик билан жойдан жойга кўчириш. Енгил автомобилда уни орқа ёки орқага ташланган олд ўриндикқа ўтказиш. Агар шикастланган кишининг нафас олиши қийинлашган бўлса, уни хавфсизлик камари билан маҳкамлаб, ярим ўтириш ҳолатида шифохонага етказиш.

Тана ва қўл-оёқларнинг алоҳида қисмларининг механик шикастланишлари



10-расм. Бош жароҳатларида боғлам кўйиш

Бош шикастланиши, афсуски амалиётда жуда кўп учрайди. Бу юмшоқ тўқималарнинг лат ёйишлари ва жароҳатлари, бош мия шикастланишлари, шунингдек, юз ва жағ жароҳатлари бўлиши мумкин.

Лат ёйишнинг асосий белгилари: оғрик, шиш тери рангининг ўзгариши.

Бош юмшоқ тўқималари лат еганда биринчи ёрдам:

1. Босувчи боғлов кўйиш;
2. Совуқ нарса (муз солинган халта, совуқ сувли шиша, клеёнкага ўралган қор ва бошқалар)дан фойдаланиш.

Бош юмшоқ тўқималари жароҳатларининг белгилари: кучли қонаш, юмшоқ тўқималар кўчиши ва тери парчалари ҳосил бўлиши.

Бош жароҳатларида биринчи ёрдам:

1. Стерил бишт (ёки дазмолланган тоза мато) билан босувчи боғлов(10-расм) кўйиш;

2. Артериал қон кетишда (қон қип-қизил оқим билан отилиб чиққанда) босувчи боғлов яхши самара бермайди. Агар қон бошни соч қисмидан оқса, жгут (тиббий резинали ёки ёрдамчи материаллардан) пешона орқали ёки қулоқ орқасидан горизонтал ҳолатда ўтказилади;

3. Агар жароҳат унча катта бўлмаса, бемор кўп қон йўқотмаган ва ҳолати қониқарли бўлса, уни тиббийёт ходими ҳамкорлигида яқин орадаги травматология бўлими ёки шифохонага пиёда олиб бориш мумкин;

4. Кўп қон йўқотилганда (рангги оқарган ва бош айланиши мавжуд), беморни горизонтал ҳолатда замбилга (махсус ёки тез ясалган) ётқизиб шифохонага олиб бориш зарур. Агар юмшоқ тўқималарнинг кўчган парчаси тўлиқ узилиб тушса, уни тоза (стерил) матога ўраб, бемор билан бирга жўнатилади - бу парчани травматологлар тери камчилигини ёпиш учун қўллашлари мумкин.

Бош суяги ва миянинг ёпиқ жароҳатлари. Бош суягининг туртиб чиққан қисми, тери шикастланмасдан туриб жароҳатланганда, суяк синганлиги ёки юмшоқ тўқималар қаттиқ лат еганлигини аниқлаш қийин. Аниқ тахшисни рентген ёрдамида тасдиқлаш мумкин.

Бош суягининг ёпиқ жароҳатларида биринчи ёрдам:

1. Шикастланган киши замбилга ёстиқсиз ётқизиблиб, бошига совуқ нарса қўйилади ва шифохонага олиб борилади;

2. Бош суяги гумбази бош мия (чайқалиш, лат ейиш) шикастланиши билан бирга синганда, беморнинг аҳволи оғирлигига мос равишда ёрдам кўрсатилади.

Бош суяги асосининг сипиши оғир жароҳат ҳисобланади. У кўпинча боши ёки оёғи билан баландликдан йиқилганда юзага келади ва бош мия шикастланиши ёки лат ейиши билан кечади. Унда юмшоқ тўқималар лат ейиши аниқланмайди, бурун ва қулоқлардан қон оқиши (ёки тиниқ орқа мия суюқлиги) қайд қилинади. Бундай синишнинг дастлабки белгилари юз ассиметрияси (юз нерви босилганда ёки шикастланганда), бош мия босими кўтарилгани туфайли пульснинг камайиши (бир дақиқада 35-30 гача) бўлиши мумкин. Орадан 18-24 соат ўтгандан сўнг бош суяги асоси синишига хос белгилар (масалан, кўз атрофида кўзойнак кўрнинишидаги кенг қопталаниш жойлар) пайдо бўлади.

Бош суягининг асоси синишида биринчи ёрдам:

1. Бошга совуқ нарса қўйиш:

2. Шикастланган кишини шифохонага замбилда олиб бориш. Агар у хушсиз бўлса, тили ичига кириб кетиши мумкин ва бўғилиб қолиш хавфи борлигини ёдда тутиш лозим. Транспортировка учун қўйидаги ҳолатлардан бирини танлаш мумкин:

– қоринда горизонтал ҳолатда ётиш - бунда тил ичкарига кириб кетмайди, қайт қилиш вақтида эса ошқозондаги массалар бемалол ташқарига оқиб, нафас йўлларига тушмайди. Бироқ шикастланган киши фақат етарли даражада назорат қилинганда, бундай транспортировка қилиш мумкин (чунки беморнинг юзи пастга қаратилган бўлади);

– чалқанчасига горизонтал ҳолатда ётқизиблиб, тил пастки жағга қисиб турувчи босувчи боғлов ёрдамида маҳкамланади. Орқаси билан ётиш ҳолатида шикастланган кишини кузатиб бориш зарур, чунки қайд қилганда, массалар нафас йўлларига тушмаслиги учун бош ён томонга бурилади. Бош суяги асоси синган беморлар, айниқса, мия шикастланган ва онг хиралашувида, замбилга жуда эҳтиётлик билан ётқизилади ва авайлаб транспортировка қилинади. Агар замбил бўлмаса, уни ёрдамчи воситалардан яшаш мумкин. Замбилни олиб кетаётганлар барабар қадам ташлашлари лозим - бу бемор учун тинч ҳолатни таъминлайди.

Жағ-юз соҳасининг шикастланиши

Юзнинг лат ейиши жароҳат жойида шиш ва оғриқни юзага келтиради, бу ҳолат совуқ нарса ва босувчи боғлов кўйишни талаб қилади. Лаблар шикастланганда, жароҳат четлари очилиб, қонаб туради, шиш тез ривожланади, лаблар кам ҳаракатли бўлиб қолади. Кўп ҳолларда қулоқ олди беzi, юз нервлари катталашади, сўлак безлари, тишлар шикастланади. Юзнинг лат ейишини жағ синишидан фарқлаш жуда муҳим.

Пастки жағнинг синиши кўп учрайди ва лат ейишдан фарқли ўлароқ, бемор гаширолмайди, овқат луқмасини чайнай ва юта олмайди. Одатда, оғиз ярим очик бўлиб, ундан кўп сўлак оқади. Бундан ташқари, шикастланган кишининг тили (у ҳушидан кетмаган бўлса ҳам) ичига кириб кетиши мумкин. Кўп ҳолларда нотўғри тишлаш ва тишларнинг синиши қайд қилинади.

Устки жағнинг синиши пастки жағнинг синишига қараганда камроқ учрайди ва, одатда, бош суяги асоси синишида кўшимча жароҳат сифатида юзага келади. Тўқималарга қон қўйилиши натижасида жароҳат жойи пайпаслаб кўрилганда, кучли оғриқ ва юзнинг кескин ўзгариши кузатилади.

Жағ - юз соҳасининг шикастланишида биринчи ёрдам:

1. Тилни ичкарига тортилиши оқибатида келиб чиқадиган бўғилишнинг олдини олиш. Уни олдинга тортиб, маҳкамлаб қўйиш. Шундан сўнг мато билан ўралган бармоқ ёрдамида оғиз бўшлиғини қон ва қусуқ массаларидан тозалаш;

2. Кучли оқимли (артериал) қон оқишини босувчи боғлов билан тўхтатиб бўлмаслиги сабабли УАВ уни тўхтатиш учун қайси нуқталарни босишни билиши зарур. Битта нуқта қулоқ супрасидан сал юқорироқда (бу нуқтадаги артерияни ёноқ суягига босиш керак), иккинчиси эса пастки жағда, чайнов мушакларнинг олд томонида жойлашган бўлади. Ушбу нуқталарга босиб қонни тўхтатиб бўлмаса, жароҳатланган кишини шифохонага олиб боргунча уйку артериясини босиб туриш керак;

3. Устки жағнинг синиқларини маҳкамлаш учун дастрўмол ёки бинт билан ўралган ингичка таёқча (махсус шина бўлмаса) устки жағнинг тишлари остига олиб келиниб, унинг оғиздан чиқиб турган учлари бинт ёки тасма билан бош атрофида бир неча марта айлантериблиб маҳкамланади;

4. Қон нафас йўлларига тушмаслиги учун бундай беморлар қоринда ётган ҳолатда транспортировка қилинади;

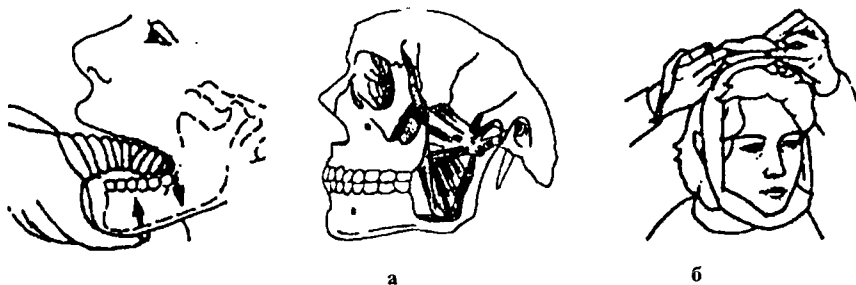
5. Агар қон кўп оқиб, беморнинг боши айланса, кўз олди қоронғилашса, ранги кескин оқарса, бош мияга қон келишини яхшилаш ва шокнинг олдини олиш мақсадида замбилнинг оёқ томонини сал кўтариб қўйиш зарур.

Шикастланишлар орасида *пастки жағнинг чиқиши* кўпроқ учрайди. У зарб, эснаш вақтида, кулганда ёки овқатланганда оғиз катта очилиши натижасида юзага келади ва бунда бўғим бошчаси унинг чуқурчасидан чиқиб олдинга сурилади. Кекса ёшдаги одамларда жағнинг одатий чиқишлари кузатилади. Пастки жағнинг чиқиши куйидаги белгиларга асосланиб аниқланади: оғиз очик, жағнинг ҳаракатлари чекланган, ютиш қийинлашган, кўп сўлак ажралади.

Пастки жағнинг чиқиши ва унда биринчи ёрдам

Унинг одатий ва травматик турлари фарқланади. Одатий жағ чиқиш аксарият ҳолларда жойида ўрнига туширилади. Уни учун бемор стулга ўтказилиб, ёрдам кўрсатувчи унинг олд томонида туради ва пастки тишини бинт билан ўралган биринчи бармоқлари билан босади, жағни пастга ва орқага жойлаштиради (11-расм а), бир вақтнинг ўзиде бармоқлар ёрдамида паст томондан кузатади. Жағ ўрнига туширилгандан сўнг шикастланган киши жағини бемалол ҳаракатлантириб, равон гапира олади.

Травматик чиқишда жағ жойида ўрнига туширилмайди, шикастланган кишининг иягига жағини ушлаб турувчи боғлам қўйилиб, травматология (11-расм б) бўлимига олиб борилади.

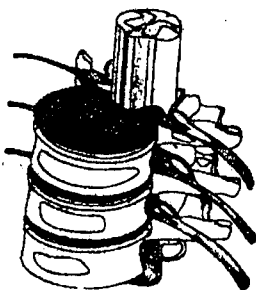


11-расм. Жағ чиқишларида ёрдам

Умуртқа поғонаси. Вояга етган кишининг умуртқа поғонаси 29-33 алоҳида умуртқалардан иборат бўлиб, улардан 7 таси бўйин, 12 таси кўкрак, 5 та бел ва 5 таси думғаза умуртқасидир. Думғаза ва дум умуртқалари битиб кетиб, думғаза ва дум суягини ҳосил қилади. Улар бир-бири билан умуртқалараро тоғай-дисклар ёрдамида бирикиб умуртқа каналини ҳосил қилади (12-расм) ва унда орқа мия ётади. Умуртқа поғонаси кишининг тик юришига мослашган ва пастга қараб кенгайиб боради. Унинг бўйин, кўкрак, бел ва думғаза қисмларида физиологик букилмалар бор. Бўйин ва бел қисмидаги букилмалар лордоз, кўкрак ва думғаза қисмидаги букилмалар

кифоз деб аталади. Бўйин ва бел қисмлари олдинга, кўкрак ва думғаза қисмлари орқага қараб букилган бўлади. Умуртқа поғонаси тананинг эгилиши ва тўғриланиши, ён томонга эгилиши ва айланишига имконият яратади. Бўйин ва юқори бел бўлимлари унинг энг серҳаракат қисмлари ҳисобланади.

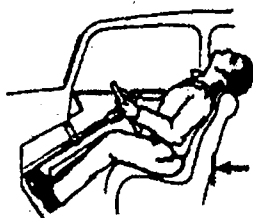
Биринчи тиббий ёрдам оғриқ ва орқа мия функциясини бузилиши билан кечадиган умуртқа поғонасининг шикасланишларида ва баъзи касалликларда (масалан, умуртқа поғонаси остеохондрози, умуртқалараро дискнинг чурраси) зарур бўлади.



12- расм. Умуртқа поғонаси

Умуртқа поғонасининг шикасланишлари аксарият ҳолларда ёпик бўлади. Улар қаттиқ зарба, орқа ёки бош билан йиқилиш (сувга шўнғиганда, сув ҳавзасининг тубига урилиш), думба билан қисилиш, кескин айланма эгилиш ва тўғриланиш ҳаракатлари оқибатида пайдо бўлади. Шунингдек,, амалиётда умуртқалараро тоғайлар (диск)нинг лат ейиши, узилиши, синиши, чиқиши ва шикасланиши учрайди.

Умуртқа поғонасининг лат ейиши шикастланиш кучининг тўғридан-тўғри ишлатилиши натижасида юзага келади. Енгил лат ейишларда фақат юмшоқ тўқималар, оғирларида эса орқа мия шикастланиши билан боғлиқ бўлган неврологик ўзгаришлар пайдо бўлади. Енгил лат ейишда пайпасланганда кучаявчи тарқалган оғриқ, қон қуйилиш, ҳаракатлар чекланиши қайд қилинади. Биринчи ёрдам - жароҳат жойига совук нарса қўйиш аналгетиклар ва оғриқ босилгунча тинч ҳолат. Текширишнинг махсус усулларисиз лат ейишни умуртқа поғонасининг жиддий шикастланишларидан фарқлаш қийин. Шунинг учун беморни синчиклаб объектив кўриқдан ўтказгандан сўнг ренгтен ёки МРТ текшируви амалга оширилади.



13-расм. Бошнинг тўсатдан эгилиши

Эт узилиши умуртқа поғонасининг энг серҳаракат - бўйин ва бел қисмларида пайдо бўлади. Улар амплитуда бўйича кескин ҳаракатлар билан боғлиқ. Бўйин қисмида ушбу шикастланиш тўсатдан бош эгилиши натижасида (ҳаракат тезлиги кескин ўзгаришларида автомобил ҳайдовчиси ва йўловчиларда ёки боштирагич бўлмаганда) (13-расм) юзага келади. Эт узилганда оғриқ, мажбурий ҳолат, умуртқа поғонасининг тегишли бўлимида ҳаракатлар амплитудаси чекланиши кузатилади; ҳаракат вақтида ва пайпасланиб кўрилганда оғриқ кучаяди. Биринчи ёрдам шикастланган жойни ҳаракатсизлантиришдан иборат. Умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланганда юмшоқ ёқа қўйилади, бел

соҳаси шикастланганда эса бемор ясси ёғоч тахтага ётқизиблиб, шифохонага олиб борилади. Агар ҳаракатсизлантиришга ҳеч нарса бўлмаса, бўйин қисми шикастланишларида бемор бошини қўллари билан ушлаб туради, бу оғриқни камайтириб, транспортировка вақтида қўшимча жароҳатнинг олдини олади.

Умуртқаларнинг чиқиши жуда оғир шикастланишлар гуруҳига киради ва кўпинча унинг бўйин қисмида юз беради. Бунда бўйинда оғриқ пайдо бўлиб, унинг юқори қисми шикастланганда, оғриқ энсага, ўрта ва пастки қисмида ўпка ва қўлга узатилади. Бош мажбурий ҳолатда, баъзида қўл билан ушлаб турилади. Умуртқа поғонасининг бўйин қисми ҳаракатчанлиги оғриқ туфайли чекланган, қўлларда оғриқ, сезиш қобиляти бузилган, фалажлик (фаол ҳаракатларни бажаролмаслик) пайдо бўлади.

Умуртқа силжишида қовуқ, тўғри ичак фаолияти бузилиши мумкин. Шикастланиш қанча тез бартараф қилинса, оқибати шунча яхши бўлади. Шунинг учун шикастланган киши иммобилизация қилиниб, зудлик билан шифохонага олиб борилиши зарур. Шина қўйилганда, суякларни ўрнига тушириш ёки бошнинг ҳолатини ўзгартириш ман этилади. Чунки оқибатда бундан ҳам оғир жароҳат келиб чиқиши мумкин. Ҳаракатсизлантириш учун юмшоқ ёқа ёки симли шинадан фойдаланилади.

Умуртқа поғонасининг синишида шикастлангандан сўнг дарҳол оғриқ, танглик, деформация юзага келади ва тегишли бўлимида шиш ҳамда қон қўйилиш аниқланади. Кўкрак умуртқалари синганда нафас олиш қисқа вақтга тўхташи мумкин.

Умуртқаларнинг синишида ўз вақтида малакали бирламчи тиббий ёрдам кўрсатилиши катта аҳамиятга эга. Бунда беморни бошқа жойга ўтказиш ва транспортировка вақтида қўшимча жароҳатларнинг олдини олиш зарур. Ҳаракатлар, айниқса, эгилиш, умуртқа поғонасининг ва орқа миянинг кучлироқ шикастланишига олиб келиши мумкинлигини УАВ доимо ёдда тутиши лозим.

Умуртқа поғонаси синишида биринчи ёрдам:

1. Шикастланган киши умуртқа поғонасининг эгилувчи, ёнлама, айланма ҳаракатларига йўл қўймайдиган тахтали замбилда (14-расм) транспортировка қилиш;
2. Оддий замбилдан фойдаланилганда, эгилмайдиган текисликни яратиш учун брезент устидан фанер ёки тахта қўйиш;
3. Умуртқа поғонаси синган кишини бир замбилдан иккинчисига олиш ман этилишини ёдда тутиш;
4. Кўкрак умуртқаси шикастланган кишини замбилга қорни билан эҳтиётлаб ётқизиш, боши ва кўкраги остига найча қилиб ўралган кийим қўйиш, умуртқа поғонасининг бўш ҳолатига ёрдам беради;
5. Чалқанчасига ётган беморни елкаси ва оёғидан кўтармаслик, чунки умуртқа поғонасининг эгилиши натижасида орқа мия босилиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик;

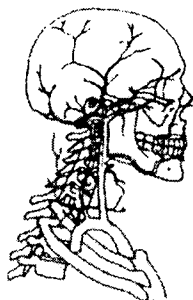
6. Умуртқа поғонасининг очик шикастланишларида стерил боғлам, кон окишида жароҳатни тампонлаш ва кейин босувчи боғлам қўйиш.



14-расм. Умуртқа поғонаси синганда транспортировка

Умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланганда *шиналаш* (15-расм) юмшоқ пахта ёки докали (енгил жароҳатларда) махсус шиналар ёрдамида амалга оширилади. *Пахта ёки докали ёқа* (Шанц ёқаси) куйидагича қўйилади: бўйин атрофи гардандан кўкрак қафасигача қалин пахта билан ўралади ва бинт бир неча марта айлантрилиб маҳкамланади, бу

бошнинг ён томонга бурилишига тўсқинлик қилади. Бош қимирлаб кетмаслиги учун унинг тагига сал пуфланган резинали доира қўйилади.



15-расм. Умуртқа поғонаси бўйин қисми синганда шиналаш

Люмбаго (бел санчиғи) оғир юк кўтаришдан сўнг ва тананинг ўнғайсиз ҳаракати оқибатида бел соҳасида пайдо бўладиган кучли оғрик. Люмбаго пайдо бўлишига совуқ қотиш ёки бел соҳасининг жуда совуб кетиши сабаб бўлади. У умуртқа поғонаси остеохондрозининг белгиларидан бири бўлиши мумкин.

Люмбагода оғрик тўсатдан юзага келиб, кўпинча бир томонлама бўлади. Жисмоний зўриқишда, ҳаракатланишда, йўталда, аксирганда кескин кучаяди. Бел соҳаси босилганда қаттиқ оғрийди ва мушаклар таранглашади. Бемор тўғри тура олмайди, мажбурий (ярим эгилган) ҳолатни эгаллайди.

Бел санчиғида биринчи ёрдам:

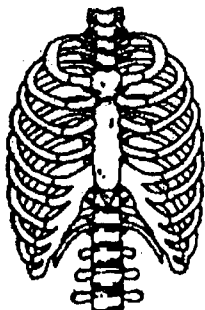
1. Бел санчиғи безовта қилганда, дархол орқа билан ётиб (полга, қаттиқ ўриндиққа), тиззалар букилади ва бел мушаклари бўшаштирилиб, умуртқанинг бел қисмини қаттиқ юзага босишга ҳаракат қилинади. Кўпинча бу ҳолат мушаклар таранглашишини камайтириб, оғрик хуружи зўрайишини олдини олади;

2. Бел оғриғида ётоқ тартиби тайинланади ва ўрин текис ҳамда қаттиқ бўлиши (ўрин тўшаги остига қалин фанер ёки тахталар қўйилади) керак.

Кўкрак қафаси. Кўкрак қафасининг суяк асосини умуртқа поғонасининг кўкрак қисми ва унга тоғай орқали бириккан 12 - жуфт қовурға ҳамда тўш суяги (16-расм) ҳосил қилади. Бу юмшоқ тўқималар билан биргаликда - кўкрак девори дейилади. Кўкрак бўшлиғи - кўкрак девори ва диафрагма (мушак - пайли кўкрак ва қорин оралиғидаги тўсиқ) билан чегараланган соҳа. Ундан қон томирлар ва нервлар, қизилўнғач ва трахея ўтган. Кўкрак бўшлиғидаги кўкс оралиғида перекард билан ўралган юрак ва плевралар ичидаги ўпкалар жойлашган.

Кўкракнинг шикастланиши ёпиқ ва очик (жароҳатлар) бўлиши мумкин. Ёпиқ жароҳатларга лат ейиш, чайқалиш ва босилиб қолишлар киради. Уларнинг барчаси кўкракнинг суяк қисми бутунлигининг бузилиши (қовурға, тўш, умуртқа поғонаси синишлари) ва кўкрак бўшлиғи аъзоларининг шикастланиши (плевранинг йиртилиши, ўпка, диафрагманинг лат ейиши ва йиртилиши) билан кечиши мумкин.

Кўкрак қафасининг лат ейиши, одатда, йўл-транспорт ходисалари билан боғлиқ бўлиб, кундалик турмушда камрок учрайди. Шикастланган жойда тери ости тўқимаси ва қовурғалараро мушакларга қон қуйилиши мумкин. Бу шиш ва оғриқ билан кечиб, пайпаслаб кўрилганда ҳамда нафас олиш ва чиқаришда кучаяди. Жароҳатга совуқ нарса қўйилади. Одатда, бир неча кундан сўнг оғриқ камаяди, тахминан бир ҳафта ўтиб умуман безовта қилмайди.



16-расм. Кўкрак қафаси

Кўкрак қафасини қисилиб қолиши оғир жароҳат бўлиб, иккита қаттиқ жисм орасида қисилиб қолиш натижасида пайдо бўлади, масалан, ўпирилиш вақтида тош парчалари орасида, поезд тузатувчиларда вагонлар орасида. Кўкрак босилиб қолган вақтда ўпкадаги ҳаво қисилади ва унга ўпка тўқимаси, қон томирлари ёки бронхларнинг ёрилиши сабаб бўлади. Бундан ташқари, бўйин, бош томирларида босим кўтарилади, шиллиқ қаватларда, юз терисида ва гавданинг юқори қисмида майда қон қўйилишлар пайдо бўлади. Тўсатдан қучли қисилиш вақтида нафас тўлиқ ёки қисман ушланиб қолади. Оғир ҳолларда йўтал вақтида балғам пайдо бўлади. Қўп ҳолларда беморнинг эс-хуши бузилади. Улар кўкракдаги оғриқ, кулоқ шанғиллаши, товушнинг бўғилиши ёки йўқолиши, эшитиш ва кўриш қобилияти пасайишига шикоят қиладилар.

Кўкрак қисилиб қолишида биринчи ёрдам:

1. Кўкрак қисилиб қолишини бартараф қилиш, масалан буюмлар тагидан чиқариб олиш;

2. Кучли оғриқларда ва нафас қисишда зудлик билан оғриқсизлан-тирувчи дорилар қилиш ва тез ёрдамни чақириш.

Қовурға ва тўш суяги синишлари катта куч таъсирида юзага келади. Улар асоратли ва асоратсиз (қовурғалараро томирлар, плевра ва ўпка шикастланганда) бўлиши мумкин.

Қовурғаларнинг **асоратсиз синишларида** кўкрак лат ейишидан фарқли равишда, ҳаракат қилинганда, нафас олиш ва чиқаришда, шунингдек,, йўтал ва аксиришда кескин оғриқ пайдо бўлади. Кўкракнинг шикастланган қисми нафас олиш вақтида орқада қолади. Қовурғаларнинг кўп сонли синишларида нафас олиш тезлашган ва юзаки бўлади.

Қовурғаларнинг асоратсиз синишларида биринчи ёрдам:

1. Қулай ҳолат ёрдамида тинч вазият (ташқи иммобилизация зарур эмас, чунки у нафас олишни қийинлаштиради) яратиш;

2. Оғриқни камайтириш учун йўтал ёки аксириш вақтида бемор шикастланган жойга қўлини қўйиб қисиши мумкин;

3. Оғриқни камайтирувчи дориларни ичириш (анальгин, баралгин ва бошқалар) ёки мушак орасига ва венага юбориш.

Тўш суягининг алоҳида синишлари тўғри зарба ёки олд-орқа йўналишда босилиш оқибатида юзага келади. Синиш кучли оғриқ билан кечади, нафас олиш вақтида ва пайпаслаб кўрилганда кучаяди. Нафас олиш қийинлашади. Парчаларнинг силжишларини жароҳатдан сўнг дарҳол пайпаслаб аниқлаш мумкин. Кейинчалик қон қуйилиши юзага келади.

Тўш суяги синишига гумон қилинганда биринчи ёрдам:

1. Шикастланган кишини чалқанчасига тахтага (шитли замбил)га ётқизиш;

2. Транспортировкадан аввал оғриқни камайтирувчи дориларни қўллаш ва жароҳат вақтида юракнинг лат ейиши мумкинлигини эътиборга олиб, унга қарши чоралар кўриш (травматик миокард инфаркти);

3. Беморларни травматология бўлимига юбориш.

Қовурғаларнинг асоратли синишлари қовурға, қовурғалараро томирлар, плевра ва ўпкани шикастлайдиган оғир жароҳатларда юзага келади. Бундай жароҳатдан сўнг бемор ўтиришга интилади, чунки бу ҳолат кўкрак қафаси нафас ҳаракатини камайтиради. Жароҳат жойида оғриқдан ташқари ҳаво етишмаслиги қайд қилинади. Тери ранги оқарган, шиллик қаватлар кўқарган, нафас ҳаракатларининг сони кўпаган, нафас олиш юзаки. Балғамда қон аралашмалари бўлиши мумкин. Пульс бир дақиқада 100-110 та. Эҳтиётлик билан пайпаслаб кўрилганда, қор ғирчиллашига ўхшаган ўзига хос товуш қайд қилинади (шикастланган томоннинг териси остида), бу ёпиқ пневмоторакс (плевранинг ташқи ва ички қисми орасида ҳавонинг тўпланиб қолиши)дан далолат беради. Қовурғалар синишида, ёпиқ пневмоторакс плевра бўшлиғида қон тўпланиши билан бирга кечади.

Қовурғаларнинг деразасимон синишлари, айниқса, ҳаёт учун хавфли (масалан йўл-транспорт ҳодисаларида кўкрак рул ҳамбарагига урилиши

натижасида). Бу ҳолда ҳар бир қовурғада иккитадан синиш бўлиб, нафас олишда силжийди ва ички аъзоларни доимо шикастлаб турадиган қовурға қопқоқчалари ҳосил бўлади. Шикастланган киши нафас олишга кўрқади, бўғилиш ривожланади, бўйин томирлари бўртиб чиқади, қон туфлаш кучаяди, тери остида ҳаво тўпланади. Биринчи дақиқаларда у фақат жароҳат жойида қайд қилинади, кейинчалик эса ҳаво бўйинда, юзда, сўнгра коринда ва, ҳатто, сонларда аниқланади.

Қовурғаларнинг асоратли синишларида биринчи ёрдам:

1. Босилиб қолишда шошилишчи равишда чиқариб олиш;
2. Оғриқ қолдирувчи воситалар юбориш;
3. Шошилишчи шифохонага ётқизиш;
4. Шикастланган кишини ўтирган ҳолатда транспортировка қилиш.

Ўмров суяги - елка камарининг жуфт суяги бўлиб, 8 ҳарфининг чўзилган шаклига (17-расм) эга. Ташқи учи кўкрак ўсимтаси (акромиал-ўмров бўғим) билан, ички учи эса тўш (тўш-ўмров бўғими) билан уланади. Икки бўғим ҳам бақувват пайлар билан бирлашган. Ўмров суягининг тўш учига бўйинда жойлашган тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакнинг оёқчаларидан бири маҳкамланади, ташқисига эса - дельтасимон (кўриниши билан эполетни эслатади) ва трапециясимон мушак маҳкамланади. Ўмров суягининг пастки юзасида ўмров остки мушаги жойлашган.

Унинг остидан кўллари иннервациясини таъминлайдиган йирик томирлар ва елка нерв чигаллари ўтади. Ўмров суягининг юзаки жойлашганлиги ва кўллар билан чамбарчас функционал боғлиқлиги унинг тез-тез



17-расм. Ўмров суяги

шикастланишига сабаб бўлади.

Акромиал-ўмров бўғимлари узилишларида ўмров суягининг ташқи учи тери остида тепага қараб туртиб чиқади ва босилганда роял клавишларига ўхшаб тебранади. Елка бўғимидаги фаол ҳаракатлар оғрикли ва чекланган. Шикастланган бўғимлар соҳаси пайпаслаб кўрилганда ҳам оғриқ аниқланади. Биринчи ёрдам оғриқни камайтиришга (оғриқ қолдирувчи препаратлар, масалан анальгин) ва шикастланган кўлни ҳаракатсизлантиришга қаратилган. Бунинг учун кўлни кенг рўмонга осиб олиш мумкин. Беморни ўтирган ҳолатда травматология бўлимига транспортировка қилиш зарур.

Ўмров суягининг тўш учи чиқишларида унинг тўш учи тепага ва олдинга силжиши натижасида тўш-ўмров бўғими соҳасида деформация қузатилади. Бунда елка усти қисқарган, елка бўғимидаги ҳаракатлар оғрикли ва чекланган бўлади. Биринчи ёрдам ўмров суягининг ташқи учи чиқишида ёрдам берилгандек амалга оширилади. Кейинги даволаш жарроҳлик йўли билан амалга оширилади.

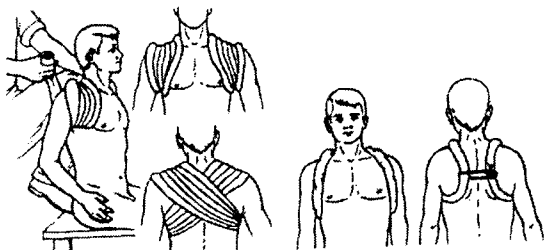
Ўмров суяги синишларида оғриқ, шиш, катталашаётган гематома, суяк синишлари силжиши билан боғлиқ деформация қайд қилинади.

Елка усти қисқарган ва пастга тушган. Қўл функцияси кескин бузилган. Катта силжишли парчаланган синишларда елка чигали шикастланиши хавфи бор. Бундай ҳолда қўл қамчига ўхшаб осилиб туради, нафақат елка бўғимида балки тирсақ, билак ва қўл бармоқлари бўғимларида ҳам ҳаракатлар қийинлашади. Ўмров суяги синишларида йирик томирлар, плевра ва ўпканинг тепа қисми камдан-кам шикастланса ҳам, у қон кетиш, плевра бўшлиғига қуйилган қон оқибатида ўпканинг босилиб қолиши туфайли жуда хавфлидир. Баъзида шикастланган жойдаги қон қуйилиш ўмров ёнидан ўтаётган томирларни қисиб кўяди ва бу қўлдаги қон оқимини қийинлаштиради. Натижада жароҳатдан сўнг қўл кўкаради, кучли шиш ривожланади. Қайд қилинган ҳолларда беморни зудлик билан шифохонага ётқизиш зарур.

Ўмров суяги синишларида биринчи ёрдам:

1. Елка камари ҳаракатсизлантирилиб, шикастланган қўл кенг рўмолга ётқизилади, рўмол бўлмаганда, белбоғ ёки камардан фойдаланилади. Уни эҳтиётлик билан шикастланган томоннинг қўлтиқ чуқурчаси, сўнгра елка бўғими атрофидан ўтказиб, кўрак орасидаги соҳада кесиштирилади (18-расм), шундан сўнг соғ томондаги елка бўғими ўралади. Дока ва камар ёрдамида кураклар бир-бирига яқинлаштирилиб, сўнгра маҳкамланади. Ҳаракатсизлантиришни сакқизсимон бинтли боғич ёки катта рўмол ёрдамида амалга ошириш мумкин. Рўмолни елкага ташлаб, учлари қўлтиқ остидан ўтказилади, битта учи рўмол ўртасидан ўтказилиб (бўйинга), бойланади;

2. Шикастланган киши ўтирган ҳолатда, орқага сал эгилган ҳолда транспортировка қилинади. Унга олдинга эгилиш тавсия қилинмайди, масалан, машинага ўтираётганда (бунда суяк синишлари қўшимча силжиши мумкин).



18-расм. Ўмров суяги синишларида боғлам қўйиш

Елка бўғими - шарсимон бўлиб, елка суягининг бошчаси ва кўракнинг бўғимли юзасидан ҳосил бўлган. Унинг ҳаракат ҳажми катта, келтириш, қайтариш, эгилиш, тўғрилиниш, айланиш ва айланма ҳаракатлардан иборат. Елка бўғими кўкрак чуқурчаси четларидан елка суягининг бўйнигача келувчи бўғим халтаси билан ўралган. Бўғим капсуласи пай ва ўраб турувчи мушаклар билан маҳкамланган. Мушаклар ва пай елка суягининг

бошчасини бўғим чуқурчасида мустаҳкам ушлаб туради. Бўғимнинг олд ташқи юзасида мушаклар йўқ. Бу ерда кўпинча капсуланинг йиртилиши ва елка суяги бошчасининг чиқиши содир бўлади. Бўғим атрофида бўғим бўшлиғи билан боғланувчи бир нечта синовиал халталар жойлашган. Жароҳатларда ва баъзи касалликларда уларда қон ёки суюқлик тўпланиши мумкин (бурситлар). Елка бўғими қон билан ёнидаги артериялардан таъминланади, елка чигали таркибидаги нервлар билан иннервацияланади.

Елка бўғимининг лат ейиши ва чўзилишлари (капсуланинг йиртилиши) кўпроқ учрайди, улар оғрик, шиш ва ҳаракатлар чекланиши билан кечади. Кўпинча бўғимни ўраб турувчи тўқималарга қон қуйилиши кузатилади. Юмшоқ тўқималарнинг барча ҳолатларида биринчи ёрдам тинч ҳолат яратиш (рўмол туридаги юмшоқ боғлов), совуқ нарса қўйиш (биринчи кунларда)дан иборат. Агар бўғимнинг функцияси бир неча кундан сўнг ҳам бузилган ҳолда қолса, уни ўраб турувчи мушаклар шикастланганлиги эҳтимоли юқори. Ташхисни аниқлаш учун беморни травматология бўлимига ётқизиш зарур. Чунки фақат қўшимча текширишлар (ультратовуш, рентген ва бошқалар) ёрдамида тўғри ташхис қўйиш мумкин.

Елка суяги бошчасининг чиқиши. Елка суяги бошчасининг чиқиши барча чиқишлар ичида энг кўп (50-60%) бўлиб. Ўнг ва чап томонда бир хилда учрайди. У кўпроқ 20-50 ёшдаги эркаларда кузатилади. Кўпроқ олдинга (98%), жуда кам ҳолларда орқага чиқиш қайд этилади.

Елка бўғимида қуйидаги асосий ҳаракатлар бўлади:

- елка суягининг олдинга ва орқага ҳаракати;
- елкани танадан узоқлаштириш ва яқинлаштириш;
- елка суягининг ичкари ва ташқарига бурилиши;
- айланма ҳаракат.

Елка суяги чиқишларидаги клиник белгилар унинг барча турлари учун характерлидир. Чиққан кўл кўпинча ёзилган ва осилган. Бемор мажбурий ҳолатда, яъни жароҳатланган елка осилган, бир оз олдинга чиққан, бош жароҳатланган томонга бурилган, тирсак бўғимида букилган ва бемор соғ кўли билан билақдан тутган ҳолатда бўлади. Чиққан соҳа кўрилганда, деформацияланган, шишган, бир оз ботган, қон қуйилишлар аниқланади. Бемор оғриқ кучлилигидан шикоят қилади, умуман фаол ҳаракатлар қилмайди, ҳатто пассив ҳаракатда ҳам оғриқ кучаяди. Бўғим атрофи мушаклари, айниқса, дельтасимон тортилиши кучайган. Елка суяги бошчасининг силжиши оқибатида елка чигали эзилиши мумкин, бунда бармоқлар терисида кўкариш, рангпарлик, сезувчанликнинг камайиши ва парестезия кузатилади. Юқорида айтиб ўтгандай, бу ҳолатларда синишлар ҳам кузатилиши мумкин. Шунинг учун рентген текширувини албатта ўтказиш керак.

Елка суяги чиқишини даволашда бемор биринчи навбатда, оғриқсизлантирилади ва мушакларни бўшаштириш керак бўлади. Оғриқсизлантириш мақсадида ингичка узун нина орқали чиққан соҳага

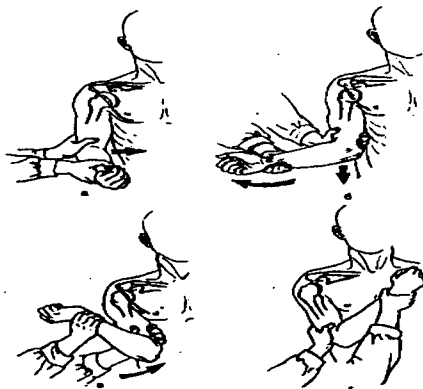
асептик ҳолатда 20-30 мл. 2% новокаин юборилади. Бемор соғ томонга ётқизилади ва 10-15 минут анестезия таъсир қилганча кутилади. Ундан сўнг куйидаги усуллардан биридан фойдаланган ҳолда бўғим жойига солинади.

Гипократ-Купер усули - бунда врач беморга қарама-қарши ўтиради ва қўл кафтидан маҳкам ушлайди ҳамда ўз ўқи бўйича тортади, ёрдамчи врач қўлтиқ остидан босади. Врач секин-аста тортишни кучайтиради ва маълум вақтдан кейин бошча бўғимга тушади.

Кохер усули - ушбу усул елка суяги олдинга чиққанда қўлланилади. Бунда бемор ўтирган ҳолатда бўлиб, чиққан қўл стол киррасидан ташқарига чиқиб туриши лозим. Бу усул 4 та босқичдан иборат бўлиб, улар куйида келтирилган:

- **биринчи босқич** - врач бир қўли билан билакнинг пастидан ушлайди, иккинчиси билан чиққан тирсакдан тутиб, тўғри бурчаккача букади ва аста-секин кўкракка олиб келади, ёрдамчи куракдан ушлаб туради (19-расм а);

- **иккинчи босқич** - врач елка суягини тортишни бўшаштирмасдан кўкракка ёпиштириб, елкани аста-секин ташқарига буради. Бунда елка суяги бошчаси бўғим юзасида олдинга бурилади (19-расм.б);



19-расм. Кохер усули бўйича елка бошчасини жойига солиш.

а) биринчи босқич;

б) иккинчи босқич;

в) учинчи босқич;

г) тўртинчи босқич

- **учинчи босқич** - врач елка суягининг ташқарига буралган ҳолатини сақлаб, тортишни кучайтиради ва билак суякларини аста-секин юқорига ва олдинга кўтаради. Тирсак бўғими ҳам танага ёпиштирилган ҳолатда юқорига кўтарилади. Бу пайтда елка суяги бошчаси капсулани йиртилган соҳасига тўғри келади ва кўп ҳолларда бошча шу босқичда жойига тушади (19-расм.в);

- **тўртинчи босқич** - врачнинг бир қўли билакни, иккинчиси тирсакни ушлаб турган ҳолатда билакни ричаг сингари ичкарига буради. Шунда бемор кафти кўкрак қафасига урилади. Шу вақтда елка суяги бошчаси жойига тушади, агар жойига тушмаса, қалтис ҳаракат қилмасдан ҳаракатлар қайта такрорланади (19-расм.г).

Джанелидзе усули - бемор маҳаллий анестезия ўтказилгандан сўнг, ёнбош билан чиққан қўлини осилтирган ҳолатда бошига қаттиқ ёстик қўйиб ётқизилади ва шу ҳолатда 10-20 дақиқа кутилади. Бундан мақсад елка камари мушакларини бўшаштиришдир. Шундан кейин врач бемор олдида туриб, букилган тирсак ва билакдан ушлаб айланма ҳаракат билан пастга босади ва елка суяги бошчасини жойига туширади (20-расм).



20-расм. Джанелидзе усули бўйича елка бошчасини жойига солиш. а) биринчи босқич; б) иккинчи босқич

Елка суяги жойига солингандан кейин 2 - 3 ҳафта гипс боғлами қўйилади. Чиқиш бартараф қилингандан кейин, албатта рентген текшируви ўтказилиб, суякда синиш бор ёки йўқлигини аниқлаш лозим. Бир ҳафтадан кейин беморга физиотерапия муолажаларини буюриш мумкин. У бир ой жисмоний ишлардан озод қилинади ва меҳнат фаолиятини 30-35 кунлардан сўнг бошлаш мумкин бўлади.

Елканинг одатий чиқишларида ҳам у бартараф қилингандан сўнг беморга бир неча кунга юмшоқ боғлов қўйилади. Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан амалга оширилади.

Кучли қон кетиш билан кечадиган **елка бўғими соҳасининг очик шикастланишларида** биринчи ёрдам қўлтиқ соҳасига қон тўхтатувчи жгут қўйишдан бошланади. Жароҳатга стерил бинт боғлади, уни маҳкамлаш учун найсимон бинт қўлланилади.

Елка – қўлларнинг елка ва тирсак бўғимлари орасида жойлашган қисми. Елка суяги унинг суякли асоси ва унга мушаклар маҳкамланади. Мушакларнинг олд гуруҳи (икки бошли ва елка мушаклари, шунингдек, кўракнинг тумшуксимон ўсимтасидан елкага борадиган мушаги) ва орқа гуруҳи (елканинг уч бошли мушаги) фарқланади. Олд томонда букувчи орқа томонда ёзувчи мушаклар жойлашган. Елка мушаги тагида елка артерияси, унга ҳамроҳ веналар, шунингдек, нервлар ўтади. Лимфа суяқлигини қўлтиқ ости лимфа тугуналари тўплайди.

Елка юмшоқ тўқималарининг лат ейиши оғриқ, мушаклар фаолиятнинг бузилиши билан кечади. Тери ости ёки мушаклараро

гематома юзага келиши мумкин. Биринчи ёрдам - тинч ҳолат яратиш ва совуқ нарса қўйиш буюрилади. Шикастланган қўлни кенг рўмолга ўраш етарли. Шиш пайдо бўлганда, қўлга юқори қўтарилган ҳолат яратилади. Баъзида кучли лат сийишларни мушак, пай ва суяк синиқлари силжимаган суяк синишларидан фарқлаш қийин. Ташхисни аниқлаш учун махсус текширишлар (рентгенография, УТТ) ўтказилади. Кучли оғрикларда оғрик қолдирувчи воситалар (анальгин ва бошқалар) бериш мумкин.

Баъзи вақтларда елкани қоплаб турувчи мушак пардаси йиртилади. Биринчи ёрдам сифатида шикастланган жойга босувчи боғлов қўйилади.



21-расм. Елка камари
ва қўл суяклари

Елка мушаги йиртилганда (кўпинча икки бошли) шикастланган киши ўзига хос қарсиллаш товушини эшитиши мумкин, сўнгра эса ҳаракатлар оғрикли ва сусайган бўлади. Икки бошли мушакнинг узун бошчаси пайлари узилганда, жароҳатдан сўнг дарҳол елка бўғми фаолияти (билак елканинг эгилиши) бузилмайди. Бир оз вақт ўтгандан сўнг елканинг тепа учдан бир - дельтасимон мушакнинг олд қисмида қисқарган мушакнинг ботиши ва бўртган айлана пайдо бўлади. Бундай ҳолларда қўл рўмолга жойлаштирилиб, шикастланган киши зудлик билан травматология

бўлимига юборилади. Билакда маҳкамланган пай узилганда (билакнинг эгилиши), функция анча бузилади.

Елка юмшоқ тўқималари шикастланганда биринчи ёрдам:

1. Шикастланган қўлни тирсакда букиш;
2. Рўмол ёки кенг бинт ёрдамида қўлни осиб қўйиш;
3. Шикастланган кишини шифохонага жўнатиш.

Бундай шикастланишлар фақат жарроҳлик йўли билан даволанади.

Елка суягининг синишлари очик ва ёпик бўлиши мумкин. Елка суяги юқори учининг жарроҳлик бўйинчаси даражасида тана (ўртача учдан бири) ва қўлтиқ усти (билак бўғми устида пастки учдан бири) синишлар кўпроқ учрайди. Текширишда елка деформацияси, унинг у ёки бу қисмида турғун бўлмаган ҳаракатчанлик, оғрик ва функциянинг кескин бузилиши қайд қилинади. Елка суяги бўйинчаси синишлари уларнинг силжишисиз ва силжиши билан бўлиши мумкин. Силжишсиз синишларда суяк тўқимасининг сиқилиши юз беради (елканинг бир учи иккинчисига ботади). Бу ҳолда елка ўқи сақланади (деформация йўқ), елка бўғми функцияси мавжуд, лекин чекланган. Елка бўғми пайпаслаб кўрилганда, ўртача оғрик пайдо бўлади, елка ўқи енгил босилганда (тирсакка) синган жойда оғрик кучаяди. Силжиш билан кечувчи суяк синишларида кескин оғрик, елка бўғми функциясининг бузилиши, елка суягининг юқори учдан бир қисми

даражасида турғун бўлмаган ҳаракатчанлик, елка ўқининг қисқариши ва бузилиши юз беради. Ташхисни аниқ тасдиқлаш учун рентгенография ўтказиш зарур.

Биринчи ёрдам кўрсатаётган вақтда барча муолажаларни жуда эҳтиёткорлик билан бажариш зарур, чунки сиқилган суяк синиклари осон ажралиб кетиши оғриқни кучайтирибгина қолмай, балки келгусидаги даволашни қийинлаштиради. Оғриқни камайтириш учун шикастланган кишига 1-2 та анальгин таблеткасини бериш ёки уни мушак орасига юбориш тавсия қилинади. Шикастланган қўлни ҳаракатсизлантириш учун стандарт ёки жойида тайёрланган шиналар ишлатилади, улар бўлмаганда эса гавдага бинтланади ва шифохонага юборилади. Бемор ўтирган ҳолатда транспортировка қилиниши лозим. Юрак-томир ва нафас тизими аъзоларининг оғир касалликлари (юракнинг оғир аритмияси, бронхиал астма) бор беморларга шина қўйиш тавсия қилинмайди, чунки бу ҳолат уларнинг аҳволини ёмонлаштириши мумкин.

Елка суягининг ўрта учдан бир қисми синганда елка деформацияси, унинг қисқариши ва қўл функциясининг бузилиши кузатилади. Суяк синган жойда қон қуйилиш ва букилган тирсак секин уриб ва пайпаслаб кўрилганда, кескин оғриқ қайд қилинади. Биринчи ёрдам шикастланган қўлни Крамер шинаси билан маҳкамлаш ва у қарама-қарши куракка етиб туриши зарур. Қўл ҳаракатсизлантирилгандан сўнг шикастланган киши шифохонага юборилади.

Елка суягининг пастки учи синганда, тирсак бўғими ва елканинг пастки учдан бир қисми соҳасида деформация аниқланади. Билак букилганда, тирсак ўсимтаси орқага туртиб чиқиб, тепасида чуқурча ҳосил бўлади. Пайпаслаб кўрилганда, тирсак букилган жой тепасида қаттиқ дўнглик аниқланади. Тирсак бўғимидаги ҳаракатлар оғриқли. Бундай суяк сичишларининг оғир асорати шикастланиш чегарасидан ўтувчи томирларнинг босилишидир. Бу асорат кўкариш, бармоқлар шиши, билак ва панжанинг увушиб қолиши билан кечади. Елка суяги пастки учининг мураккаб бўлмаган синишида Крамер шинаси ёрдамида ҳаракатсизлантирилади. Қон айланиши бузилганда, шинани маҳкамлаб турган бинт бўшатилади. Шикастланган кишини зудлик билан шифохонага олиб бориш зарур.

Елка соҳасининг очик синишларида биринчи ёрдам қон кетишини тўхтатишдан бошланади. Артериал қон кетишда қон тўхтатувчи жгут қўйилади. Дастлаб елка артерияси елка суягига тепа учдан бир қисмига, икки бошли мушак четига босиб қўйилади. Қон тўхтагандан сўнг жароҳатга стерил боғлам қўйилиб, сўнгра қўл шина ёрдамида ҳаракатсизлантирилади.

Шиналаш зинапоясимон шина (Крамер шинаси туридаги) ёрдамида амалга оширилади ва қўйилишдан аввал пахта билан (22-расм) ўралади. Шина шикастланган қўлнинг орқа юзаси бўйича панжа фаланга бўғимларидан (бармоқлар бўш туради) соғ томоннинг елка устигача

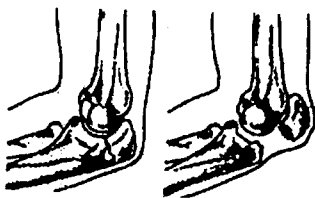
қўйилади. Елка олдинга чиқарилади (тахминан 30 градусгача) ва гавдадан бир оз четлаштирилади (бу мақсадда қўлтиқ чуқурчасига пахта-докали валик қўйилади). Билак тирсак бўғимида 90 градусга букилади ва ўртача ҳолатда ўрнатилади (уни ичкари ёки ташқарига ўгириш ярамайди). Шундан кейин шина юмшоқ докали бинт билан қўлга маҳкамланади. Қўл рўмолга осиб қўйилади ёки гавдага бинт ёрдамида маҳкамланади.



22-расм. Елка соҳасига шина қўйиш

Боғловлар. Елка шикастланганда биринчи ёрдам кўрсатишда бингли ёки найсимон бингли боғловлардан фойдаланилади. Унча катта бўлмаган жароҳатларда ёпишқоқ пластирли боғловлар қўйилади. Елка ёки тирсак бўғимини бир вақтнинг ўзида боғлаш зарурати бўлмаганда, елкага спирал боғловни қўйиш мумкин.

Тирсак бўғими елка суяги ва билак суяқларини бирлаштиради ва 3 та бўғимдан иборат: елка-тирсак (бу ерда билакнинг букилиши ва ёзилиши содир бўлади), елка-билак (бу ерда билак суяги букилади ва ёзилади ҳамда айланади), билак-тирсак (бўғимда билак суягининг айланиши, билакнинг ташқарига ва ичкарига бурилиши (супинация ва пронация)) (23-расм). 3 та бўғимнинг ҳаммаси битта бўғимли капсулага киритилган ва ён томондан бойламлар ёрдамида маҳкамланган. Бўғим елка артериясидан қон билан таъминланади. Амалиётда тирсак бўғимининг шикастланиши кўп учрайди.



23-расм. Тирсак бўғими

Лат ёйишда юмшоқ тўқималарга, бўғим ёнида жойлашган синовиал халтага, камдан-кам ҳолатда бўғим бўшлиғига (гемартроз) қон қуйилиши унинг орқа-ички юзасига зарба тушганда эса тирсак перви функцияси бузилиши кузатилади. Шунингдек, қўлнинг IV ва V бармоқларига ўтувчи кескин оғриклар пайдо бўлиши мумкин. Бўғим жуда кучли ёзилганда (масалан, теннис ўйнаётганда, найза отганда, тош кўтарганда), кичик жароҳатлар

(микротравма) пайдо бўлади ва улар капсула ва бойламнинг йиртилиши, гемартроз билан кечади. Лат ёйишда биринчи ёрдам – бўғим учун тинч ҳолат яратиш (қўл рўмолга жойлаштирилади). Оғир жароҳатга шубҳа қилинганда, шина қўйилиб, шикастланган киши шифохонага юборилади.

Капсуланинг ички қисми ва ён томондаги бойлам шикастланганда, бўғимнинг ички томонида шиш тери остига қон қуйилиши мумкин. Кўздан кечирганда, билак соғ томонга қараганда ташқарига кўпроқ туртиб чиқади. Бундай ҳолларда шикастланган бўғимни албатта шиналаш ва беморни зудлик билан шифохонага юбориш зарур.

Тирсак бўғимида билак чиқишлар, одатда, қўл очилган ҳолда йиқилганда юзага келади ва кўпинча орқа чиқишлар кузатилади. Жароҳатдан сўнг бўғим соҳасининг деформацияси қайд қилинади. Тирсак ўсимтасидан юқорироқда чуқурча ҳосил бўлиб, ҳаракатлар кийинлашади. Кўп ҳолларда бўғим чиқиши томир ва нервларнинг шикастланиши ёки босилиб қолиши билан кечиши мумкин. Бунда панжа ва билак соҳасида кўкариш, шиш, увушиб қолиш қайд қилинади. Биринчи ёрдам бемор қўли қандай ҳолатда бўлса, шундай ҳолатда ҳаракатсизлантириш. Қўлнинг ҳолатини ўзгартириш ёки жойига тушириш ман этилади. Чунки бу ҳаракатлар бўғимнинг янада оғирроқ жароҳатига олиб келиши мумкин. Тўқималарнинг шиши ривожланишини олдини олиш учун қўлни секинлик билан юқорига кўтариб, муз солинган халта қўйиш зарур.



24-расм.



3-4 ёшли болалар қўлидан тортилганда, билак суяги бошчаси пронацион чиқиши мумкин, бу пайтда қўлда кескин оғриқ юзага келади, тирсак бўғимида ҳаракатлар чекланади. Суяк чиқишининг пайдо бўлиши механизми 24 - расмда кўрсатилган. Биринчи ёрдам қўлни рўмолга жойлаштиришдан иборат,

шундан сўнг бола травматология пункти ёки касалхонага олиб борилади.

24-расм. Тирсак бўғимидаги синишларда ва синиб-чиқишларда шикастланган киши кучли оғриқни сезади, бўғим тез катталашади, шишади, ҳаракатчанлиги бузилади. Биринчи ёрдам - шина қўйиб, ҳаракатсизлантиришдан иборат. Сўнгра қўл рўмолга жойлаштирилади ва шикастланган киши шифохонага юборилади.

Тирсак бўғими соҳасининг очик шикастланишида жароҳатга аввал стерил боғлов қўйилиб, сўнгра шиналанади.

Билакнинг чиқиши. Тирсак бўғимида чиқишлар 18-27% ни ташкил қилади ва кўпинча, қўл тирсак бўғимида тўлиқ ёзилган ҳолатда йиқилишдан юзага келади ҳамда қуйидагилар кузатилади:

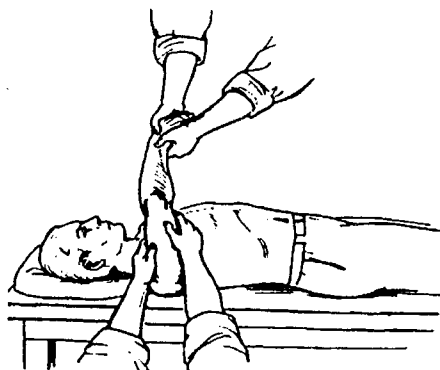
- билак иккала суягининг чиқиши;
- фақат битта билак суягининг чиқиши;
- битта тирсак суягининг чиқиши.

Аксарият ҳолларда иккала билак суягининг орқага чиқиши (90%) ва битта билак суягининг олдинга чиқиши учрайди. Билак чиқишининг бошқа турлари амалиётда жуда кам кузатилади.

Билакнинг орқага чиқишида ташхис тирсак бўғими деформациясига асосланиб қўйилади. Бўғим катталашган, оғриқли, билак ярим ёзилган мажбурий ҳолатда туради. Бемор фаол ҳаракатлар қила олмайди,

пассивларида эса пружинасимон қаршилик кузатилади. Олдиндан каралганда, билак соғлом томонига нисбатан калта. Тирсак ўсиғи меъёрига нисбатан орқага кўпроқ бўртиб, Гюнтер чизигидан орқада ва юқорида туради. Тирсак бўғимининг ички томонидан елка эпифизи пайпасланади.

Билак суякларини орқага чиқиши. Билак орқа томонга чиққанда, умумий оғриқсизлантириш билан ўрнига тушириш мақсадга мувофиқ. Бемор столда чалқанчасига ётқизилади. Қўл елка бўғимида очилган ва тирсакда букилган бўлиб, билак вертикал ҳолатда ушланади. Шифокор бош бармоқларини тирсак ўсиғига қараб босади. Шу пайтда ёрдамчи билакдан тортиб, уни тирсак бўғимида букади. Ўрнига туширгач, рентгенография қилинади. Ўткир бурчак остида букилган тирсак бўғимигача орқа томондан 7 кун гипс лонгетаси қўйилади ва кейин иситувчи муолажалар билан даволаш жисмоний тарбияси ўтказилади. Меҳнат қобилияти 20-30 кунларда тикланади.



25-расм. Билак суякларининг орқага чиқишини жойига солиш

Билак суяги бошчасини чиқиши. Шу ҳолатда қўл орқа гипс лонгетаси билан 10-12 кунга иммобилизация қилинади. Ёпиқ усулда чиқишни ўрнига тушириб бўлмаса, унда жарроҳлик усулидан фойдаланилади. Суякларни жойига солгандан сўнг, билак тўғри бурчак остида букилади ва қўлтиқ остидан бармоқларгача орқа гипсли боғлам қўйилади. 2-3 кундан сўнг қўл гипсли лонгетадан ечилиб, тирсак бўғимида секинлик билан букувчи ва ёзувчи ҳаракатлар кунда бир неча марта бажарилади. 10-12 кундан сўнг лонгета батамом олиниб, тўлиқ ҳажмда ҳаракатлар бажаришга рухсат берилади, елка ва билак массажи буюрилади. Лекин тирсак бўғимини массаж қилиш мумкин эмас. Баъзи ҳолларда (бўғимда юмшоқ тўқималар, суяк бўлаклари қисилиб қолганда) ёпиқ усулда чиқишни бартараф қилиш имконияти бўлмайди. Бунда чиқиш жарроҳлик йўл билан бартараф қилинади. Эскирган чиқишларда ҳам жарроҳлик усули қўлланилади.

Билакнинг олдинга чиқиши.

Уни ўрнига тушириш учун елка ва тирсак бўғимларини букиш керак. Шифокор ёрдамчиси панжа ва билакдан ушлаб, қўлни секин узунасига тортади ва секин букади, шу пайтда врач биринчи бармоқларини бўртиб турган елка суягининг дистал қисмига жойлаштириб, уни олдинга, проксимал йўналишга кўтаради, бир пайтнинг ўзида бошқа бармоқлар ёрдамида билакнинг орқага, дистал томонга (25-расм) суради. Чиқишни ўрнига туширишдан олдин ва кейин рентгенологик назорат қилиш шарт.

Билак суякларининг олдинга чиқиши тирсак ўсиғини синиши билан асоратланганда, чиқиш бартираф қилингандан сўнг, тирсак бўғими ёзилган ҳолатида гипсли лонгета билан маҳкамланади ва бир неча кундан сўнг жарроҳлик йўли билан синиш бартираф қилинади.

Билак суякларининг алоҳида ичкарига ёки ташқарига чиқиши кам учрайди, кўпинча олдинга ёки орқага чиқиши билан бирга кузатилади.

Билакнинг ёнга чиқиш белгилари яққол бўлмаганлиги сабабли, ташхислаш ҳам қийинчилик туғдиради. Бундай чиқишларда билак бир оз букилган ҳолатда бўлиб, елка ва билак ўртасида ичкарига ёки ташқарига очилган бурчак ҳосил бўлади. Аниқ ташхис рентгенография ёрдамида қўйилади. Билакнинг ён томонга чиқишини жойига солиш тўлиқ оғриқсизлантириш остида олиб борилади. Билак бармоқлардан тортилиб чиққан томондан қарама - қарши томонга итарилади. Қайта рентгенография қилинади. Юмшоқ тўқималар, синган ички дўмбоқ бўғимда сиқилиб қолганда, чиқишни бартираф қилиш имконияти бўлмайди. Бундай ҳолларда жарроҳлик йўли билан чиқиш бартираф қилинади.

Билак суякларининг ажралган чиқишида тирсак суяги орқага, билак суяги олдинга чиқиб, улар орасига елка суяги қириб қолади. Бундай чиқишлар жуда кам учрайди. Улар катта куч таъсирида юзага келиб, бунда ташқи ва ички ён бойламлар, узуксимон бойлам, бўғим капсуласи тўлиқ шикастланади. Қўл тўлиқ ёзилган ҳолатда бўғим шишган ва билак калталашган бўлади. Орқа томонда тирсак ўсиғи юқорида жойлашади, чуқур пальпацияда олд томонда билак суяги бошчаси аниқланади. Фаол ва пассив ҳаракатлар оғриқли. Якуний ташхис рентгенография ёрдамида қўйилади.

Чиқишни бартираф қилиш умумий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш капсула жароҳатланганлиги сабабли самарасиз. Травматолог чиққан тирсак суягини жойига солади. Қўл орқа гипсли лонгета билан 10-12 кун маҳкамланади. Кейинчалик фаол ва пассив ҳаракатлар буюрилиб, унинг ҳажми оширилиб борилади ва 4-5 ҳафтадан сўнг йиртилган капсула тикланади.

Билак суяги бошчасини чиқиши. Билак суяги бошчаси олдинга (энг кўп учрайди), орқага ва ташқарига чиқиши мумкин ва ёш болаларда кўпроқ учрайди. Кўрилганда, қўл пронация ҳолатида ва бир оз букилган. Букувчи ҳаракатлар чекланган. Билак суяги бошчаси юқорида ва олдинда пальпацияланади. Ташхисни тасдиқлаш учун рентген текширишини ўтказиш шарт. Чиқиш умумий ёки маҳаллий оғриқсизлантириш остида бартираф қилинади. Елка супинация ҳолатида маҳкамланади. Травматолог бемор кафтидан ушлаб тортади ва билакка тўлиқ супинация беради. Иккинчи қўл билан билак суяги бошчасига босилади. Жойига солинганда, ўзига хос «шилқиллаш» эшитилади ва тирсакда ҳаракат тикланади. Ундан сўнг орқа гипсли лонгета билан тирсак бўғими 90-80 градусда букилган ҳолатда 3-4 ҳафта маҳкамланади.

Афсуски, барча ҳолатларда чиққан билак суяги бошчасини консерватив усулда жойига солиш имконияти йўқ. Бундай ҳолларда жарроҳлик усулидан

фойдаланилади. Билак суяги бошчасининг чиқиши кўпинча тирсак суяги юқори учлигидан синиши билан бирга учраши мумкин.

Шиналаш елка суяги шикастланганда шиналангани каби амалга оширилади.

Боғловлар. Тирсак бўғими соҳасига рўмолли, бинтли боғловлар қўйилади ёки найсимон бинтдан фойдаланилади. Бинтли боғловлардан одатда, саккизсимон боғлов қўлланилади. Бўғимни ҳар томонлама ёпиш зарур бўлганда, тошбақа боғлови қўйилади. У тирсакка қўйилган спирал боғловнинг давоми ва тирсак бўғимига мустақил қўйилган боғлов бўлиши мумкин.

Тирсак бўғимига тарқалувчи тошбақасимон боғловни қўйиш. Кўп ҳолларда тарқалувчи тошбақасимон боғлов қўйилади, бунда бинтлаш тирсак бўғими ўртасидан айланма давралар билан бошланади, бу ердан бинт давралари сиртқи томон бўйлаб тарқалади ва аввалги ҳар бир даврани 2/3 га ёпади.

Йиғилувчи тошбақасимон боғлов қўйилганда, маҳкамловчи айланма давралар бўғимдан пастроқ қилинади, сўнгра бинт тирсак букилган жойи орқали қиялатиб, елканинг орқа юзасига тирсак бўғимидан юқорирокқа олиб борилади, уни эгиб, яна тирсак букиғи орқали бинтнинг биринчи айланма даврасига қайтилади. Кейинги давралар секин-аста марказга яқинлашиб, бўғимнинг букиладиган юзасида кесишади. Бундай боғлов тирсак бўғимида 90 градусли бурчак остида букилган қўлга қўйилади.

Билак - қўлнинг тирсак ва билак панжа бўғимининг орасида жойлашган қисми. Билак скелети тирсак ва билак суягидан ҳосил бўлган. Бу суяклар ўзаро суяклараро парда билан боғланган, учлари бўйлаб ҳаракатли бўғимлар - тирсак бўғими ва билак бўғимини ҳосил қилади. Билакда кўп мушаклар жойлашган. Уларнинг бир қисми елка суягининг ташқи қўлтиқ устидан бошланади ва билак ёки қўл панжасида маҳкамланади (орқа гуруҳ-ёзилувчи мушаклар), иккинчиси эса ички қўлтиқ устидан бошланиб, худди шундай билак ёки қўл панжасида маҳкамланади (олд гуруҳ-букилувчи мушаклар). Билакда бармоқлар ҳаракатланишида, унинг ташқарига ва ичкарига бурилишида, панжанинг бурилишларида иштирок этувчи бошқа мушаклар ҳам мавжуд. У қон билан билак ва тирсак артерияларидан таъминланади, қон оқими эса юзаки ва чуқур веналардан ўтади. Билак мушаклари ўрта, тирсак ва билак нервлари билан, билакдаги ёзилувчи мускуллар билан нервлари билан, букилувчи мушаклар эса ўрта нерв билан иннервацияланади.

Билакнинг ёпиқ шикастланишларида (лат ейишда) биринчи ёрдан - тинч ҳолат ва бир неча кун совуқ нарса қўйиш. Агар лат ейиш билак орқали ўтувчи нерв функцияси бузилиши билан кечса, унинг турли хил бузилишлари юзага келади.

Билак нерви шикастланганда - қўл-бармоқларининг осилиб қолиши, I-II бармоқлар ички юзалари сезувчанлигининг йўқолиши кузатилади.

Бемор бу бармоқларини тўлиқ ёза олмайди ва тез орада тенар соҳасининг атрофияси кузатилади. Билак нервининг шикастланиши кўпинча елка суягининг дистал қисми синишларида вужудга келади.

Тирсак нерви шикастланганда - IV ва V бармоқлар букилмайди, унинг тирноқ фалангалари ёзилмайди, натижада тирноқлари ўткир панжа ривожланади. Жимжилоқ жойлашган панжа томонида ва IV бармоқнинг ярмида, V ва IV бармоқнинг орқа томонида ва III бармоқнинг ярмида сезиш хусусияти йўқолади.

Ўрта нерв шикастланганда - I бармоқни қаршига ҳаракатлантириш имкони бўлмайди, панжанинг I бармоқ жойлашган томонида, I ва III бармоқлар ҳамда IV бармоқнинг ярмида, шунингдек, II ва III бармоқларнинг тирноқ фалангаларида сезиш хусусияти йўқолади. Билак нерви шикастланганда, панжа осилиб қолади ва фалажлик юзага келади. Лат ейишда нерв функциялари бузилиши камроқ учрайди, кўпинча бу билак шикастланганда ёки суяк синганда кузатилади.

Нервларнинг (суяк синмасдан) ёпиқ шикастланишларида биринчи ёрдам:

1. Шикастланган аъзо учун тинчлик яратиш;
2. Совуқ нарса кўйиш;
3. Баланд ҳолат (нерв ҳолатини ёмонлаштирувчи шишнинг олдини олиш учун);
4. Шифохонага олиб бориш.

Билак юмшоқ тўқималари шикастланганда, бармоқ фаолияти бузилиши (букилиш, ёзилиш) билан кечувчи пайлар зарарланиши мумкин. Биринчи ёрдам - стерил боғлов кўйиш, шина ёрдамида ҳаракатсизлантириш, жароҳатни жароҳлик йўли билан тозалаш ва пайларнинг бутунлигини тиклаш учун шифохонага олиб бориш. Баъзи ҳолларда бир вақтнинг ўзида нервлар ҳам шикастланади (масалан, билақдан сал юқорироқ шиша ёки пичоқ билан жароҳатланганда). Биринчи ёрдам ҳажми ўзгармайди. Пайлар ва нервлар шикастланиши билан бир вақтда йирик томир шикастланса ва артериал қон кетса, жароҳатга қисиб турадиган боғлов кўйилади, сўнгра эса қўл ҳаракатсизлантирилади. Транспортировка вақтида билак баланд жойлаштирилади. Боғлов қон билан қаттиқ намланганда уни тўхтагувчи жгут кўйилади.

Билак суяги синишлари очик ва ёпиқ, битта ёки иккита, силжиб ёки силжимасдан синишлар бўлиши мумкин. Битта суякнинг силжимасдан ёпиқ синишини қаттиқ лат ейишдан фарқлаб олиш жуда қийин. Ташхисни аниқлаш учун рентгенография зарур. Биринчи ёрдам суяк синишдаги каби кўрсатилади. Қўл шина ёрдамида ҳаракатсизлантирилади, рўмолга жойлаштирилади ва шикастланган киши шифохонага жўнатилади. Билакнинг иккита суяги синганда деформация, шиш, ҳаракатлар бузилиши, шикастланган жой пайпаслаб кўрилганда оғрик, ностабил ҳаракат қайд қилинади. Синиқлар қанча кўп силжиган бўлса, деформация шунча кучли намоён бўлади. Биринчи ёрдам шиналаш ва шифохонага жўнатишдан иборат.

Амалиётда билак суягининг пастки учи синишлари кўпроқ учрайди. Шикастланишдан сўнг билак бўғимидан сал юқорироқда кафт юзасида деформация ва бўртган жой, шиш, пайпаслаб кўрилганда, оғриқ пайдо бўлади. Панжа бармоқлари функцияси бузилади, фаол ҳаракатлар қийинлашади. Биринчи ёрдам синган жойни симли ёки фанерли шина ёрдамида ҳаракатсизлантиришдан иборат, шундан сўнг шикастланган киши шифохонага юборилади.

Шиналаш. Билак шикастланганда шиналаш қуйидагича амалга оширилади. Билак суяги синганда, билак бўғими яқинида панжага ярим букилган ҳолат яратилади, қўлга дока билан ўралган пахта берилади. Дока ва пахтадан ясалган таглик бутун шина бўйлаб жойлаштирилади. Шина кафт ёки ташқи юзага тирсак бўғимигача қўйилади ва бинтнинг спирал давралари билан маҳкамланади.

Боғловлар. Билакка қўйиладиган боғловлар болдирга қўйиладиган боғловлар сингари бажарилади.

Билак кафт бўғими билак суяги тоғай қисми ва кафтнинг биринчи қатор суякларидан таркиб топган (қайқсимон, ярим ой ва уч қиррали). Бу ерда букилиш, ёзилиш, айланма ҳаракатлар бажарилади. Бўғим халтага жойлашган. Унинг кафт юзасида букилувчи, ташқи томонида ёзилувчи мушакларнинг пайлари ўтади. Билак бўғими билак ва тирсак артерияларидан қон билан таъминланади.

Билак - кафт бўғимининг лат ейишлари, у фақат пайлар билан ўралганлиги сабабли жуда оғриқли бўлади. Бўғимнинг бойламлари ва капсуланинг чўзилиши панжанинг жуда қаттиқ букилиши ва ёзилиши натижасида юзага келади. Бундай шикастланишларда чекланган жой шишиб, ҳаракат Вақтида оғриқ пайдо бўлади ва тезда бармоқларнинг трофик ўзгариши юз беради.

Бўғим ичи синишини аниқлаш учун рентгенография қилиш зарур. Биринчи ёрдам тинч ҳолат яратиш, шикастланган жойга совуқ нарса қўйиш. Синишга шубҳа қилинса, шиналаш амалга оширилади (билак ва панжа шикастлангандаги каби).

Панжа - кафт, панжа асоси ва бармоқлардан иборат. Кафт суяги икки қатор бўлиб, жойлашган 8 та суякдан ташкил топган. Юқори қаторни қайқсимон, ярим ойли, уч қиррали ва нўхотсимон суяк, иккинчи қаторни – трапеция, трапециясимон бошли ва илгаксимон суяклар ҳосил қилади. Панжа асоси 5 та панжа суякларидан иборат. Фалангалар бармоқнинг суякли асоси ҳисобланади. I бармоқ 2 фаланга, қолганлари эса 3 та фалангадан иборат. Панжанинг билак - кафт асоси ва фалангалар орасидаги бўғимларда майда суяклар учрайди. Улар I бармоқда доимий. Билак, панжа асоси ва бармоқларнинг бўғимлари бақувват бойламлар билан мустаҳкамланган. Кафт соҳасида хусусий майда мушаклар - суяклараро ва чувалчангсимон, I ва V бармоқ мушаклари, кафт ва бармоқларни ҳаракатга келтирувчи қолган мушаклар эса билакда жойлашган. Букилувчи мушакларнинг иннервацияси

ўрта ва тирсак нервлари, ёзилувчилари эса - билак нервлари томонидан амалга оширилади. Панжа - билак ва тирсак артерияларидан қон билан таъминланади, улар қафтда юзаки ва чуқур гардишни ҳосил қилади. Қон оқими билакнинг юзаки ва чуқур томирларининг тармоғи орқали амалга оширилади.

Панжа ва бармоқларнинг қафт юзаси териси ташқи томонниқидан қалинроқ. У кўплаб тер безлари, сезувчан нерв учларидан иборат. Қафт марказида фиброз тасмалари томонидан ҳосил қилинган қафт апопневрози жойлашган. Амалиётда кўпроқ панжа лат ейишлари учрайди. Уларга шиш, оғриқ (айниқса, тирноқ ости гематомасини ҳосил қилувчи бармоқ учларининг лат ейишида) хосдир. Қаттиқ лат ейишда суяклар синишини аниқлаш учун панжани рентгенография қилиш зарур. Биринчи ёрдам тинч ҳолат, совуқ нарса қўйишдан (1-кунлари) иборат. Тирноқ ости гематомасида оғриқни камайтириш учун уни фаол бўшатиш мақсадга мувофиқ.

Оғир нарсалар билан панжанинг босилиб қолиши, юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши кўп сонли гематомаларнинг ҳосил бўлиши билан кечади. Даволаш шифохонада ўтказилади. Транспортировка вақтида қўл ҳаракатсизлантирилади, баландроқ жойлаштирилади ва совуқ нарса қўйилади.

Бармоқ бўғимлари шикастланганда (кўпроқ панжа асоси ва фаланга бўғимларида), уларнинг бўшлиқларида қон тўпланиши мумкин (гемартроз). Шикастлангандан сўнг бўғим шишиб, кўкаради. Унинг ички синишини аниқлаш учун рентгенография зарур. Бўғимда кўп қон йиғилганда у пункция (тешиш) ёрдамида олиб ташланади. Биринчи ёрдам - панжани ҳаракатсизлантириш, совуқ нарса қўйиш, шифохона ёки травматология пунктига жўнатиш. Бармоқларнинг қобик-бойлам қисмининг шикастланишларида (баъзида улар пай чўзилишлари деб нотўғри айтилади) бўғим қобиғи ва бойламларнинг ортиқча зўриқиши ва узилишлари кузатилади. Кўп ҳолларда улар суяк қисмларининг узилиши ва бўғимда гемартроз билан кечади. Оғриқ, шиш, гемартроз ва шикастланган бармоқ функцияси бузилишидан ташқари бўғимда турғун бўлмаган ҳаракатчанлик пайдо бўлиши мумкин (ёнлама ҳаракатлар ёки ортиқча ёзилиш). Шикастланган бармоқ ҳаракатсизлантирилади, панжа баландроқ жойлаштирилади, совуқ нарса қўйилади ва бемор шифохонага жўнатилади.

Ёзилувчи мушакларнинг тери ости пай чўзилишларида бармоқнинг ҳолати шикастланиш даражасига боғлиқ. Суякнинг бирор қисми узилганда, тирноқ фалангаси асосида унинг фаол ёзилиши қийинлашади, у осилиб қолади. Биринчи ёрдам шикастланган бармоқ ва панжани шина ёрдамида ҳаракатсизлантиришдан ва шифохонага юборишдан иборат.

Панжа бармоқларининг букилувчи мушаклари пайларининг шикастланишлари панжа ва бармоқларнинг кесилган жароҳатларида учрайди. Бироқ кам ҳолларда бармоқ учи қаттиқ нарсага урилиши натижасида тирноқ фалангаси соҳасида чуқур букилувчи пайнинг тери ости узилиши юзага келиши

мумкин. Бармоқ буқилувчи пайи шикастланганлигининг асосий белгиси уни фаол бука олмаслик ҳисобланади. Бармоқларнинг функциясини жуда эҳтиётлик билан текшириш зарур, чунки мушакнинг қаттиқ қисқариши шикастланган пай учларининг ораси очилиб қолишига олиб келиши мумкин. Ушбу жароҳатга шубҳа қилинганда, шикастланган кишини травматология ёки жарроҳлик бўлимига юбориш зарур. Қўл шина ёрдамида ҳаракатсизлантирилади ва ярим буқилган ҳолат яратилади, масалан қўлга теннис коптокчаси, поролон бўлаги бериб қўйилади. Бундай шикастланишлар фақат жарроҳлик йўли билан даволанилади.

Амалиётда панжа бўғимининг чиқишлари кам учрайди. Чиқишда (билак бўғимида) у ташқи томонга, кам ҳолларда қафт томонга силжийди. Иккала ҳолларда ҳам томир ва нервларнинг босилиб қолиши натижасида сезувчанлик бузилади. Панжада ҳаракатлар қилиб бўлмайди. Унинг ташқи чиқишларида билак бўғими даражасида зинапоясимон деформация қайд қилинади. Қафт чиқишларида панжа буқилган, бармоқларнинг буқилгичлари таранглашган. Биринчи ёрдам фанерли шина ёрдамида панжани ҳаракатсизлантириш ва беморни шифохонага жўнатишдан иборат. Силжишни бартараф қилишга ҳаракат қилмаслик зарур, чунки бу қўшимча жароҳатга олиб келиши мумкин. Билакнинг айрим суяклари чиққанда, шиш ва билак бўғимида ҳаракатлар чекланганлиги аниқланади. Пайпаслаб кўрилганда, умумий қатордан туртиб чиққан ва силжиган суякни аниқлаш мумкин. Ярим ойли суяк чиқишида бармоқлар қисман буқилган ҳолатда бўлади. Кўп ҳолларда бундай шикастланишларга эътибор берилмайди, бу эса келгусида панжанинг функционал имкониятларини чеклайди. Билак суяклари шикастланишига шубҳа қилинганда, панжани шина ёрдамида ҳаракатсизлантириш ва текшириш учун (рентгенография) шифохонага юбориш керак. Муштга тугилган бармоқларга йиқилганда, (кам ҳолларда) панжа ўзаги суяклари чиқиши юз бериб, билак-панжа асоси бўғими соҳасида оғриқ, шиш ва деформация кузатилади. Панжанинг қисқариши қайд қилинади, шикастланган киши бармоқларини мушт килолмайди. Ташхисни аниқлаш учун рентгенография қилиш зарур. Шина ёрдамида панжа ҳаракатсизлантирилади ва бемор шифохонага юборилади.

Бармоқларнинг чиқиши ҳам кам учрайдиган шикастланишларга киради. Кўпинча ёзилган бармоққа тиралиб йиқилиш натижасида юзага келадиган панжа - фаланга бўғимида 1 бармоқнинг чиқиши учрайди. Бармоқ ташқи томонга силжиши натижасида деформация қайд қилинади. Тирнок фалангаси буқилган. 1 бармоқнинг дўнглик соҳаси туртиб чиқади ва шу жойда 1 панжа ўзаги суягининг бошчасини пайпаслаб кўриш мумкин. Бармоқ ҳолатини ўзгартирмасдан шина ёрдамида ҳаракатсизлантирилади. Оғриқсизлантиришдан сўнг чиққан жойни шифокор ўрнига туширади. Баъзи ҳолларда жарроҳлик амалиёти талаб қилинади.

Панжа суякларининг синишлари УАВ фаолиятида кўп учрайди. Улар панжага тиралиб йиқилганда ёки унга зарба тушганда юзага келади ва шиш,

оғрик билан кечади. Пайпаслаб кўрилганда ва оғирлик тушганда оғрик кучаяди, бўғимларда ҳаракат чекланади. Барча ҳолларда ташхисни аниқлаш учун рентгенография зарур.

Билак суяклари синганда кўпроқ қайиксимон, камроқ ярим ойли ва уч киррали ҳамда камдан-кам ҳолларда қолганлари шикастланади. Бу синишлар, айниқса, қия ва парчали, кўпинча узатилган қўлга йиқилишда юз беради. Билак суякларининг синишлари кам намоён бўлади ва кўп ҳолларда лат ейиш деб ҳисобланади. Масалан, қайиксимон суяк синганда, I бармоқнинг асоси атрофида шиш ва оғрик, билак бўғимида ҳаракатчанликнинг чекланиши қайд қилинади. I бармоқ ўқига оғирлик тушганда, оғрик кучаяди. Ташхисни аниқлаш учун рентгенография ўтказиш лозим. Билак суяклари синишига шубҳа қилинганда, билак бўғими ва бармоқларни ҳаракатсизлантириш учун шина қўйилади ва ундан сўнг бемор шифохонага жўнатилади. Фаланга ва панжа ўзаги суяклари синишларини аниқлаб олиш, одатда, қийин эмас. Оғрик, деформация, функция бузилиши, ғайри табиий ҳаракатчанлик қайд қилинади. Қон қўйилиш кучли бўлганда ва шиш тез ривожланганда, шунингдек, суяк силжишисиз ва бўғим ички синишларида суяк синишини пайқаш қийин. Уларни аниқлашда рентгенография муҳим аҳамиятга эга ва озгина шубҳа бўлганда, уни ўтказиш зарур. Биринчи ёрдам: панжа фанер шина билан маҳкамланади, бармоқлар пахта-докали валикка жойлаштирилади. Транспортировка вақтида тўқималарда шиш пайдо бўлишини олдини олиш учун шикастланган қўлга совуқ нарса қўйиш, баландроқ жойлаштириш мақсадга мувофиқ.

Панжанинг очик синишлари мураккаб бўлмаган (кесилган, чопилган, тешилган, лат еган, юлинган жароҳатлар) ва мураккаб (тери нуқсони, пай, нервнинг шикастланиши, бармоқ фалангасининг узилиши) бўлиши мумкин. Кўпроқ панжанинг шилинган жойи ва *терининг экскорациялари* учрайди (ташқи юзада). Бунда тери ифлослардан тозаланади, ювилади, сўнгра эса йоднинг спиртли ёки бриллиант яшил эритмаси сурилади. Шундан кейин шилинган жойни бактерицид пластр билан ёпиш ёки стерил боғлов қўйиш мумкин.

Панжанинг ўткир, тез ҳаракатланувчи қаттиқ предметта урилиб кетиши натижасида кесилган ва чопилган жароҳатлар юзага келади. Панжа ташқи томонининг жароҳатлари кўпинча бўғимлар ичига киради ва тирноқ шикастланиши билан кечади. Бундай ҳолларда жароҳат ифлослардан тозаланади, унинг атрофи йоднинг спиртли эритмаси билан артилади ва стерил боғлов қўйилади. Жароҳатга стрептоцид кукунини сепиш мумкин. Одатда, бундай жароҳатларда кучли оғрик, кўп қон кетиш қайд қилинади, қисиб турувчи боғлов қўйилгандан сўнг қон тўхтайдиган ва яра четлари тез тузалади. Панжанинг (кўпроқ бармоқларнинг) тешилган жароҳатлари ўткир (нина, бигиз, миҳ, шиша) ёки нисбатан тўмтоқ (суяк, қалам учи, пайраха) предметлар билан шикастланиш натижасида юзага келади. Оғрик,

кам микдорда қон кетиши ва секин-аста инфекция ривожланиши қайд қилинади. Баъзида жароҳатлантирувчи предметнинг бир қисми яранинг ичкарасида қолиб, ёт жисм бўлиб қолади. Жароҳатга стерил боғлов қўйилади. Панжанинг тишланган жароҳатларини кўпинча уй ҳайвонлари (ит, мушук, от, чўчқа), кам ҳолларда каламуш, илон, балиқлар етказди. Панжанинг ташқи юзасини баъзан майда ҳашаротлар чақади (чивин, ари, асалари, чумоли). Заҳарли илонлар ҳам айрим ҳолларда бармоқларни чақади (кўзиқорин, мева терганда). Тишланган жойларни даволаш бошқа жароҳатларни даволашдан фарқ қилмайди, бироқ ҳайвон тишлаганда ва илонлар чаққанда асоратлар бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда қоқшол, кутуриш касалликларига қарши профилактик зардобни беморга албатта юбориш зарур. Панжанинг кўп қон кетиши билан кечаётган ҳар қандай жароҳатда биринчи ёрдам уни тўхтатишдан бошланади ва артериал қон кетишда жгут қўйилади.

Панжа ва бармоқларнинг энг оғир шикастланишлари - уларнинг эзилиши, тўлиқ ёки қисман ажралиши. Бу ҳолларда шикастланган кишини ва панжанинг ажралган қисмини (ёки бутун панжани) микрохирургик операциялар бажариладиган яқин орадаги жарроҳлик марказига ўз вақтида олиб бориш зарур. Биринчи ёрдам - қон кетишни тўхтатиш ва жароҳатга стерил боғлов қўйишдан иборат.

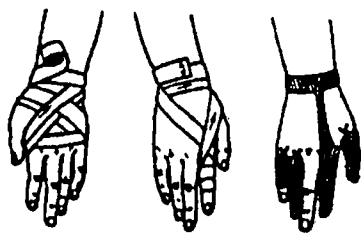
Кичик жароҳатларни келтириб чиқариш мумкин бўлган ишларни химоя қўлқопларида бажариш лозим. Кундалик турмуш ва ишлаб чиқаришда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш. Бармоқ терисининг арзимаган жароҳатларида ҳам уни спирт ёки одеколон билан ювиб, йод суриб қўйиш керак. Зирапча кирган ҳолларда уни зудлик билан чиқариб ташлаш зарур. Майда жароҳатлар, ёриқлар (айниқса,, ишлаб чиқаришда юзага келган) йоднинг спиртли эритмаси билан тозалангандан сўнг, химоя қатламини ҳосил қилувчи БФ-6 елимини суртиш ва резинали бармоқчани кийдириб қўйиш мақсадга мувофиқ.

Панжани шиналаш ёрдамчи воситалар ёки стандарт шиналар ёрдамида амалга оширилади. Кафтга пахта-докали қаттиқ валик қўйилади, бунда II -V бармоқларнинг бўғимларида енгил букилиш, панжанинг ташқи букилиши 30° гача, I бармоқни қарама-қарши томонига қўйилиши таъминланади. Шина тирсак букилишидан бошлаб то билакгача, билакнинг кафт юзасига бионтлаб маҳкамланади. Шинанинг периферик учи бармоқлардан сал узунроқ бўлиши лозим. Панжани шинага жуда қисиб маҳкамлаш ярамайди, чунки транспортровка вақтида шиш қон оқимини ёмонлаштириши мумкин. Ёпиқ жароҳатларда панжа ўзаги ва бармоқларни баъзида бўш қолдириш лозим. Шиналашдан сўнг шикастланган қўл кенг рўмолга жойлаштирилади. Баландроқ ҳолатни яратиш зарур бўлса (шиш ривожланиши ёки жароҳатдан қон оқиши кучайишининг олдини олиш учун), ҳаракатсизлантирилган қўл соғлом қўл билан ушлаб турилади. Узоқ йўлли транспортровкада панжа баландроқ жойлаштирилади ва муз (совуқ сув) солинган ҳалтача қўйилади.

Битта бармоқни ҳаракатсизлантириш учун шина сифатида чўп, чизғич, йўғон сим бўлаги, қаттиқ картон тасмасини ишлатиш мумкин. Узунлик бўйича улар билак ўртасидан бармоқ учларигача бўлган масофадан узунроқ бўлиши лозим. Бинт бўлмаганда, шина рўмол, шарф, қўл соати тасмаси билан маҳкамланади. Панжа шикастланганда, *боғловлар* бинтли, ёпишқоқ пластирли ёки найсимон бинтдан бўлади ва битта бармоққа ёки бутун панжага қўйилади.

Битта бармоққа спиралсимон боғлам қўйишда эни 2-3 см бўлган бинт ишлатилади. Бинтлаш билак соҳасида айланма давралар билан бошланиб, сўнгра бинт қиялатиб юқорига панжанинг ташқи томони орқали бармоқ учига йўналтирилади; бармоқ учидан унинг асосигача бинтнинг спирал давралари билан ўралади. Сўнгра яна панжанинг ташқи томони орқали билакка йўналтирилади ва бу ерда бир неча айланма давралар билан маҳкамланади. Кенгроқ бинт ишлатилганда, бу боғлов билан бармоқ учини ёпиш мумкин, унинг атрофида бинт бир неча марта букилади, сўнгра эса бинтлаш спирал бўйлаб бармоқ асосигача давом эттирилади. Бинтни қаттикроқ маҳкамлаш учун бармоққа қайтувчи боғловни қўйиш мумкин.

Бинтлаш билакдан панжанинг ташқи томони бўйича бармоқ учи томон бошланади, бармоқнинг асосигача келиб, бинт яна унинг учига юборилади. Бу ҳаракатлар бир неча марта такрорланади ва бинт билакда маҳкамланади (26-расм).



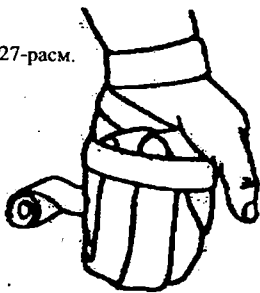
26-расм. Бармоқларга боғлам қўйиш

Битта бармоққа бошоқсимон боғламни қўйиш. Битта бармоққа (жароҳатларда, куйишда) кўпинча бошоқсимон боғлов қўйилади. У билак атрофида бинтнинг айланма давралари билан бошланиб, панжанинг ташқи томони бўйлаб бармоқ учи томон спирал кўринишида давом эттирилади, билакнинг ташқи томониغا, сўнгра эса кафт юзасига йўналтирилади. Бинт давралари бир-бирини қисман ёпади,

аста-секин бармоқ асосига ҳаракатланади, бошоқ кўринишида шаклланади ва боғловлар билак соҳасида тугатилади. Барча бармоқларнинг спирал боғловлари уларни барчасини навбатма-навбат бинтлаш зарур бўлганда (масалан, куйишларда) қўлланилади. Чап қўлда бинтлаш V бармоқдан, ўнг қўлда - I бармоқдан бошланади. Кенг бўлмаган бинтни билак атрофида маҳкамлаб, V бармоқ учига олиб борилади ва спирал давралар билан ёпилади, шундан сўнг бинт билакка қайтарилади, яна бинтнинг маҳкамловчи давраси бажарилади ва IV бармоққа олиб борилади (барча бармоқлар бинт билан ёпилмагунча). Боғлов билакда тугатилади.

Панжага қайтувчи боғлам қўйиш. Ҳар бир бармоқни алоҳида бинтлаш зарур бўлмаганда, панжага қайтувчи боғлов қўйилади. Унинг учун кенг бинт (8-10 см) олинади ва кўндаланг ҳаракатлар билан бир вақтнинг ўзиде 4

27-расм.



та бармоқ ёпилади. Шундан сўнг спирал бўйлаб билакка ўтказилади, унинг атрофида айланма давра бажарилади (27-расм). Сўнгра эса спирал айланма давралар билан бинт ёрдамида панжа ва бармоқлар ёпилади. Биринчи бармоқни алоҳида бинтлаш зарур. Бундай боғлов ҳамма бармоқларга қўйилганда, уларнинг орасига пахта-докали қатламлар жойлаштирилади. Бу терининг қисилиб қолиши ва зарарланишини олдини олади. Тезкор ҳолларда, қўл остида зарур боғлов материали бўлмаганда, панжа ва

бармоқлар шикастланганда, диагонал бўйлаб букланган рўмол боғловини ишлатиш мумкин. Бармоқлар кесилганда ва юмдаланганда боғлов устидан резинали бармоқча кийдирилади, бу боғлам қўйиш ифлосланишнинг олдини олади. Шунингдек, ёпишқоқ пластирли боғловлар ва найсимон бинт ишлатилади.

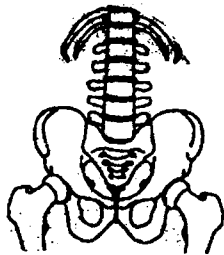
Чанок - оёқлар камарига кирувчи скелет қисмидир; 2 та тос суяги, думғаза ва дум суягидан иборат, чанок- сон бўғими билан бирга гавда учун таянч бўлиб хизмат (28-расм) қилади. Чанок суяги думғазанинг ён қисмлари (думғаза - қовурға билан қорин орасидаги бўғим) ва ўзаро боғланувчи 3 та суяк (қовурға билан қорин орасидаги, куймич ва қов суяги) дан иборат. Думғазанинг пастки бўлими ва дум суяги орасида бойламлар билан маҳкамланган кам ҳаракатли бирикма мавжуд. Чанок суякларидан болдир суягига борувчи кўп мушаклар, шунингдек, чанок диафрагмаси мушаклари бошланади. Чанок ичида қорин бўшлиғининг пастки қисми аъзолари жойлашган: қисман ингичка ва йўгон ичак, қовуқ ва тўғри ичак ҳамда ички жинсий аъзолар. Чанок суяклари ёнбош артериясидан қон билан таъминланади. Артерияга ҳамроҳ бўлган томирлар веноз боғламларни ҳосил қилади, у ердан қон икки ёнбош вена, сўнгра эса пастки ковак ва қисман дарвоза чанок томирига оқади.

Шу сабабли чанок соҳасининг кўп шикастланишлари кучли қон қуйилишлар билан кечади. Мушаклар ва чанок ичида жойлашган аъзоларнинг иннервацияси бел, думғаза ва дум суяги боғламлари ҳамда вегетатив нерв тизимининг чанок бўлими томонидан амалга оширилади.

Чанок шикастланишлари очик ва ёпиқ бўлиб, унинг қуйидаги турлари фарқланади:

- юмшок тўқималар, чанок суяги (чанок ҳалқаси) нинг шикастланишлари;

- асоратланган шикастланишлар (масалан, қов суягининг синиши ва қовуқнинг ёрилиши, куймич суягининг синиши ва сийдик чиқарув каналининг ёрилиши).



28-расм. Чанок суяклари

Чаноқ суягининг энгил жароҳатларида (лат сийш, шилиниш, катта бўлмаган яралар) суяк, ички аъзолар шикастланиши ва ички чаноқ қон кетишини инкор этиш зарур. Чаноқнинг мураккаб бўлмаган лат ейишида, совуқ нарса қўйилади, оғриқ тўхтагунча тинч ҳолат тавсия қилинади. Шилинишда ва юзаки жароҳатларда стерил боғлов қўйилади.

Чаноқ суяклари синишларининг клиник кўринишлари шикастланган жойга боғлиқ. Ёнбош суяк қанотларининг четки синишларида (одатда, тўғри жароҳат оқибатида) оғриқ, шиш, шикастланган томонда қорин девори мушаклари таранглиги қайд қилинади. Фаол ҳаракатланиш (оёқни букиш ва буриш) вақтида оғриқ кучаяди. Ёнбош суягининг олд бўртиғи (қилтанок) синганда, шикастланган кишининг олдинга ҳаракатланиши қийинлашади, орқада эса оғриқ кучли бўлмайди.

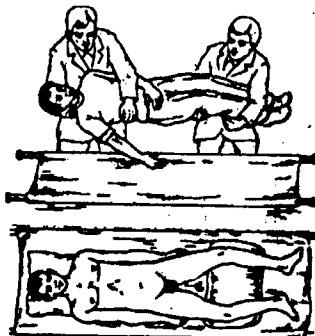
Думғаза синганда оғриқ, шиш, қонгалаш ва деформациядан ташқари, нерв илдизларининг шикастланиши оқибатида оёқ ва думба соҳасида сезиладиган оғриқлар бўлиши мумкин. Дум суягининг синиши кўпинча ўрта ёки кекса кишиларда думбага йиқилиш натижасида содир бўлади.

Шикастланган соҳадаги оғриқ ўтирган ҳолатда ёки тўғри ичак бўшатилганда кучаяди. Олд томондан тўғри зарба тушганда ёки тос босилиб қолганда қов ва қўймич суяklarининг синишлари учрайди. Бу ҳолларда синиш жойида оғриқлар пайдо бўлиб, тос энгил босилганда, пайпаслаб қўрилганда ва шикастланган киши ётган ҳолатда оёқларини қимирлатишга ҳаракат қилганда кучаяди.

Шикастланган киши тўғриланган оёғини ўриндан кўтара олмайди (ёпишиб қолган товон симптоми). Қовуқ ёки сийдик чиқарув канали шикастланганлиги сабабли сийдик ажратиш бузилиши мумкин. Тос суяklarининг кўп сонли синишлари, айниқса, оғир. Одатда, улар тери остига қон қуйилиши ва унинг кўчиши билан кечади. Чот юмшоқ тўқималарининг шиши зўраяди, қонгалаш аста-секин сонларгача тарқалади.

Кўп ҳолларда тос суяklarининг оғир синишлари травматик шок ва кўп қон йўқотиш билан кечади. Бу ҳаёт учун хавфли ва шикастланган кишини зудлик билан шифохонага олиб бориш зарур. Тос суяklари шикастланганда, транспорт имобилизацияси мураккаб ҳисобланади. Чунки оёқларнинг арзимас ҳаракати ҳам суяк синишларининг силжишига олиб келиши мумкин.

Тос шикастланганда, ҳаракатсизлантириш учун шикастланган киши қаттиқ замбилга оёқлари ярим букилган ва сонлар ораси сал очилган ҳолатда («қурбақа ҳолати» 29-расм) ётқизилади. Бу ҳолат мушаклар бўшаши ҳисобига оғриқни камайтиришга ёрдам беради. Тиззалар остига валик (кўрпа, кийим, юмалоқланган ёстик) қўйилади.



29-расм. Тос суяklари синишида имобилизация

Тоснинг очик шикастланишлари ҳам оғир жароҳатлар турига киради ва кучли қон кетиш билан кечади. Баъзи ҳолларда бир вақтнинг ўзида ички аъзолар ҳам (сийдик ажратиш тизими) шикастланади. Тос соҳасининг қонаб турган, чуқур жароҳат бўлган шикастланган кишига жарроҳлик ёрдами кўрсатиш учун зудлик билан шифохонага юбориш зарур. Қонни вақтинча тўхтатиш учун жароҳат стерил боғлов материали билан таранг тампонланади, у бўлмаганда эса оддий бинт ёки пахта ишлатилади. Сўнгра устидан рўмолли ёки бинтли боғлов қўйилиб, шикастланган киши қаттиқ замбилга «курбақа ҳолати»да ётқизилади. Баъзи ҳолларда бемор ёнбошлаган ҳолатда транспортировка қилинади.

Тос шикастланганда, боғловлар бинтли ёки рўмолли бўлади, баъзи вақтларда тўрсимон бинт ва ёпишқоқ пластр қўлланилади. Бинтли боғловларда, одатда, бошоқсимон боғловнинг турли кўринишлари ишлатилади.

Чот соҳасига саккизсимон боғлам қўйиш. Аввал гавда атрофида бинтнинг 2-3 та маҳкамловчи айланмалари бажарилади. Сўнгра бинт ўнг чов соҳаси орқали қиялатиб, пастга ўнг соннинг ички томонига ва чотга ўралади. Уни кесиб ўтиб, бинт чап соннинг орқа юзаси атрофида қориннинг олд деворига айлантирилади ва тос суягининг юқори четига тепага қиялатиб йўналтирилади. Бу ердан бинт гавданинг орқа юзаси бўйлаб чап томонга олиб борилади ва қориннинг олд юзаси бўйича қиялатиб пастга чотга туширилади ва аввалги давра билан кесиштирилади. Кейинчалик бинт ўнг соннинг орқасидан ўтиб, унинг ташқи юзаси бўйича қориннинг олд юзасига қўтарилади ва қиялатиб юқорига ва орқага боради ҳамда давралар қайтарилади. Бинтлаш навбат билан ўнгдан чапга олиб борилади ва, аксинча. Боғловнинг қўйилиши қориндаги айланма давралар билан тугатилади.

Чаноқ соҳасига Т-симон боғлам қўйиш. Т-симон боғлов газлама (дока) тасмасидан иборат бўлиб, унинг ўртасига иккинчи тасманинг учи тикилган бўлади. Чотга шундай боғлов қўйилганда, унинг горизонтал қисми бел атрофида камарга ўхшаб айлантирилади, вертикал тасмалар белдан чот орқали ўтиб, гавданинг бошқа томонидан унга маҳкамланади.

Чаноқ-сон бўғими кўст чуқурчаси ва сон суягининг бошчасидан таркиб топган. Иккала бўғимни юзаси тоғай билан қопланган. Кўст чуқурчаси чаноқнинг бир қисми бўлиб, ён-бош, қуймич ва қов суяқларининг туташадиган қисмида жойлашган.

Бўғим халтаси бўғим чуқурчаси чети бўйлаб сон суягига ўтади ва унинг кўстлари тепасида маҳкамланади. Шунинг учун сон суяги бўйинчасининг катта қисми тос-сон бўғимининг бўшлиғида жойлашган. Бўғим халтаси мустаҳкам бўлиб, унга маҳкамловчи бойламлар туташади. Тос-сон бўғими кўп ўқли бўғимларга киради, бу ерда букилиш ва ёзилиш, буриш ва келтириш, ичкарига ва ташқарига айланиш амалга оширилади. Бўғим регионар томирлар орқали қон билан таъминланади.

Чанок сон бўғими соҳаси лат еганда, оғриқ пайдо бўлади, яққол ифодаланмаган шиш ва қон қуйилиши кузатилади, бўғимда ҳаракатлар чекланмайди. Совуқ нарса қўйиш ва оғриқ йўқолгунча бўғимни бўшатиш етарли ҳисобланади. Бўғим соҳасидаги унча катта бўлмаган юзаки жароҳатларга қисиб турадиган стерил боғлов қўйилади. Чанок-сон бўғимининг бўғим ички синишлари ва чиқишлари оғир жароҳатлар қаторига киради. Лат ейишдан фарқли ўлароқ, чанок-сон бўғимини ҳосил қилувчи суяклар синганда, оёқ мажбурий ҳолатда бўлади (ташқарига бурилган, бемор шикастланган оёғини кўтаролмайди) ва ҳаракатланганда оғриқ кучаяди. Сон суяги бошчасининг баъзи синишларида (масалан, бир-бирига кириб кетганда) бўғим соҳасида шиш яққол ифодаланмайди, баъзида шикастланганлар мустақил юра оладилар. Кўст соҳасидаги синишларда шиш ва қон қуйилиш кенгрок бўлиб, соннинг юқори учдан бирига тарқалади. Ташхисни фақат махсус текширишдан - спентгенаграфиядан сўнг аниқлаш мумкин. Чанок-сон бўғими соҳасининг лат ейиши ва синишлари бир-бирига жуда ўхшашлиги сабабли, биринчи ёрдам ҳажми суяк синишда кўрсатиладиган ёрдам сингари бўлади. Шикастланган кишини шифохонага юборишдан аввал чанок-сон бўғимини яхшилаб ҳаракатсизлантириш муҳим. Бунинг учун Дитерихс шинаси, у бўлмаганда эса узун шиналардан фойдаланиш мумкин.

Чанок-сон бўғимидаги **чиқишлар** камроқ учрайди. Улар кўпинча оғир механик жароҳатлар вақтида, масалан йўл-транспорт ҳодисаси ёки баландликдан йиқилиш натижасида кузатилади. Сон суягининг бошчаси силжиб, бўғим халтасини уни боғлаб турувчи бойламлар билан биргаликда узадн ва бўғим олди тўқималарда жойлашади. Оёқ мажбурий ҳолатда бўлади, бўғимдаги ҳаракатлар қийинлашади, жароҳатдан сўнг дарҳол кучли оғриқ пайдо бўлади. Шикастланган кишини текшириш ва чиққан суякни жойига тушириш учун бемор шифохонага жўнатилади. Бўғимни ҳаракатсизлантириш суяк чиққандан сўнг қандай ҳолатда бўлса, шундай амалга оширилади. Бунда ортиқча ҳаракатлар қилмаслик зарур, чунки улар оғриқни кучайтириб, қўшимча жароҳатга олиб келиши (қуймич нервнинг шикастланиши) мумкин.

Чанок-сон бўғими соҳасининг **очиқ шикастланишларида** стерил, унча катта бўлмаган жароҳатларга эса қисиб турувчи боғлов қўйилади, юмшоқ тўқималарнинг катта жароҳатларида бўғим суяк синишдаги каби ҳаракатсизлантирилади. Чанок-сон бўғими соҳаси шикастланганда, боғловлар кўпинча бинтли бўлади, камроқ ҳолларда тўрсимон бинт ишлатилади. Катта бўлмаган жароҳатларда ёпишқоқ пластирли боғловни қўйиш мумкин. Шикастланиш соҳасига қараб бир томонлама (ўнг, чап) ёки икки томонлама бошоқсимон боғлов, шунингдек, олд (чов соҳасини беркитувчи), ташқи (ёнлама; катта кўст соҳасини беркитувчи) ва орқа (думба соҳасини беркитувчи) боғловлар ишлатилади.

Чанок-сон бўғимига бошоқсимон боғлам қўйиш

1-вариант. Чанокнинг ўнг томонидаги олд (чов) бошоқсимон боғлов қўйилганда, бинтнинг биринчи давраси уни чапдан ўнгга олиб борилиб, киндик даражасида гавда атрофида ўралади, кейинги давра қиялатиб орқадан олдинга, ўнг соннинг ён томони бўйлаб, сўнгра эса олд юзаси бўйлаб унинг орқа ярим айланасига ўтказилади, бу чов соҳасидаги бинтнинг аввалги айланасини кесиб ўтиб, тепага ва ичкарига қиялатиб айлантирилади. Сўнгра бинт чанок суяклари устидан чап томонга олиб борилади, у ердан эса гавданинг орқа ярим айланасига ва яна чов соҳасига йўналтирилади, бинтнинг аввалги давралари қайтарилади ва улар 2/3 кўндалангига ёпилади. Боғлов гавда атрофида бинтнинг айланма турлари билан якунланади. Бинтнинг кейинги турлари юқорига (ҳар бир кейинги давра аввалгисидан баландроқ) ёки пастга йўналган бўлади.

Чап чов соҳасига шунга ўхшаш боғлов қўйилганда, бинт чапдан ўнгга боради, лекин гавда атрофидаги биринчи маҳкамловчи давралардан сўнг у қиялатиб, орқадан чап соннинг олд юзасига йўналтирилади, унинг ора юзасини айланиб ўтиб, аввалги давра билан кесишиб, қиялатиб тепага боради, гавдани орқадан айлантирилади, аввалги давраларни такрорлаб ва ҳар бирини 2/3 қисмга ёпиб, чап соннинг олд юзасига йўналтирилади. Боғлов гавда атрофида бинтнинг айланма давралари билан тугалланади. Маҳкамроқ бўлиш учун бинтнинг ҳар бир саккизсимон айланасини (бошоқ) битта айланма давра билан маҳкамлаш мумкин.

2-вариант. Тос-сон бўғимини бинт боғлови билан ёпиш зарур бўлганда, ҳар томондан соннинг бошоқсимон боғлови ишлатилади. У соннинг тахминан ўрта учдан бир қисмида айланма ҳаракатлар билан бошланади. Қўйиш усули бўйича у елканнинг бошоқсимон боғловига ўхшайди: боғловни сонда маҳкамлаб, бинтни тос-сон бўғимининг ташқи юзаси бўйлаб белга олиб борилади, гавда атрофида маҳкамловчи айланма давра қилинади ва тоснинг бошоқсимон боғловини қўйгандай бинтлаш давом эттирилади.

Тос-сон бўғимига рўмол боғламини қўйиш. Тезкор ҳолларда ёки бошқа боғлов материали бўлмаганда, тос-сон бўғимига рўмолли боғловларни қўйиш мумкин. Бунинг учун рўмол ва камар ёки иккита рўмол ишлатилади. Шикастланган жой устида рўмол ўртаси билан жойлаштирилади, унинг учлари сон атрофида айлантирилади ва бойланади, учинчи бурчаги эса (учи) иккинчи рўмолдан ясалган камар ёки белбоғ остига қайирилади, орқага букилади ва тўғноғич билан маҳкамланади. Иккинчи рўмол бўлмаганда, камардан фойдаланиш мумкин (30-расм).



30-расм. Тос-сон бўғимига рўмол боғламини қўйиш

Сон - юқоридан чанок-сон (олд томондан - чов соҳаси,

орқа томондан - думба), пастдан тизза бўғими билан чегараланган. Унинг сосини сон суяги (скелетнинг энг катта найсимон суяги) ташкил қилади. Сон суяги мушаклар билан (олд томондан тўрт бошли - болдирни ёзувчи, ички томондан-сонни олиб келувчи, орқа томондан - болдирни букувчи) қўрилган. Соннинг тепа учдан бир қисмида учбурчак бўшлиқ мавжуд бўлиб, ён томонлардан мушаклар, тепадан эса чов бойлами билан чегараланган. Чов бойлами тагидан сон артерияси ва нерви ўтади ва регионар лимфа узунлари жойлашган.

Озгин кишилар сонининг олд ички юзасида қиялаб, тепадан пастга қарай ташқаридан ичкарига борувчи ариқча билиниб туради. У мушакларнинг расидаги ёриқ ва йирик томирлар проекциясига мос ва артериал қон оқибатига етаётган шикастланган кишиларга биринчи ёрдам кўрсатилаётганда маънавий аҳамиятга эга (томирни жароҳатдан баландроқ жойда бармоқ билан босиш). Тизза бўғимига яқинроқда томирли боғлам соннинг орқа юзасига ўтади. Орқа гуруҳ мушаклар орасида куймич нерви жойлашган. Соннинг ўртасидан пастроқда иккита тармоққа - катта болдир ва кичик болдир нервларига бўлинган ҳамда болдир ва оёқ қафтини иннервациялайди.

Юмшоқ тўқималар (мушаклар, фасциялар, пайлар) ва сон суягининг шикастланишлари фарқланади. Сон юмшоқ тўқималарининг ёпиқ ва очик шикастланишлари бўлиши мумкин. Ёпиқ шикастланишларга лат ейиш, мушаклар ва унинг пайлари узилиши, юмшоқ тўқималар эзилиши киради.

Соннинг лат ейиши тўмтоқ жисм билан уриш оқибатида юзага келади. Бунда тери ости тўқимасига қон қуйилиши, шикастланган жойда тери анги ўзгариши, оғрик, шиш, оёқ функциясининг бузилиши кузатилади. Сон лат ейишининг ўзига хос белгиси - қонгалаш пайдо бўлишидир. Сон укур жойлашган юмшоқ тўқималар шикастланганда, қонгалаш кечроқ пайдо бўлади (2 - кун ва кечроқ) ва баъзан лат еган жойдан узокроқда кузатилади. Айрим ҳолларда соннинг лат ейиши мушак қатламида таранг гематома пайдо бўлиши билан кечади (атрофдаги тўқималарни босувчи қўрилган қоннинг тўпланиши). Бунда кучли оғриқлар, тўқималарнинг шикастланиши ва таранглашиши, юзаки увушиш қайд қилинади. Соннинг кенг лат ейишлари, баъзан юмшоқ букма (мушак)ларнинг шикастланишлари, шунингдек атро уларнинг ўлишигача (травматик некроз) олиб келади. Бундай жойда жароҳатлар травматик токсикоз (ўлган тўқималарнинг бузилиш натижасида қонга сўрилиши натижасида кўп аъзо ва тизимлар шикастланиши) ривожланиши билан кечиши мумкин. Сон лат ейишларида томир ва нервларнинг шикастланиши камроқ учрайди. Юмшоқ тўқималарнинг лат ейишлари сон синиши ва чиқишига ҳамроҳ бўлади. Соннинг лат ейишининг асоратлари халталанган гематома ва травматик суякланувчи (миофибрилланувчи) миоцит бўлиши мумкин. Одатда, бундай ҳолларда бунда оёқ функциясини бузадиган оғриқли қаттиқлик ёки шиш анчагача кузатилади.

Сон лат ейишида биринчи ёрдам:

1. Қон қуйилишни камайтириш (шикастланган жойга совуқ нарса қисиб турувчи боғлов, тинч ҳолат);

2. Шиш катталашганда оёқни баландроқ қилиб жойлаштириш;

3. Сон юмшоқ тўқималарининг кенг шикастланишларида, а гематома, тери кўчиши, ўлиши ёки мушакларнинг эзиллиши мавжуд ҳолларда беморни транспорт иммобилизацияси (шиналаш) ва жа бўлимга олиб бориш зарур. Соннинг оғир лат ейишларини баъзи синишидан фарқлаш қийин (айниқса, деформация ва патологик бўлмаса). Бундай ҳолларда транспорт шинаси қўйилиб, шикастланг шифохонага жўнатилади.

Тўмтоқ предмет билан уриш ёки мушакларнинг кескин қис сон мушак пардасининг йиртилиши ва мушак чурраси пайдо бў олиб келиши мумкин. Сон мушакларининг тўлиқ ёки қисман уз асосан, унинг пайга ўтиш жойида юзага келади. Бунда мушак жойда гематома (қон қуйилиш) пайдо бўлади ва оёқ функцияси бу Мушакларнинг қисман узилишларида биринчи ёрдам сонн ейишидаги тактикадан фарқ қилмайди. Уларнинг тўлиқ узил йиртилишида жарроҳлик амалиёти зарур бўлади. Шикастланган совуқ нарса қўйилади, бўғим ҳаракатсизлантирилади ва бемор шиф жўнатилади.

Соннинг юмшоқ тўқималари 4-8 соат мобайнида боси узок вақт босилиш синдроми юзага келади ва иккала сонни вақт босилиб қолиши ўлимга олиб келади. Оёқ босиб турган остидан чиқарилгандан сўнг уни эластик бинт билан маҳкам транспортировка (шиналаш) вақтида тинч ҳолатни яратиш ва шика кишини зудлик билан шифохонага юбориш зарур. Шикастланган совуқ нарса қўйилиб, беморни «сунъий буйрак» аппарати шифохонага юбориш мақсадга мувофиқ. Чунки эзилган тўқима бузилиш маҳсулотлари қонга сўрилиши оқибатида буйрак ф бузилади ва уларнинг етишмовчилиги ривожланади.

Сон жароҳатларида биринчи ёрдам. Соннинг унча катта б жароҳатларида биринчи ёрдам боғлов қўйиш ва тинч ҳолат яра иборат. Сон томирлари шикастланганда қон кўп кетади ва уни т учун қисиб турадиган боғлов қўйилади, транспорт шинаси ё ҳаракатсизлантирилади ва оёқ баланд қилиб жойлаштирилади. Арт қон кетганда, томир жароҳатдан юқорироқда бармоқ билан бо Транспортировка вақтида қонни тўхтатиш учун қон тўхтатув ишлатилади.

Сон синишлари. Сон суягининг юқори, пастки синишлари фар Синишлар ёпиқ ёки очик бўлиши мумкин.

Сон суягининг бошчаси, бўйинчаси ва кўсти синганда бўғими соҳасида), унча кучли бўлмаган оғриқ пайдо бўлади, оёқ та

қийшаяди, натижада оёқ кафтининг юзаси шикастланган киши ётган ўринга тегиб туради. Кўпинча бундай шикастланишлар кекса ёшдаги кишида учрайди. Суяк синишлари силжиганда оёқ 2-3 см.га қисқаради.

Сон суягининг тепа учи синганда биринчи ёрдам:

1. Оёқ ҳолатини зўрлик билан тўғрилаш ярамайди, чунки у суяк синиқлари синишига ва бошқа асоратлар ривожланишига олиб келиши мумкин;
2. Ишончли транспорт иммобилизациясини таъминлагандан сўнг шикастланган кишини шифохонага юбориш зарур;
3. Шикастланган кишини юмшоқ ўриндикда ўтирган ҳолатда транспортировка қилиш ман қилинади, шикастланган оёққа таянишга рухсат берилмайди.

Сон суягининг танаси синганда, суяк синган соҳада оғриқ, шиш, патологик ҳаракатчанлик қайд қилинади; синишлар силжиганда, шикастланган оёқ 4 см.га қисқаради.

Сон суягининг танаси синганда биринчи ёрдам:

1. Яхши транспорт иммобилизацияси (синишларнинг иккинчи марта силжини олдини олади). Суяк синиқлари старли даражада ҳаракатсизлантирилмаганда, мушаклар ҳамда ён атрофда жойлашган томир ва нервларнинг қўшимча шикастланишлари юзага келиши мумкин. Шиналар ташқи томондан оёқ кафтидан қўлтиқ чуқурчасигача ва ички томондан оёқ кафтидан чотгача қўйилади. Ёрдамчи воситалардан мос ўлчамдаги тахта ёки ташқи томондан қўлтиқтаёқ, ички томондан эса ҳассани ишлатиш мумкин. Агар фақат қўлтиқтаёқ ёки узун тахта бўлса, шикастланган сонни соғ сонга маҳкамлаш, оёқ ва гавданинг ташқи юзаси бўйича - қўлтиқтаёқ ёки тахтани маҳкамлаш керак;

2. Транспортировка тиббиёт ходими иштирокида амалга оширилади, чунки кўп ҳолларда шокка қарши чора-тадбирларни ўтказиш зарур бўлади.

Соннинг пастки учдан бир қисми синганда (тизза бўғими устида), оғриқ ва патологик ҳаракатчанлик қайд қилинади. Бундай ҳолларда ишончли иммобилизация ва беморни жарроҳлик бўлимига юбориш зарур. Сон суягининг очик синишлари (айниқса, ўк таъсирида юзага келган яра) кўпинча шок билан кечиб, жароҳат инфекцияси остеомиелит, сепсис билан асоратланиши мумкин.

Соннинг очик синишларида биринчи ёрдам:

1. Қонни тўхтатиш;
2. Жароҳатга стерил боғлов қўйиш;
3. Шокка қарши чора-тадбирларни ўтказиш (авваламбор, оғриқ қолдирувчи препаратларни мушак орасига ёки вена ичига юбориш);
4. Жарроҳлик бўлимига зудлик билан жўнатиш.

Боғловлар кўпинча бинтли, кам ҳолларда тўрсимон ёки ёпишқоқ пластирли. Одатда, сонга спирал боғлов қўйилади.

Шиналаш. Сон, тос-сон бўғими ва тизза бўғими шикастланганда (кенг лат ейишлар, синишлар, чиқишлар), транспортировка учун шиналаш

махсус Дитерихс шинаси ёрдамида амалга оширилади. Бу шина фақат маҳкамлабгина қолмай, балки шикастланган оёқни узайишини ҳам таъминлайди. Шина иккита узун ёғоч тахтачадан иборат. Уларнинг ҳар иккаласи юқори учларида қўлтиқ чуқурчаси ва четда таянч учун кўндаланг тахталар жойлашган. Шинанинг икки қисми ҳам икки томонга сурилади, бу шинани шикастланган кишининг бўйига мослаштиришни таъминлайди. Шина тиббиёт ходими томонидан қўйилади, лекин махсус тиббий билимга эга бўлмаган шахслар томонидан ҳам амалга оширилиши мумкин.

Дитерихс шинасини қўйиш:

- ён томондаги тахталар шикастланган оёқ узунлигига мос келиши лозим (ташқи тахта қўлтиқ чуқурчасига, ички тахта четга тақалиб туриши керак); ташқи жинсий аъзолар босилиб қолмаслигини кузатиб бориш лозим. Тахтанинг бўш учлари оёқ қафтдан 10-15 см. чиқиб туриши зарур;

- ёғоч таглик маҳкам қилиб пойабзал ёки оёқ қафтига саккизсимон қилиб ўралади;

- суяк дўнгликлари (тос суягининг қорин билан қовурға орасидаги қанот, тўпик суяги) ва оёқ қафтининг ташқи юзасига ётоқ яра ва жонсизланишнинг олдини олиш учун пахтали ёстиқчалар қўйилади;

- ён томондаги тахталар кўкрак ва оёққа қўйилади ва маҳкамланади. Пастдан ён томондаги тахталар кўндаланг боғлами тахтача билан мустаҳкамланади;

- шина маҳкамлангандан сўнг ёғоч тагликда ўрнатилган боғич ва

таёқча ёрдамида сон чўзилади. Боғич кўндаланг тахтачадаги тешик орқали ўтказилади. Кўндаланг тахталар қўлтиқ чуқурчаси ва четга тиралгунча ва оёқнинг нормал узунлиги тиклангунча чўзишни давом эттирилади. Чўзиш жараёнида увушиши, оғрик кучайиши юзага келмаслиги лозим;

- оёқ осилиб қолмаслиги учун чов ва болдирнинг орқа юзаси бўйлаб фанерли ёки Крамер шинаси қўйилади;

- шина оёққа бинтнинг айланма ҳаракатлари билан маҳкамланади;

- стандарт транспорт шинаси бўлмаганда, шикастланган оёқни ҳаракатсизлантириш учун жойида тайёрланган шина ишлатилади ёки шикастланган оёқ соғ оёққа маҳкамланади.

Тизза бўғими учта суяк (сон суяги, катта болдир ва тизза қопқоғи суяги)



Сон суягининг пастки учдан бири синганда, шикастланган кишини ётқизиш



31-расм. а) нотўғри ётқизиш;

б) тўғри ётқизиш (тизза букилган, унинг остига думалоқланган нарса қўйилган, бу томир-нерв қисилиб қолганининг олдини олади)

нинг орасида ҳосил бўлади. Сон суягининг ички ва ташқи дўнгликларини бўртиб чиққан бўғим юзалари, катта болдир суягининг ички ва ташқи дўнгликларини ботикроқ бўғим юзалари билан бирлаштиради. Олд томонда эса тизза қопқоғининг орқа бўғим юзаси сон суягининг дўнг оралик бўғим юзасига тегиб туради. Тизза бўғимини ҳосил қилишда иштирок этган сон ва катта болдир суяклари бўғим юзаларининг ўзаро мос бўлмаган қисмини ярим ой шаклидаги тоғай пластинка (мениск) лар тўлдиради. Бўғим халтасининг ички (синовиал) қавати бир неча бурмаларни вужудга келтиради. Шулардан каттаси тизза қопқоғи синовиал халтаси бўлиб, тўрт бошли мушакнинг пайи билан сон суяги дистал қисмининг олд юзаси ўртасида жойлашган. Тизза бўғими ғалтаксимон бўлиб, бунда букилиш ҳамда ёзилиш содир бўлади.

Бўғим шикастланишларининг кўпчилигида унинг бўшлиғига қон қуйилади ва бурмалар ёки синовиал халталарда тўпланади. Натижада бўғимнинг шакли ўзгаради, унинг рельефи силликланади (бўғим шишади), ҳажми катталашади, ҳаракат вақтида ва мушаклар таранглашганда кучаювчи оғриқ пайдо бўлади. Оғир бўғим ичи шикастланишларидан сўнг қон қуйилиш (гемартроз) пайдо бўлади ва тез кўпайиб боради ҳамда бўғим ичидан шишгандек бўлади. Енгиж жароҳатларда, масалан, лат ейишда, гемартроз бир неча соатдан сўнг ёки иккинчи кун юзага келади.

Гемартрозда биринчи ёрдам:

1. Бўғимни ҳаракатсизлантириш, агар бўғим ҳажми катталашмаган бўлса ёки секин катталашса, тинч ҳолат яратиш учун таранг бинтли боғлам қўйиш. Уни маҳкамроқ қисиб туриш учун тизза кўзи атрофида пахта-докали доира (тешик-қулча) билан қўшимча боғлаш;

2. Бўғим соҳасига совуқ нарса (муз солинган халта) қўйиш;

3. Бўғимга зўриқиш ман қилинади - шикастланган оёқ босилмайди;

4. Беморни травматолог маслаҳатига юбориш, чунки бўғимга қон қуйилиши мениск, бойламлар шикастланиши, тизза кўзи чиқиши, бирлаштирувчи суякларнинг синиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Тизза бўғими бойламларининг узилишидан ички ён томондаги бойлам шикастланиши кўпроқ учрайди. Бир вақтнинг ўзида *мениск шикастланиши* содир бўлиши мумкин. Бойлам тўлиқ узилганда бўғимда оғриқ сезилади, болдир ён томонга осон бурилади. У қисман шикастланганда, болдирнинг ён томонга бурилиши камроқ ифодаланган. Одатда, бўғим бўшлиғига қон кўп қуйилади (лат ейишга қараганда). Аксарият ҳолларда бўғимнинг ички юзасида ҳам қонгалаш пайдо бўлади. Тизза бўғимининг крестсимон олд бойламининг узилиши кўпинча спортчиларда учрайди. Кўп ҳолларда бу шикастланиш ички ён томондаги бойлам ва менискнинг жароҳатига боғлиқ бўлади. Жароҳат кескин бурилиш ва болдирнинг ташқарига оғиши натижасида пайдо бўлади. Баъзида шикастланган киши қарсиллаган товушни эшитади, кейинчалик бўғимда оғриқ пайдо бўлади, бўғим бўшлиғига қон қуйилиши сабабли у шиша бошлайди.

Тизза бўғими бойламлари шикастланганда биринчи ёрдам:

1. Бўғимнинг ҳаракатсизлантирилиши, шикастланган оёққа босиш тавсия қилинмайди, чунки зўриқиш қўшимча жароҳатга олиб келиши мумкин;

2. Узоқ транспортировка вақтида оёқ баландроқ жойлаштирилади ва бўғимга совуқ нарса қўйилади;

3. Тизза бўғими бойламлари шикастланганига озгина бўлса ҳам, шубҳа пайдо бўлса, беморни травматолог кўриши учун ихтисослашган шифохона ёки бўлимга юбориш зарур.

Тизза бўғимининг менисклари шикастланиши дастлаб унинг бошқа шикастланишларидан кам фарқ қилади. Қатор ҳолларда бўғим бўшлиғида менискнинг узилган қисми кисилиб қолиши оқибатида ҳаракатчанлик чекланади, яъни бўғим қамали юзага келади. Уни зўрлаб бартараф қилиш ярамайди, чунки бунда мениск ёки атрофдаги бўғим ички тузилмалари янада кучли шикастланиши мумкин. Шикастланган оёқ ҳаракатсизлантирилади, совуқ нарса қўйилади ва бемор шифохонага жўнатилади.

Тизза қопқоғи чиқишида у силжийди (кўпинча ташқарига), сон ичкарига бурилганда, оёқ тиззада ярим букилган бўлади. Биринчи ёрдам: транспортировка вақтида бўғим стандарт зинапояли шина ёки ёрдамчи воситалар ёрдамида ҳаракатсизлантирилади. Шифохонада бўғим бўшлиғидан (агар бўлса) қон олиб ташланади ва гипсли боғлов қўйилади.

Болдир чиқиши жуда оғир шикастланишлар гуруҳига киради. Кўпинча у орқага (орқа чиқиш) ёки орқага ва ташқарига (орқа-ташқи чиқиш) силжийди. Орқа чиқишда аксарият ҳолларда тизза остидаги томир ва нервлар, орқа-ташқи чиқишда эса кичик болдир нерви шикастланади. Суяк чиқишида тизза бўғими шакли ўзгаради, ҳаракатлар қийинлашади. Бундай чиқишни зудлик билан ўрнига тушириш зарур, бироқ уни умумий оғриқсизлантиришсиз амалга ошириш мумкин эмас. Оёқ шина (Дитерихс) ёки ёрдамчи воситалар ёрдамида ҳаракатсизлантирилади. Тизза бўғимини ҳосил қилувчи суяк синишлари ҳам оғир шикастланишларга киради. Тиззага йиқилиш ёки олд томондан тиззага зарба тушиши натижасида юзага келган тизза қопқоғи синишида бўғимнинг шиши, кенг гематома, ҳаракат вақтида ва пайпаслаб кўрилганда, оғриқ қайд қилинади. Шикастланган киши оёғини тизза бўғимида ёза олмайди.

Тизза бўғимининг суяклари синганда биринчи ёрдам. Стандарт шина ёки ёрдамчи воситалар ёрдамида тизза бўғимини тўлиқ ёзилган ҳолатда ҳаракатсизлантириш лозим. Бўғимнинг бошқа шикастланишларидан фарқли ўлароқ, ҳаракатсизлантирилгандан сўнг шикастланган киши оёғини боса олади.

Сон ва катта болдир суякларининг бўғим ичи шикастланишлари тизза соҳасида оғриқ билан кечади, синиқлар силжиганда бўғимнинг шакли ўзгаради, унинг бўшлиғи ҳамда бўғимолди тўқимага қон қуйилиши тезлашади ва тез орада болдирга тарқалади. Транспортировка вақтида

ҳаракатсизлантириш учун стандарт шина (Дитерихс) ёки ёрдамчи воситалардан фойдаланилади. Жойида тайёрланган шина етарли даражада узун бўлиб, қўлтиқ чуқурчасидан оёқ кафтигача (ташқи) ва чотдан оёқ кафтигача бўлиши зарур, (ички) тизза бўғмининг **очик шикастланишларида** жароҳатга стерил боғлов қўйилади. Агар жароҳат катта бўлмаса ва бўғмининг бўшлиғига ўтмаса, шу билан чекланиш мумкин, лекин капсула, бойлам шикастланганда, чиқиш ва синишларда бўғимни шина ёрдамида ҳаракатсизлантириш (32-расм) лозим. Очик шикастланишларда (бўғим бўшлиғига ўтувчи) ҳам шина қўйилади ва жароҳатни тозалаш учун бемор зудлик бѳихонага юборилади.



32-расм. Сон болдир суякларни синганда шина қўйиш

Бўғим бўшлиғида *ёт жисм (нина, шиша) лар бўлган* жароҳатда стерил боғлам қўйилади ва бўғим ҳаракатсизлантирилади. Ёт жисмни чиқаришга ҳаракат қилмаслик лозим. Жароҳатни махсус тозалашсиз қилинган ҳаракат бўғим бўшлиғига қўшимча инфекция тушишига олиб келиши мумкин. Боғлов қўйишда жуда эҳтиётлик билан ҳаракат қилиш керак (оёқни қимирлатмасдан), чунки ёт жисмнинг кўчиши юзага келиши мумкин. Боғлам таранг қўйилмаслиги лозим. Бемор зудлик билан ихтисослаштирилган бўлим ёки шифохонага юборилади.

Боғловлар. Тизза бўғимига кўпинча бинтли боғловлар қўйилади, унча катта бўлмаган юзаки яраларда турли бинт ёки ёпишқоқ пластир ишлатилади.

Тизза бўғимига тошбақасимон боғлам қўйиш. Бинтнинг биринчи айланаси тизза кўзи соҳаси орқали ўтказилади, кейинчалик тепага (сонга) ва пастга (болдирга) йўналтирилади, ҳар гал орқада (тизза остида) кесишади. Камроқ ҳолларда кесишадиган тошбақа боғлови ишлатилади (33-расм): биринчи айлана сон ёки болдирга қўйилади, кейингилари тизза остида кесишиб, ўртада тизза кўзи даражасида кесишади. Тошбақасимон боғламларни ярим букилган тизза бўғимига, букилмаган оёққа эса саккизсимон боғловни қўйиш мақсадга мувофиқдир.



33-расм. Тизза бўғимига тошбақасимон боғлам қўйиш

Болдир - катта ва кичик болдир суякларидан иборат. Катта болдир суяги ички томонда, кичиги эса ташқи томонда жойлашган. Катта болдир суяги призма кўринишида бўлади. Суякнинг тепа қисми кенгайган ва иккита бўғимли дўнги мавжуд (ташқи ва ички) ва улар сон суяги билан бирлашади. Катта болдир суягининг пастки учи тўрт қиррали шаклга эга ички чети пастда ички тўпикқа ўтади. Кичик болдир суягининг тепа учи кенгайган бўлиб, бошча деб айтилади, пасткиси эса чўзилган бўлиб, ташқи тўпикни ҳосил қилади. Иккита суяк ўзаро

суяк орасидаги парда билан бирлашади. Катта болдир суягининг пастки учи, ташқи ва ички тўпиклар тўпик суяги билан бирикади ва болдиросиқ бўғимини шакллантиради. Болдир мушаклари 3 гуруҳга бўлинади: олд (кафт ва бармоқ ёзилгичлари), ташқи (оёқ кафтининг ташқи учини букиш ва кўтаришини бажарувчи кичик болдир) ва орқа (оёқ кафти ва бармоқларини букувчи). Энг бақувват болдир-оёқ мушаги товон пайи орқали оёқ кафтидаги товон суягига маҳкамланади. Болдир орқа ва олд катта болдир артерияларидан қон билан таъминланади. Болдирнинг иннервацияси катта болдир ва кичик болдир нервлари томонидан амалга оширилади.

Суяк пардаси лат егандан сўнг шикастланишдан кейинги периостит юзага келади. Мушак пардаси йиртилганда, унинг чурраси пайдо бўлиши мумкин. Кескин сакраш ёки таранглашган мушакка уриш натижасида унинг тўлиқ ёки қисман йиртилиши (кўп ҳолларда болдир мушагининг ташқи бошчаси) кузатилади. Юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ шикастланишларини даволаш консерватив - баланд ҳолат, биринчи кунлари жароҳатга совуқ нарса қўйиш ёрдамида олиб борилади. Болдир юмшоқ тўқималарининг кенг шикастланишларида 2 ҳафтагача иммобилизация қўлланилади, сўнгра эса даволаш гимнастикаси ва массаж тайинланади.

Товон пайи йиртилганда, жароҳат механизми бевосита (болдирнинг учбошли мушаги таранглашганда пайига уриш) ёки билвосита (масалан, сакраганда) бўлиши мумкин. Одатда, йиртилиш вақтида ўзига хос қарсиллаган товуш эшитилади, сўнгра қадам ташлаш ўзгаради, шикастланган оёқ учида туриш қийин бўлади. Пайпаслаб кўрилганда, йиртилиш жойида ўзига хос чуқурча аниқланади. Секин-аста бу жой шишади ва уни аниқлаш қийин бўлади.

Товон пайи узилганда биринчи ёрдам:

1. Шикастланган жойга совуқ нарса қўйиш;
2. Тизза ва болдир-кафт бўғимини ҳаракатсизлантириш. Оёқ кафтига кучли таглик қўйилиб, букилиш ҳолати яратилади; шу мақсадда оёқ кафтининг ташқи ва болдирнинг олд юзасига тахтача (масалан, чизгич) боғланади, тизза бўғими сал букилади.

Шикастланган киши оёғини босиши мумкин эмас, транспортировка вақтида шикастланган оёқ баландроқ жойлаштирилади (34-расм). Болдир юмшоқ тўқималарининг узилган, лат еган, кесилган, тешилган жароҳатларида биринчи ёрдам умумий тамойиллар бўйича амалга оширилади.



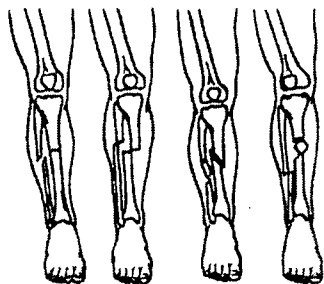
34-расм. Товон пайи узилганда биринчи ёрдам

Болдир суякларининг синишлари очик ва ёпиқ бўлади. Катта болдир суяги дўнглари, кичик болдир суяги, тана, тўпик ва бошчасининг синишлари фарқланади. Болдир суякларининг юқори ва пастки учлари синишлари бўғим ички ва бўғимолди бўлади. Тананинг юқори,

ўрта ва пастки учдан бирида болдир суягининг синишлари кўндаланг ёки спиралсимон бўлиши мумкин (оёққа йиқилишда). Камрок ҳолларда болдир суягининг кўндаланг ёки парчали синишлари учрайди (зарба, босилиб қолиш, букилиш).

Болдир суягининг ёпиқ синишларида патологик ҳаракатчанлик, синикларни силжиши ва қарсиллаш, оёқ деформацияси қайд қилинади, шиш тез кўпаяди, оғриқ пайдо бўлади, оёқ функцияси бузилади. Болдир суякларининг бевосита жароҳатида суяк бутунлиги бузилишидан ташқари, тизза бўғимининг бойламлари шикастланади ва буни малакали шифокор ҳам дарҳол аниқлаши қийин. Болдир суякларининг юқори учдан бири синганда, томир ва нервлар шикастланиши мумкин. Жароҳатдан сўнг болдир тўқималарига қон қуйилиши, айниқса, мушак пардаси шикастланганда, шиш тез ўсишига олиб келади. Зудлик билан жароҳлик амалиётни амалга ошириш зарур (35-расм).

Болдирнинг ёпиқ синишларида биринчи ёрдам. Шикастланган оёқни ҳаракатсизлантириш стандарт транспорт шинаси ёки ёрдамчи воситалар билан амалга оширилади. Транспорт имобилизациясида яхшиси зинапояли Крамер шинасидан фойдаланиш зарур. Уни ишлатиш муракаб эмас ва махсус билимлар талаб қилинмайди. Юмшоқ пахта тагликли шина оёқ букилишлари бўйлаб ясалади, болдир ва соннинг орқа юзаси бўйлаб думба бурмасидан товонгача қўйилади, сўнгра уни тўғри бурчак остида тагликка букилади ва бармоқ учларигача етказилади. Ён томонлари бўйича иккита фанер шина қўшиб, бутун қурилма спирал боғлов билан маҳкамланади.



35-расм. Болдир синишлари

Симли арматурадан ясалган шиналар оёқнинг ташқи ва ички юзаси бўйлаб узанги кўринишида қўйилади, оёқ кафти осилиб қолмаслиги учун тахтача ёки фанердан ясалган тагликдан фойдаланилади. Ҳаракатсизлантириш барча шиналарни бинтлаш билан тугайди. Болдир суягининг биттаси синганда, оғриқни камайтириш учун ҳам имобилизация зарур, лекин шикастланган оёқнинг орқа юзаси бўйлаб қўйилган битта зинапояли шина билан ҳам кифояланиш мумкин. Стандарт шиналар

бўлмаганда, ёрдамчи воситалар (таёк, зонт, хасса, чанғи) ни синган жойдан юқори ва пастроқ камар, арқон, сочик, рўмолнинг айланма ҳаракатлари билан ишлатиш мумкин. Баъзи ҳолларда ҳаракатсизлантириш учун синган оёқ соғ оёққа боғланади.

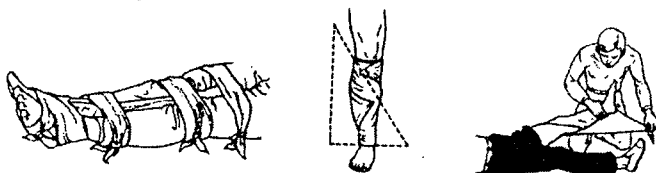
Болдирнинг очик синишларида биринчи ёрдам

1. Жароҳатга стерил боғловни қўйиш. Болдир артериялари шикастланганда, тизза ости соҳасидаги артерия бармоқ билан босилиб қон тўхтатилади, сўнгра жгут қўйилади;

2. Транспорт иммобилизацияси болдирнинг ёпиқ шикастланишларидаги сингари бўлади;

3. Шикастланган киши жарроҳлик бўлимига жўнатилади, у ерда жароҳатнинг бирламчи тозаланиши, иммобилизация (кўпинча гипсли боғлов), скелетни чўзиш ёки остеосинтез - синиқларни металл конструкциялар, махсус аппаратлар ёрдамида маҳкамлаш амалга оширилади.

Боғловлар. Болдир шикастланишида кўпинча бинтли, кам ҳолларда ёпишқоқ пластирли боғловлар ишлатилади. Томирлар варикоз кенгайганда, юзаки томирни компрессияси учун болдирга кўпинча рўмолли ёки эластик бинтли боғловлар қўйилади, бу чуқур томирлар бўйлаб қон оқиши кучайишига ёрдам беради ва улар тромбознинг олдини олади (36-расм).



36-расм. Болдирнинг очик синишларида биринчи ёрдам

Болдирга эластик бинтли боғлам қўйиш

† томирлар таранглашиши ва шишни камайтириш учун бемор оёқлари баланд қилиб ётқизилади;

† оёқ бармоқлардан бошлаб трикотажа эластик бинт билан боғланади. Бир қўл билан бинтнинг бошланғич қисми ушлаб турилади, иккинчи қўл билан эса бир текисда ўралади ва бинтнинг аввалги айланаси $2/3$ га ёпилади;

† барча юзалар ва бўғимлар ёпилишини ва бинт бурмалар ҳосил қилмаслигини кузатиш лозим;

† эластик бинтлаш букилишларсиз юқорига йўналган спиралсимон боғловни қўйгандек амалга оширилади. Бинтнинг эластиклиги оёқ юзасини етарли даражада физиологик ҳолатда сақлашга ёрдам беради;

† болдирга боғлов қўйилганда, у тепа учдан бир қисмида бир неча айланма ҳаракатлар билан ўралади ва ўзаро тўғноғич билан маҳкамланади;

† бинтнинг маҳкамловчи айланалари оёқни тортиб қолмаслигини кузатиб бориш лозим, чунки бу қон ва лимфа оқшини қийинлаштириб, шишни катталаштириши мумкин.

Болдир-ошиқ бўғими - галтаксимон бўғим бўлиб, катта болдир ва кичик болдир суяклари пастки учларининг бўғим юзалари ва тўпиқ суягининг бўғим юзасидан ҳосил бўлган. Иккала болдир суяги ўзаро бойламлар билан бирлашган. Болдир-ошиқ бўғимининг ёнлама бўлимлари бойламлар билан маҳкамланган. Бўғим бўшлиғи бўғим халтаси билан чегараланган. Бўғим олд ва орқа катта болдир артерияларидан қон билан таъминланади. Олд

артериянинг пульси бўғимнинг олд юзасида, орқа артерияники эса ички тўпиқ орқасида аниқланади. Бўғимда ҳаракатланиш асосан икки - паст (букилиш) ва юқори (ёзилиш) йўналишда бажарилади.

Болдир-ошиқ бўғими лат еганда ёки босилиб қолганда, оғрик, шиш юзага келади, бўғимнинг функцияси бузилади, лекин оёқнинг таянч вазифаси чекланмайди.

Болдир-ошиқ бўғими лат еганда биринчи ёрдам:

1. Бўғимга совуқ нарса қўйиш, тинч ҳолат яратиш;
2. Оёқни баланд қилиб жойлаштириш;
3. Маҳкам қилиб бинтлаш. Баъзида эластик бинт ишлатилади. Бўғим олди тўқималар шиши бўлган кенг лат ейишларда бўғимни ҳаракатсизлантириш ва шишган тўқималарни босиш учун баъзида пневматик компрессион шиналар қўлланилади. Бундай шиналарга совутувчи гель солинган халтачаларни жойлаштириш (37-рasm) мумкин.



37-рasm. Болдир-ошиқ бўғими лат еганда биринчи ёрдам

Болдир-ошиқ бўғимини маҳкамловчи бойламларнинг тўлиқ ёки қисман шикастланишларида жароҳат жойида оғрик ва шишдан ташқари, қонталаш пайдо бўлади. Агар у катта бўлмаса, қисман шикастланиш ва иммобилизация учун таранг бинтли боғлов қўйиш старли ҳисобланади. Бўғимолди тўқималарига қон кўп қуйилса, бойламнинг тўлиқ узилишидан дарак беради ва бундай ҳолларда бўғим юмшоқ боғлов билан тўлиқ ҳаракатсизлантирилиши лозим.

Болдир-ошиқ бўғими чиқиши меъёридан ошувчи ҳаракатларни бажариш вақтида, бўғим бойламларининг механик мустаҳкамлиги старли бўлмаган ҳолларда юзага келади. Бундай ҳолда бутун оёқ кафти тўпиқ суяги билан биргаликда болдир-ошиқ бўғимининг доирасидан чиқади, бироқ оёқ кафтининг бошқа бўғимларида суякларнинг мослиги сақланиб қолади. Оёқ кафтининг тўлиқ чиқишларида бўғим соҳасидаги юмшоқ тўқималар, шу ердан ўтувчи томир ва нервлар шикастланади. Оёқ кафтининг очик шикастлари кам учрайди, лекин жуда оғир жароҳат ҳисобланади.

Болдир-ошиқ бўғими чиқишларида биринчи ёрдам:

1. Оёқ кафтининг ҳар қандай чиқишида унинг шикастланган соҳасини ҳаракатсизлантириш;
2. Очик жароҳатда ярага стерил боғлов қўйиш;
3. Оғриқсизлантиришсиз товоннинг бузилган шаклини, оёқ кафтининг нормал бўлмаган ҳолати ва ҳаракатчанликнинг кескин чекланишини ўзгартирмаслик;
4. Иммобилизациядан сўнг шикастланган кишини зудлик билан жароҳлик бўлимига жўнатиш;

5. Транспортировка вақтида шикастланган киши зарарланган оёғига таянмаслиги лозим, чунки бу оёқ кафтининг кучлироқ силжишига олиб келиши ва оғриқ кучайишига сабаб бўлиши мумкин.

Болдир суякларининг пастки учи синишлари унинг бўғимолди (тўпикусти синишлари ёки бўғим ички бир ёки иккита тўпик, катта болдир суягининг бўғим учи синишлари) турига киради. Бўғим ички синишлари кўпинча оёқ кафти синиши билан кечади. Синишлар унинг силжиши ва силжишисиз бўлиши мумкин. Жароҳатнинг юзага келиши кўп ҳолларда бевосита, масалан оёқ кафтининг қайрилиб кетиши туфайли бўлади. Унинг белгилари - оғриқ, бўғим контурларининг ўзгариши, функцияси бузилиши, катта қон қуйилишининг пайдо бўлиши. Шикастланган киши зарарланган оёққа таяна олмайди, бироқ баъзи силжишсиз синишларда ҳаракат лаёқати сақланган бўлади. Болдир-ошиқ бўғими синишида биринчи ёрдам: бемор транспорт шинаси ёки ёрдамчи воситалар билан ҳаракатсизлантирилиб, травматология пунктига ёки шифохонага жўнатилади. Транспортировка вақтида шикастланган оёққа зўриқиш тавсия қилинмайди, чунки синишларнинг силжиши кўпайиши мумкин.

Болдир-ошиқ бўғими соҳасининг очиқ синишлари қон кетиши билан кечади, уни тўхтатиш учун жгут ишлатилади. Стерил боғлов қўйилганда, транспорт имобилизацияси ўтказилгандан сўнг шикастланган кишини жарроҳлик бўлимига юбориш зарур. У ерда ярани бирламчи тозалаш, суяк синишларида солиштириш (репозиция) ва маҳкамлаш амалга оширилади.

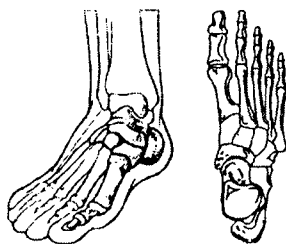
Болдир-ошиқ бўғимига қўйиладиган боғловлар кўпинча бинтли, рўмолли, кам ҳолларда ёпишқоқ пластирли бўлади. Бинтли боғловлардан саккизсимон (крестсимон) боғлов ишлатилади. Бу боғлов болдир-ошиқ бўғимини ҳамма томондан ёпилишига имкон яратади ва ҳаракат вақтида тушиб кетмайди. Бинт бўлмаганда, оёқ кафтига ва болдир-ошиқ бўғимига вақтинча боғловни рўмол ёрдамида қўйиш мумкин.

Шиналаш. Болдир-ошиқ бўғими шикастланишида шиналаш болдир шикастланганда ҳаракатсизлантиришдаги каби амалга оширилади. Стандарт шиналар ишлатилганда, оёқ кафти ва болдир пахта билан ўраллади ва бинтнинг спирал айланмалари билан маҳкамланади. Суяк дўнглари пахтали ёстиклар қўйилади. Зинапоясимон ёки бошқа шиналар аввал мослаштирилади, сўнгра эса болдирнинг орқа юзаси бўйлаб тизза бўғимидан бармоқ учларигача қўйилади ва оёққа бинт ёрдамида маҳкамланади. Транспортировка вақтида шикастланган киши зарарланган оёғини босмаслиги зарур. Стандарт шина бўлмаганда ёрдамчи воситалардан фойдаланади.

Оёқ кафти - болдир-ошиқ бўғимидан пастроқ жойлашган, унинг асосини 26 та суяк ташкил қилади. Оёқ кафтининг орқа, ўрта ва олд қисмлари, шунингдек, унинг ташқи ва таг юзалари фарқланади. Орқа қисм тўпик ва товон суякларидан иборат. Тўпик суяги амартизатор ролини бажаради, унинг маркази орқали болдир-ошиқ бўғимининг айланиш

ўки ўтади. Оёқ кафтининг ўрта қисми - кубсимон, қайиқсимон ва 3 та понасимон суяклардан иборат ва бир-бири билан калта бойламлар орқали маҳкам бирлашган. Оёқ кафтининг олд қисми - 5 та оёқ қафт суяклари ва бармоқ фалангаларидан иборат. 1 - бармоқда 2 фаланга, қолганларида эса 3 тадан фаланга мавжуд. Биринчи оёқ қафти суягининг бошчаси остида 2 та қатта бўлмаган суякчалар жойлашган. Улар бирлашиб, оёқ қафти суялари тўпиқ ости, оёқ қафти суяклараро, оёқ қафти олди, фалангалараро бўғимларни ҳосил қилади (38-расм). Уларнинг барчаси маҳкам бойламлар билан боғланади. Оёқ қафти бўғимларидаги ҳаракатларни болдир ва оёқ қафти мушаклари таъминлайди. Оёқ кафтининг таг юзасида мустаҳкам апоневроз жойлашган. Мушак пайлари синовиал кинларга эга.

Оёқ қафти ташки ва ички таг артериясидан қон билан таъминланади, пульсни оёқ кафтининг ташки юзасида, ташки ва ички юзалари (тўпиқлар ёнида) да аниқлаш мумкин. Оёқ кафтининг иннервацияси қатта ва кичик болдир ҳамда болдир нервнинг тери тармоқлари томонидан амалга оширилади.



38-расм. Оёқ қафти

Оёқ кафтининг таг юзасидаги тери қалин, ташки томонда эса юпка ва қайишқоқ бўлади. Оёқ кафтининг бўйлама ва қўндаланг гумбазлари рессор функцияни бажаради натижада оёқ, тос ва умуртқага оғирлик тушиши - енгиллашади.

Оёқ қафти лат еганда, асосий клиник белги - кучли оғрик. Бу зарба суяк пардасига тўғри келиши билан боғлиқ. Кейинчалик шиш пайдо бўлиб, кучайиб боради. Биринчи ёрдам оғрикни камайтиришга ва совуқ нарса қўйиш билан шишнинг олдини олишга қаратилган.

Оёқ кафтининг чиқишлари амалиётда камроқ учрайди ва клиник кўриниши чиқиш турига боғлиқ. Ички чиқишда тўпиқ ости бўғимида оёқ қафти ичкарига кескин сурилган, таг юзаси ичкарига қаратилган, товон ичкарига ўгирилган, ташки тўпиқ туртиб чиққан бўлиб, унинг устидаги тери таранглашади, тўпиқ остида эса ичкарига тортилган бўлади. Ички тўпиқ чуқурроқ тушиб кетади ва қийинчилик билан аникланади. Шикастланган кишини шиш ривожланишидан олдин шифохонага юбориш жуда муҳим. Оёқ кафтининг ҳолатини оғриксизлантиришсиз тўғрилаш ман қилинади. Шикастланган оёқ транспортировка вақтига симли шина ёки ёрдамчи воситалар билан ҳаракатсизлантирилади ва баланд жойлаштирилиб, имкон бўлса, совуқ нарса қўйилади. Шикастланган оёқни босиш ярамайди, чунки бу оғрикни ва силжишни кучайтириши мумкин.

Тўпиқ ости бўғимининг ташки чиқиши оёқ қафти ва товоннинг ташқарига силжиши билан кечади, ички тўпиқ тери остидан кескин туртиб чиқади, ташқиси эса қийинчилик билан аникланади. Қўй ҳолларда чиқишда терининг шикастланиши кузатилади (очик чиқиш). Бундай ҳолда биринчи

ёрдам ярага стерил боғлов қўйиш билан бошланади. Оёк кафтининг ўрта қисми суяқларининг чиқишлари, одатда, камроқ белгилар билан намоеъ бўлади, чунки тўқималарнинг тез қисаётган шиши чиқиш белгисини яширади. Оёк кафти суяқлари чиқишида унинг олд қисми шакли ўзгаради.

Биринчи ёрдам оёк кафтининг бошқа чиқишларидаги каби кўрсатилади. Оёк кафтининг кучли лаг ейишларини суяк чиқишларидан фарқлаб олиш қийин. Шунинг учун оғрик ва шиш билан кечувчи оёк кафтининг бевосита шикастланишларида беморни мутахассис шифокорга олиб бориш зарур.

Оёк кафтининг синишлари баландликдан сакраш ёки оёк кафтига оғир нарсалар тушиши оқибатида пайдо бўлади.

- тўпик суяги синганда, силжиган суяк синиғи товон пайи ва терини босиши мумкин, бу қон айланишини бузади ва ёрдам кеч берилса, юмшоқ тўқималар ва терининг ўлишига олиб келиши мумкин. Унинг клиник белгилари - оғрик, шиш ва болдир-ошиқ бўғими соҳасига қон қуйилишлар хисобланади. Босиб кўрилганда, оғрик кучаяди;

- суяк синиқлари силжиганда, оёк кафти такга букялиш ҳолатини эгаллаши мумкин, чунки тўпик туришининг баландлиги соғ оёкка нисбатан 2-3 см га пасаяди. Шиш ривожлангунча шикастланган кишини зудлик билан ихтисослаштирилган даволаш муассасасига олиб бориш зарур. Транспортировка вақтида оёк шина ёрдамида ҳаракатсизлантирилади, баланд жойлаштирилади ва имкони бўлса совук нарса қўйилади;

- товон суяги синганда, болдир-ошиқ бўғимидан пастрок ва шиш, оёк кафтининг бўйлама гумбазининг зичланиши, товон пайи контурларининг силлиқланиши, товон кўндаланг кенгайиши, оёк кафти баландлигининг пасайиши қайд қилинади. Товон снгил босилганда, кескин оғрик пайдо бўлади;

- оёк кафти суяқлари синганда, унинг ташқи томони босилганда синган соҳадаги оғрик кучаяди. Унинг ташқи ва таг юзаларида тез орада кенг қон қуйилиш юзага келади;

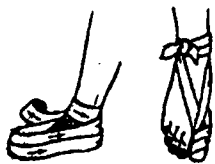
- оёк кафти бармоқларининг фалангалари синганда кўп ҳолларда тери шикастланади. Шикастланган фаланга ёки бутун бармоқ соҳасида тери остига қон қуйилади, зўриқиш вақтида кескин оғрик қайд қилинади, меъёрида бўлмаган ҳаракатчанлик юзага келиши мумкин. Бармоқ фалангасининг алоҳида синишларида шикастланган бармоқ атрофига ёпишқоқ пластирли боғлов қўйилади. Бундай иммобилизация учун кенг ёпишқоқ пластир ишлатилади, у бир неча марта бармоқ атрофида ўралади;

- бир нечта бармоқ синганда, ҳар бири ёпишқоқ пластир билан маҳкамланади.

Оёк кафтини шинлаш - болдир-ошиқ бўғими оёк кафтига қўйиладиган боғловлар бинтли, рўмолли ёки ёпишқоқ пластирли бўлиши мумкин. Кўпинча саккизсенмон оёк кафтининг қайтувчи боғлови ва бошоксимон боғловлар (39-расм) ишлатилади.

Оёқ кафтига қайтувчи боғлам қўйиш

Биринчи ёрдам кўрсатилаётганда, қайтувчи боғловни тез қўйиш мумкин. Бу боғлов нафақат бармоқларни, балки товонни ҳам ўрайди. Эни тахминан 8 см бўлган бинт билан тўпиқ соҳаси атрофида айланма давра бажарилади, сўнгра эса бармоқлардан товонгача бўлган кўндаланг давралар амалга оширилади ва бутун оёқ кафти ўралади. Бунда бармоқларни қаттиқ босиш ва оғриқ кучайишига йўл қўймаслик зарур. Аввал бармоқлар пахта билан ўралади. Бинтнинг бўш учи оёқ кафтининг таг юзасига қайтарилади ва оёқ кафтига кўндаланг спиралсимон ёки саккизсимон боғлов қўйилиб, бинт тўпиқлар устида маҳкамланади.



39-расм. Оёқ кафтига боғламлар қўйиш

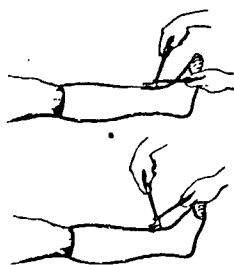
Оёқ кафтининг битта бармоғига боғлам қўйиш. Оёқ кафтининг 1-бармоғига боғлов қўйилганда, эни 4-5 см бўлган бинт ишлатилади. Аввал бармоқ учи айланма ҳаракатлар билан ёпилади, сўнгра эса бинтнинг бўш чети қайрилиб, спирал ҳаракатлар билан маҳкамланади. Кейинчалик бинт оёқ кафтининг ташқи юзаси бўйлаб тўпиқ усти соҳасига олиб борилади, бу ерда айланма давра бажарилади, шундан сўнг 1 бармоққа қайтиб келинади, яна спиралсимон бинтланиб, бинт тўпиқ усти соҳасига йўлланади ва шу ерда маҳкамланади.

Гипс қўйилган беморларни парваришлаш.

Гипс боғламидаги беморларни парваришлаш ва, айниқса, биринчи кунни кузатиш зарур, чунки у синиши мумкин. Бемор гипсда тинч ётиши, тиббиёт ходими руҳсатисиз ёки ёрдамсиз қўзғалмаслиги керак. Боғлам бўғим соҳасидан букилмаслиги лозим, чунки аксарият ҳолларда шу жойдан синади. Бунинг учун гипс боғламини тагига қум солинган қопча қўйиш мақсадга мувофиқ. Шу жойдан дарз кетганда, айлана гипсли боғлам билан мустаҳкамлаш керак. Шишлар қайтгандан кейин гипс боғлами кесилади ва айлана гипсли боғлам билан мустаҳкамланади.

Гипс боғламини счиш учун махсус жиҳозлар ва қайчилардан фойдаланилади. Унда терига жароҳат етказиб қўйишдан сақланиш ва қайчини гипс боғламга параллел равишда ушлаш керак (40-расм).

Букилган жойларини кесиш учун махсус арралар ишлатилади. Боғлам кесилгандан кейин унинг кирралари қўзғатилади ва шу йўл билан тана ва қўл-оёқлар гипсдан бўшатилади. Тери илиқ сувга намланган латта ёки дока билан артилади ва қуриштилади.



40-расм. Гипсли боғламини счишда қайчининг ҳолати. а-тўғри, б-нотўғри.

Болаларда суяк синишининг ўзига хос хусусиятлари

Болалар суяк тизими тузилишининг анатомик ўзига хослиги ва физиологик таркиби фақатгина болалик даврида учрайдиган бир неча хил суяк синиш турларини келтириб чиқаради. Маълумки, ёш болаларда суяк синиши кам учрайди. Бу бола тана вазнининг камлиги, суяк усти пардаси ва юмшоқ тўқимали қопламанинг кўплиги йиқилган вақтда таъсир кучини камайтириши билан тушунтирилади. Болалар суяги ингичка, юмшоқ, лекин катталарникига қараганда жудаям эластик. Бу унинг қайишқоқлиги, таркибида минерал тузларнинг камлиги, суяк усти пардасининг қалинлиги ва кўп қон томирлар борлиги билан боғлиқ. Суяк усти пардаси ғилоф вазифасини бажаради, қайишқоқлик беради ва жароҳатлардан ҳимоя қилади. Суяклар бутунлигининг сақланишида суяк дистал ва проксимал охирларида эпифизларнинг борлиги ва уларнинг метафиз билан кенг эластик ўсувчи тоғай ёрдамида боғланганлиги муҳим роль ўйнайди. Болалар суягининг анатоми – физиологик хусусиятларига кўра, катталарда учрайдиган синиш турларидан фарқли равишда, айнан болаларда учрайдиган ўзига хос суяк шикастланишлари фарқланади: яшил новда типигадаги синиш, суяк усти пардаси ости синиши, эпифизеозиз, остеоэпифизеозиз ва апофизеозизлар шулар жумласидандир. Яшил новда типигадаги синиш. Болалар суягининг эластиклиги ва қайишқоқлиги билан боғлиқ. Бу хилдаги синишга болалар билак суякларини диафиздан синишини мисол қилиб келтириш мумкин. Бунда суяк бир оз эгилган, бўртиб турган томони синган, ботиқ томонида нормал суяк тузилиши сақланган бўлади. Суяк усти пардаси ости синиши устки пардани бутунлиги сақланганлиги билан характерланади. Бу турдаги синиш таъсир кучи суякнинг бўйлама ўқи бўйича берилганда кузатилади. Асосан билак, болдир суякларига ушбу типдаги синиш хос. Суяк бўлаклари силжймайди ёки жуда ҳам сезиларсиз силжиши мумкин.

Эпифизеозиз ва остеоэпифизеозиз - фақат эпифизлар ёки қисман метафиз билан бирга ундан ўсувчи тоғай чизиғи бўйича травматик узилиш ва силжишга айтилади. Бу хилдаги синишлар болалар ва ўсмирларда суякланиш жараёни тўхтагунга қадар учрайди. Эпифизеозиз, асосан, тўғридан-тўғри жароҳат ва суяк чиқиш механизмлари (асосан, катталарда учрайди) асосида келиб чиқади. Бу суяклар ва бўғимларнинг бойлам аппаратининг анатомик хусусиятлари билан боғлиқ. Эпифизеозиз ва остеоэпифизеозизлар бўғим капсуласи ўсувчи тоғай соҳасида бириккан жойларда учрайди. Масалан: билак – кафт, болдир – ошиқ бўғимлари, сон суяги дистал эпифизи ва бошқалар. Бўғим капсуласи метафиз соҳасига бириккан жойларда (чаноқ – сон бўғими) ўсувчи тоғай бўғим ичида қолади ва эпифизеозиз учрамайди. Буни тизза бўғими мисолида тушунтириш мумкин. Жароҳатда сон суяги дистал қисми эпифизеозизи кузатилди, лекин катта болдир суяги проксимал эпифизидида силжиш қайд этилмайди.

Апофизеозиз – апофизнинг ўсувчи тоғай чизиғи бўйича узилиши. Апофиз эпифиздан фарқ қилиб, бўғимдан ташқари жойлашган, кенг

юзга эга бўлиб, мушак ва бойламлар бирикишига хизмат қилади. Мисол қилиб елка суяги медиал ва латерал дўмбокларининг апофизеолизларини келтириш мумкин.

Болаларда суяклар тўлиқ синиб силжиганда, клиник белгилари катталардан фарқ қилмайди. Яшил новда типидagi синишда, суяк усти пардаси ости синишида, эпифизеолиз, остеоэпифизеолиз ва апофизеолизларда суяк бўлаклари силжимаганда, қанчадир микдорда ҳаракатлар сақланади, суякларнинг патологик ҳаракатчанлиги йўқ, бола кўлини аяйди, фақатгина пальпацияда оғрикли нуқталарни аниқлаш мумкин. Бундай ҳолларда фақат рентген ёрдамида тўғри ташхис қўйилади.

Болаларда суяк синишининг клиник белгиларидан яна бири – жароҳатнинг биринчи кунларида тана ҳароратининг 37° – 38° гача кўтарилиши. Бу синган жойдаги гематоманинг сўрилиши билан боғлиқ. Суяк усти пардаси ости синишида, остеоэпифизеолиз ва эпифизеолизларда суяк бўлаклари силжимаганда ташхис қўйиш бирмунча мураккаб. Айниқса, чақалоқ ва кўкрак ёши давридаги болаларда эпифизларнинг суякланиш ядролари ҳали пайдо бўлмаганлиги сабабли, ҳаттоки рентген текшируви ёрдамида ҳам уни аниқлаш қийин. Чунки ёш болалар эпифизининг аксарият қисми тоғайдан иборат бўлиб, рентген нурини сақламайди ва суякланиш ядроси майда нуқта шаклида кўринади. Фақат соғ томон билан солиштирганда ва икки проекцияда рентген сурати туширилганда, суякланиш ядросининг диафизга нисбатан силжиганлигини аниқлаш мумкин. Худди шу ҳолатлар елка, сон суяги бошчалари ва елка суяги дистал қисми эпифизеолизларида кузатилади. Ёши каттароқ болаларда остеоэпифизеолизда суяк бўлаклари силжимаган ҳолатларда ҳам қийналмасдан ташхис қўйиш мумкин ва унда рентген суратида найсимон суяк метафизи кортикал қисмини узилганлиги кўрилади. Ёш болалар суяги синишларида қуйидагилар ташхис қўйишга қийинчилик туғдиради:

- синчковлик билан йиғилмаган анамнез;
- яхши ривожланган тери ости ёғ тўқимаси мавжудлиги (пальпацияга халақит беради);

• суяк усти пардаси ости синишида унинг бўлакларини силжимаслиги.

Санаб ўтилган мураккабликлар оқибатида нотўғри даво тактикаси белгилинади ва бу ўз навбатида, турли даражадаги деформацияларга ҳамда функцияларнинг бузилишига олиб келади. Кўп ҳолларда жароҳатнинг 7-10 – кунларида бемор қайта рентгенга туширилади. Бу вақтда суяк битиши белгилари бошланган бўлиб, синиқ борлиги тасдиқланади.

Болаларда суяк синишларининг 94% ҳолатларида даволашнинг конс ерватив усуллари қўлланилади ва аксарият беморларга фиксацияловчи боғлам қўлланилади. Иммобилизация гипсли ёки лонгетли боғлам бўлганда, ўрта физиологик ҳолатда, қўл ёки оёқнинг 2/3 қисмини эгаллаши ва икки ёндош бўғимларни қамраб олиши зарур. Болаларда циркуляр гипсли боғлам қўлланилмайди, акс ҳолда сегментнинг қон айланишининг бузилиши,

ривожланувчи шиш ва бунинг оқибатида Фолькман ишс⁴мик контрактураси, ётоқ яра ва сегмент некрози келиб чиқиши мумкин. Даво мобайнида суяк бўлақларининг иккиламчи силжиганлигини аниқлаш учун ҳафтага бир марта рентген ёрдамида назорат текшируви ўтказилади. Танани тортиш ёрдамида суякларни тўғрилаш усули кўпроқ елка, болдир ва сон суяклари синганда қўлланилади. Бемор ёшига, синиш характери ва жойлағишига қараб лейкопластирли скелет тортими қўлланилади. Унинг ёрдамида суяк бўлақларини силжиши секинлик билан тўғриланади ва шу ҳолатда етарли вақт давомида ушлаб турилади. Болаларда суяк синишининг эрта муддатларида унинг бўлақлари силжиганда бир мартали ёпиқ тўғрилашни амалга ошириш мумкин. Мураккаб ҳолатларда доимий рентген назорати остида, бемор ва тиббиёт ходимининг нурланишдан ҳимоялаган ҳолда суяк бўлақларини репозиция қилинади. Бунда оғриқсизлантириш усулини танлаш муҳим аҳамиятга эга. Одатда, самарали оғриқсизлантириш репозиция қилиш учун қоникарли шароит яратади. Суяк бўлақларини тўғрилаганда атрофидаги юмшоқ тўқималар кам жароҳатланиши зарур. Бу талабга наркоз тўлиқ жавоб беради ва аксарият ҳолларда шифохона шароитда қўлланилади. Амбулатория шароитларида эса асосан маҳаллий ва ўтказувчи анестезиялардан фойдаланилади.

Оғриқсизлантириш мақсадида синган жойдаги гематомага 1% ёки 2%ли новокаин эритмасини (ёш болаларда ҳар бир ёшга 1 мл ҳисобида) юбориш билан эришилади. Болаларда даво усулини танлаганда, шу жумладан, қайта очик ёки ёпиқ усулда репозиция қилишга кўрсатмаларни аниқлашда кўпгина қолдик силжишларнинг ўсиш давомида тўғирланишини ҳисобга олиш зарур. Шикастланган сегментни тўғрилаш даражаси бола ёшига, суяк бўлақларининг силжиш тури ва даражасига боғлиқ. Шикастланганда ўсувчи қисмнинг зарарланиши кейинчалик турли хил деформацияларга олиб келади. Қолдик деформация боланинг ёши қанчалик кичик бўлса, шунчалик тўғри тикланади.

Айниқса, чақалоқлик даврида деформацияларнинг тикланиши тўла-тўқис кечади. 7 ёшгача бўлган болаларда диафизар суяк синишларида қолдирса бўладиган суяк бўлақлари силжиши даражалари қуйидагича: узунасига силжиш 1-2 см гача, кўндалангига тўлиқ суяк диаметри бўйича. Ротацион силжишлар суяк ўсиши даврида ўзи тикланади. Ёши каттароқ болаларда суяк бўлақларининг барча турдаги силжишларини иложи борича тўлиқ тўғрилаш муҳим аҳамиятга эга. Бўғим ичи ва бўғим атрофи синишларида суяк бўлақларини тўғри ва аниқ репозиция қилиш зарур, акс ҳолда кейинчалик бўғимнинг блоккланишига ва вальгусли деформацияларга олиб келади.

Жарроҳлик амалиёти ёрдамида даволашга кўрсатмалар:

- бўғим ичи ва бўғим атрофи синишларида, суяк бўлақларининг ротацияси билан силжиши;
- икки ва уч мартаба ёпиқ тўғрилаш самарасизлиги ва суяк бўлақларининг қолдириб бўлмайдиган даражадаги силжиши;

- синган суяк бўлаклари орасига юмшоқ тўқималарнинг кириб қолиши;
- нотўғри битган синишларда, агар қолдиқ силжиш жуда ривожланган, хавф туғдирадиган деформацияларга ва буғимнинг қийшайишига ёки ҳаракатсизлигига олиб келса;

- организмдаги патологик ҳолатлар оқибатида юзага келган синишларда.

Юқорида санаб ўтилган жарроҳлик усули ёрдамида даволашга кўрсатмалар аниқланган ҳолларда болани зудлик билан ихтисослаштирилган шифохонага юбориш лозим.

Суюқ синиқларининг битиши болаларда катталарга нисбатан қисқа вақт давом этади. Аммо кам қувватли, рахит билан оғриган, гиповитаминоз, сил ҳамда очиқ жароҳатларда иммобилизация даври чўзилади, чунки бундай ҳолатларда битиш жараёнлари секинлашган бўлади. Етарли бўлмаган давомийликдаги иммобилизация ва эрта юклама бериш суяк бўлақларининг силжишига ёки қайта синишга олиб келишим мумкин. Болаларда суяк синишларида монанд даво олиб борилса, нотўғри битиш ҳолатлари ва ёлғон бўғим юзага келмайди. Суюқ битишининг секинлашиши унинг бўлақлари орасидаги масофа кўп бўлганда ва унинг орасига юмшоқ тўқималар кириб қолганда ҳамда шу жойда қайта синиш рўй берганда кузатилиши мумкин.

Суюқ битиб гипсли боғлам ечилгандан сўнг бўғим ва унинг атрофидаги синишларда, айниқса, тирсак бўғими соҳасидаги синишлардан кейинги ҳаракатлар чекланганлигида функционал ва физиотерапевтик муолажаларни ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Даволовчи жисмоний тарбия енгил, оғриксиз ва секинлик билан олиб борилиши зарур. Болаларда бўғим соҳаси ва унинг атрофидаги синишларда массаж буюриш мумкин эмас, акс ҳолда бу муолажа кўп микдорда суяк қадоғи ҳосил бўлишига ёки суякланувчи миозит ва бўғим халғасини қисман суякланишига олиб келиши мумкин.

Болаларда суяк синишларини иммобилизация қилиш муддатларини сиқиш жойи ва бола ёшидан келиб чиқиб мутахассис шифокор белгилайди.

Ортопедик касалликлар

қад-қоматнинг бузилиши. Инсоннинг тик (ортоград) ҳолда юриши умуртқанинг физиологик эгриликлари пайдо бўлишига олиб келди. Асосий эгриликлар сагитал юзада жойлашган: иккитаси олдинга бўртиб чиққан бўлиб, бўйин ва бел лордозини, иккитаси орқага йўналган бўлиб, кўкрак ва думгаза кифозини ҳосил қилади. Физиологик эгриликлар пайдо бўлиши чақалоқ ривожланишининг алоҳида боқичлари билан боғлиқ ва аста-секин ётган ҳолатдан тик ҳолга ўтишда бўйин ва орқа мушакларнинг қисқариши туфайли юзага келади. 1,5 ойликда бошни кўтариш ва ушлаб туришга бўлган илк уринишлардан турғун бўйин лордози шаклланади. Чақалоқ ўтиришни бошлаши биланок умуртқа кўкрак бўлимида орқага букилади ва кўкрак кифозини ҳосил қилади. Тик ҳолат ва юришнинг бошланиши

компенсатор бел лордозини келтириб чиқаради. Умуртқа поғонаси меъёрий эгриликларининг тўлиқ шаклланиши ва сақланиб қолиши кўп сабабларга - биринчи навбатда, нерв-мушак аппаратининг функционал ҳолатига, умуртқа поғонаси ва тос тузилишининг анатомик шаклига (умуртқалар равоқлари битишмаслиги, спондилолиз, сон суяги бошчасининг варусли ёки вальгусли деформацияси, яссиоёклик), инсоннинг жисмоний ривожланишига, умуртқа поғонаси ва мушакларнинг баъзи касалликлари (Шойерман-Мау касаллиги, полиомиелит, болалар церебрал фалажлиги, спондилит) га ҳамда маиший ва касбий омиллар таъсирига боғлиқ.

Умуртқа поғонасининг ҳолати ва шакли инсон қад-қоматини белгилайди. Қад-қомат – бу индивидуал ривожланиш ва тарбия давомида орттирилган маълум динамик стереотип бўлиб, тинч турганда ва ҳаракатда ҳам сақланиб қолади. Қоматнинг шаклланиши ва унинг ички ва ташқи сабаблар таъсирида ўзгариши мактабгача ёшда бошланиб, бўй ўсиши тўхташ вақтида яқунланади. Қомат шаклланиши давомида салбий омиллар: тана мушаклари кучсиз ривожланиши, жисмоний машқларнинг бажарилмаслиги, кўриш нуқсонлари, бурун-ҳалқум ва эшитув бузилишлари, тез-тез юқумли касалликлар билан оғриш, юмшоқ тагликли кроватлар, парта ва столлар, боланинг етарлича дам олмаслиги, нотўғри қоматли инсонларга тақлид қилиш ҳам маълум аҳамиятга эга. Қуйидаги қомат турлари фарқланади:

Меъёрий қомат. Яққол физиологик эгриликларга эга умуртқа ва тана қисмларининг симметриклиги билан характерланади. Юмалоқ ёки юмалоқ-букри қомат. Умуртқа физиологик эгриликларининг катталашиши билан намоён бўлади. Кўкрак қафаси кенгайган, қорин олдинга тушган. Оғирлик марказининг бел умуртқаларида орқага тушиши тана биомеханикасини чаноқ ва чаноқ-сон бўғимига нисбатан ёмонлаштиради.

Думалоқ ёки тарқоқ-юмалоқ қомат. Етарли бўлмаган лордоз ҳолатида кўкрак кифози катталашиши билан кузатилади. Чаноқ эгилиш бурчаги кичрайган. Кўкрак қафаси тортилган, қорин ботиқлашган.

Букри қоматли болаларда орқа ва елка мушаклари бўшашган, кўпинча бурун ва ҳалқумда ўзгаришлар кузатилади.

Ясси қомат. Астеник типдаги болаларда учрайди, физиологик эгриликлар кучсиз ривожланган, кўкрак қафаси яққол кенгайган, кураклар канотсимон, чаноқ эгрилик бурчаги кичрайган. Умуртқа бирмунча мустаҳкамлигини йўқотган, ноқулай ҳолатларда бошқа қоматларга нисбатан умуртқа поғонасида фронтал юза бўйича деформация (сколиоз) шаклланади.

Сколиотик қомат. Умуртқа поғонасини фронтал юзадан функционал кийшайиши елка камарини ассиметрияси билан биргаликда кузатилади.

Қомат шаклланиши - бошқариладиган жараён. Шунинг учун патологик қомат профилактикасида таянч - ҳаракат тизими туғма нуқсонлари (ясси оёклик, тизза бўғими валгусли ҳолати, оёқлар калталашиши) аниқланган болаларда мунтазам кўриклар, кўз, бурун - ҳалқум касалликлари бор мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар кузатувлари муҳим ҳисобланади.

Болалар мукамал ривожланишининг муҳим омили боланинг тўғри жисмоний тарбиясидир. Уни ҳаётни 1-йилидан бошлаб мураккаблаштириб бориш керак. Турли спорт (чанғи, сузиш, волейбол) машғулотларини 5-6 ёшдан тавсия қилиш мумкин. Тўғри қоматнинг шаклланишида машқлар пайтида бирор буюмни олиб юриш ёрдам беради. Бу бўйин ва орқа мушаклар таранглашиши, етук қомат ривожланиши ва умуртқа поғонаси эгриликлари шаклланишларида муҳим рол ўйнайди. Тўғри қоматни сақлашда болани нафақат уйда, балки мактабда ҳам кузатиб бориш ва мос иш столи танлаш муҳим аҳамиятга эга. Ниҳоят патологик қомат профилактикасида оёқлар деформациясини вақтида даволаш, умуртқа поғонаси нотўғри шаклланишига олиб келувчи омилларни бартараф қилиш лозим. Қоматни тургун бузилишларида орқа мушакларни мустаҳкамловчи ва танани шакллантирувчи махсус даволовчи гимнастикалар, сузиш, массаж буюрилади. Орқа мушакларни электростимуляция қилиш яхши самара беради. Умумий қувватловчи даво (поливитаминлар, кальций препаратлари, тўлақонли овқатланиш аэро-ва гелеотерапия) тавсия этилади.

Остеохондропатиялар болалар ва ўсмирларда узун найсимон суяқларининг эпифиз қисми ғовак қаватиинг қон билан таъминланишининг бузилиши билан характерланади. Суякда типик ўзгаришлар, асосан, болани жадал ўсиш жараёнида кўпроқ кузатилади. Бунда суякда модда алмашинуви жадаллашиб, ўсиш жараёни тезлашади. Шунда суякда, айниқса, унинг эпифиз қисмини қон билан таъминланиши секинлашиб бузилади ва суяк тўқималари етилмай остеопороз (суяқлар мўртлашуви) ривожланади. Организмнинг ўсиш ва улгайиш жараёнида мазкур ўзгаришлар компенсатор характерга эга бўлади.

Бўғимларда анатомо-функционал номутаносиблик ривожланганда, суяқларда сурункали зўриқини жараёни кечади ва хасталаниш ривожланади. Болаларда бундай касалланишлар кўпроқ сон бошчаси умуртқалар танаси катта болдир суяғи ғадир-будирлигининг ва товон суяқларини остеохондропатиялари кўринишида учрайди.

Касалликнинг бошланғич жараёни рентген тасвирда аниқланмайди. Шунинг учун бу даврда компьютер ёки магнит-резонансли томография, сцинтиграфия, денситометрия каби текширишлар уни эрта аниқлашда самарали усуллар ҳисобланади ҳамда касалликни асоратсиз даволашга имконият беради.

Клиник кечиши ва ташхислаш. Остеохондропатияларга касалликнинг оғриқсиз, узок давр аста-секинлик билан ўткир хуружларсиз кечиши хос. Касалликнинг ривожланишида 5 босқич фарқланади:

Рентгенгача бўлган давр (асептик некроз) – эпифизнинг ғоваксимон қисми касалланади (остеопороз ёки субхондрал некроз). Рентген тасвирда касаллик белгилари кўринмайди. Шунинг учун жуда аниқлик билан текшириш имкониятини берадиган (КТ, МРТ, денситометрия, сцинтиграфия) текшириш усулларидадан фойдаланиш зарур. Мазкур давр ўртача 5-6 ой давом этиши мумкин.

Склероз босқичи (патологик синиш босқичи) рентген тасвирда суякнинг эпифиз қисми касалланганлиги аниқ кўринади. Сферик эпифизни яссиланиб қолиши, умуртқалар танасини понасимон кўринишда ўзгариб, кўкрак умуртқаларини кифотик ўзгаришга учраши кузатилади. Мазкур давр ўртача 3 ойдан 6-8 ойгача давом этиши мумкин.

Фрагментация (сўрилиш) босқичи – касалланган соҳада реваскуляризация ривожланади. Некрозга учраган суяк тўқималари ўрнига қўшимча тўқималар ўсиб стилади ва бошқа қон томирлар пайдо бўлиб, суякланишнинг янги жараёни бошланади. Бу давр ўртача 1-1,5 йил давом этиши мумкин.

Репаратив (регенерация) босқичи – емирилиш жараёни тўхтаб, ўрнига янги суякланаётган тўқималар билан тўлиб бориши рентген тасвирда кўринади.

Иккиламчи ўзгаришлар босқичи - суякнинг касалланган соҳаси янги суяк тўқималари билан тўлишиб, стук суякка ўхшаб қолади. Касалланган суяк соҳаси анатомик жиҳатдан икки хил кўринишда тикланади. Касалликнинг бошланғич босқичлари эрта аниқланиб, самарали даволанганда, ҳеч қандай асоратсиз стук суяк шаклланади.

Лекин энг яхши тикланиш жараёни кузатилганда ҳам, мўътадиллашув сон ва умуртқа суякларида 85% дан кўп бўлмайди, яъни тўлиқ анатомик тикланиш кузатилмайди. Касалликнинг III-IV босқичларида даволаниш қанчалик самарали бўлмасин, натижа яхши эмас. Масалан, сон бошчаси кўзиқоринсимон шакл олиб, умуртқа танаси баландлиги пасайиб, дегенератив жараёнлар ривожланишига мойил бўлади ва остеохондроз, артроз ёки коксартроз ривожланади.

Остеохондропатиялар баъзан кўп йиллар давомида ривожланади ва фаол ҳаракатда ўзгаришлар кам кузатилади. Баъзан ўз-ўзидан тузалиб кетади, лекин кейинчалик, бола вояга етгач, остеохондроз ёки деформацияловчи артроз ривожланади.

Сон бошчасининг остеохондропатияси (Лег-Кальве-Пертес касаллиги). Сон бошчасининг асептик некрози, асосан, 5-12 ёшда кўпроқ учраб аксарият ҳолларда ўғил болалар касалланади. Мазкур касалликда сон бошчасининг асептик некрозга учраши хос.

Касалланган болада юрганда тез чарчаш, тизза бўғимларида унча кучли бўлмаган оғрик, оқсокланиб юриш, сон ва думба мушакларининг атрофияси, сон бўғимида уни ташқарига ёзиш ҳаракатининг чекланиб қолиши, касалланган оёқда нисбатан калталиқ кузатилади. Касалликни эрта аниқлаш жуда муҳим, чулки унда иккиламчи асоратларни бартараф этилишига эришилади. Ташхис кўйишда рентген тасвир муҳим аҳамиятга эга. Шу билан бир қаторда КТ, МРТ, денситометрия ва синтиграфияни қўллаш касаллик босқичларини эрта ва аниқ ташхис кўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Катта болдир суяк гадур-будир соҳаси остеохондропатияси (Осгуд-Шлаттер касаллиги). Кўп ҳолларда 14-16 ёшдаги ўғил болалар касалланади ва бир томонлама кўпроқ учрайди. Катта болдирнинг гадир-будир соҳасида

тўсатдан кучли оғрик пайдо бўлиб, бармоқ билан босиб кўрилганда, тиззани букканда, сонни тўғри мушаги таранглашганда кучаяди. Мазкур соҳада юмшоқ тўқималар шиши кузатилади. Рентген тасвирда катта болдир суянг гадр-будир, ташки контури нотўғри, чегараси аниқ бўлмай, мазкур соҳанинг фрагментацияси кузатилади. Кўп ҳолларда касаллик умуртқалар танасининг остеохондропатияси билан бирга келади. Шунинг учун кўшимча рентген текширишлардан ташқари КТ, МРТ, сцинтиграфия, денситометрия ўтказилиб, ёндош касалликлар инкор этилиши лозим. Ўз кузатувида бўлган болаларда остеохондропатияларга шубҳа бўлганда, УАВ уларни мутахассис шифокорга юбориши керак. Соннинг туғма чиқишлари болалар орасида кўп учрайдиган патологик ҳолатлардан бири. Уни эрта аниқлаш ва ўз вақтида мутахассис шифокорга юбориш муҳим амалий аҳамиятга эга. Шунинг учун УАВ сонни туғма чиқишларининг клиник белгилари ва турларини яхши билишлари лозим.

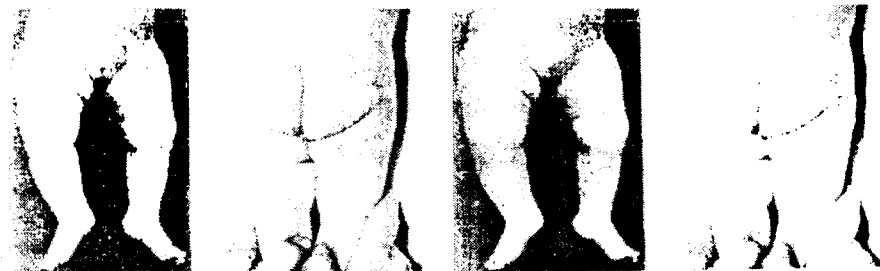
Соннинг туғма чиқишининг уч тури, уч кўринишдаги даражани бирлаштиради ва улар куйидагилар:

а) чаноқ-сон бўғимининг дисплазияси чаноқ-сон бўғимини ташкил этган суякларни меъёрида ўсишининг бирмунча бузилиши. Бунда қуймич пештоқи яссиланиб, ҳажми кичиклашади ва тухумсимон шаклга эга бўлади. Фақат қуймич пештоқи яссиллиги кузатилса, ацетибулар дисплазия ёки қуймич пештоқи гипоплазияси деб аталади;

б) соннинг туғма ярим чиқиши;

в) соннинг туғма тўлиқ чиқиши.

Касаллик бўғимда анатомик номутаносиблик вужудга келиши нагжасида мушаклар функциясининг бузилиши билан намоён бўлади. Белгиларнинг кўпчилиги касаллик даражасига (дисплазия, туғма ярим чиқиш, туғма чиқиш), бола ёшига (чакалок, кўкрак ёши, эрта болалик ёши) боғлиқлиги аниқ ташхис кўйишни қийинлаштиради (41-расм).



41-расм. Оёқ тери бурмаларини солиштириш

Анамнез йиғишда боланинг онаси уни оёғини авайлаб босиши, вақтида (ёшига қараб) ўтира олмаслиги, юрганда кўп йиқилишига шикоят қилади.

Бола оёқ кафтини ташқарига бураб ётади ва уни ичкарига бураш чекланган бўлади. Бу ҳолат бир томонлама чиқишларда аниқрок кузатилади, чунки иккала оёқни солиштириб, бу ҳолатни аниқлаш қийин эмас. Унда:

- тизза сон ва думба ости тери бурмаларининг номутаносиблиги аниқланади;

- бир томонлама туғма чиқишларда оёқларда нисбий калталиқ кузатилади;

- ехимстал белгиси жуда муҳим ташхисий аҳамиятга эга ва қуйидагича аниқланади. Иккала сон бўғими бир хил ҳолатда тўғри бурчак остида букилиб, ташқарига керилади. Меъёрда сонни бўйлама ўқи қуймиқ косача ўртасидан кесиб ўтади. Чиқиш кузатилганда мазкур ўқ қуймиқ косачадан юқорига, думғоза томонга йўналган бўлиб, сонни аддуктор мушак пайлари торсимон таранглашиб туради. Бу аломат бир томонлама чиқишларда яққол кўзга ташланади;

- Маркс-Ортолони (42-расм) белгиси - чақалоқ елкаси билан ётқизириб, оёқлари сон ва тиззадан тўғри бурчак остида букилиб, енгил ичкарига буралган ҳолатда ташқарига керилади ва тизза бўғими соҳасидан кўндаланг йўналишда бармоқ билан енгил босим берилади. Бунда сон бошчаси қуймиқ косачасига (енгил «шиқиллаш» аломати кузатилиши) тўғриланиши, оёқлар яқинлаштирилганда эса яна сон бошчаси қуймиқ косачадан «шиқиллаб» чиқиши кузатилади. Юқоридаги белгилардан айримлари болада кузатилганда, УАВ уни зудлик билан ихтисослаштирилган бўлимга ёки шифохонага юбориши лозим.



42-расм. Маркс-Ортолони белгиси

Соннинг туғма чиқишини даволаш туғруқ-хонадаёқ бошланиши зарур. Бу мақсадда кенг йўргаклаш услуби қўлланилади. Бола оёғи тизза ва сон бўғимларида букиб, 70–80° ташқарига ёзиб, оёғи орасига махсус, эни 200 см келадиган ёстиқча қўйиб йўргакланади. Болани йўргаклаш услуби онасига ўргатилади. Ундан ташқари, болани ота-онаси даволаш гимнастикаси, массаж муолажалари билан таништирилади. Бола оёғи ҳар куни 5–6 марта сон ва тизза бўғимидан букиб, ташқарига очилиб, айланма ҳаракат қилдирилиши (ҳар йўргаклашдан олдин, 15–20 марта) зарур. Ундан ташқари, чақалоқларга оёғини кенг ёзилган («бақа» ҳолатида) ҳолатда тутиб турувчи махсус ортопедик иштончалар, шиналар, рахитга қарши препаратлар қўлланилади.

Шиналарда даволаш муддати 6–7 ой, мустақил юришга бир йилдан сўнг (даволаш кунидан бошлаб) руҳсат берилади. Ортопедик шиналарни қўллашдан мақсад соннинг бошчасини қуймиқ косачасига маҳкам тутиб туриш. Бунинг учун бола оёғи тизза ва сон бўғимида букилиб, ташқарига ёзилади (Лоренц–1 ҳолатида) ва бунда сон ташқарига горизонтал текисликда 85–90°



43-расм. Соннинг туғма чиқишларида шиналаш

ёзилган бўлиши зарур. Тизза тўғриланиб, сон тўла ташқарига ёзилган ва сонни озроқ яқинлаштириб, оёқни узайтирган ҳолатда (Лоренц–2) махсус шиналар қўлланилади. Чақалоқларда кўпроқ Павлик мосламаси, Фрейка ёстиғи, Волков шинасидан фойдаланилади ва 4 ой давомида сақланади (43-расм).

Туғма ясси товон. Турли манбалардаги маълумотларга кўра, туғма ясси товон 2,8% - 11,5% янги туғилган чақалоқларда кузатилади. Туғма ясси оёқлилик панжа суякларининг шакли ва бир-бирига бўлган нисбатининг ўзгариши оқибатида келиб чиқади. Унинг оғир даражаларида ошиқ суяги ҳам шикастланади, товон суяги сагитал сатҳида 90° га буралади, бошчаси эса панжага қараган, орқа юзаси катта болдир суяги тўпиғига кирган бўлади. Бу эса оёқ панжаси товон сатҳини узайтириб, уни яссилаштиради ва баъзида бўртишига олиб келади. Оёқ панжаси «қайиқча» кўринишини эгаллайди. Суякларнинг бу ҳолатида эса юриш ва юмшоқ тўқималар таранглиги ўзгаради. Кичик болдир мушак пайлари қисқаради, панжанинг ички томонидаги пайлар, бойламлар, апоневроз эса чўзилади.

Клиник кўриниши. Туғма ясси-вальгусда панжа ясси ва ташқарига буралган бўлади. Айрим беморларда товон тортилган, баъзиларида эса бўшашган. Ошиқ-болдир бўғимида ҳаракатлар чекланган, болдир мушаклари атрофияланган. Юриш ўзгарган, болалар тез чарчашади, юрганда оғриқ кузатилади. Бундай болаларга пойабзал танлаш кийинлашади, кийилганлари эса тезда қийшайиб қолади.

Юқорида айтилган белгилар даражаси турли беморларда ҳар хил бўлиб, панжа деформацияси ва функционал бузилишлар ҳамда даво тактикаси ҳам уларга боғлиқ.

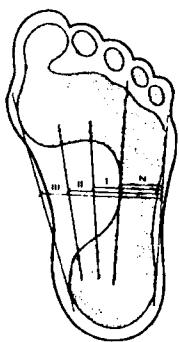
Ясси-вальгус оёқли болаларни даволаш туғилгандан сўнг унинг биринчи ойларидан бошланиши керак. Дастлаб уларга массаж, тўғриловчи машқлар ва бинтли боғламлар буюрилади. Баъзан деформацияни болдир ва панжани ички томонидан қўйилган шина орқали даволаш мумкин.

Уч ойлик муддатда даволаш босқичли тўғриловчи гипсли боғламлар қўллаш орқали давом эттирилади. Панжа тўғрилانгандан сўнг счиловчи гипсли лонгет, массаж, парафин ва даволовчи жисмоний тарбия буюрилади. Болалар юришни бошлагандан сўнг фаол ва пасив тўғриловчи машқларни давом эттиришлари лозим. Бундай болаларга махсус ортопедик пойафзаллар кийиш буюрилади. Улар этик шаклида бўлиб, ички томони қаттиқ чармдан тайёрланган, ошиқ-болдир бўғимини маҳкам ушлаб туради. Болдир ва панжа мушаклари тонусини ошириш мақсадида электростимуляция қўлланилади. Балоғат ёшидаги беморларда ясси-вальгусли деформация жарроҳлик йўли билан даволанади.

Яссиоёқлик ташхиси панжаларни кўздан кечириш ва қўшимча текшириш усулларига - подометрия, плантографияли рентгенография, электромиография, подографияга асосланилади. Беморларда оёқлардаги оғриқ, уларнинг давомийлиги, жисмоний зўриқишларда чарчаш даражаси

аниқланади. Кўздан кечирганда панжа шакли, эластиклиги, бўйлама гумбаз баландлиги, товоннинг вальгус ҳолати, бармоқлардаги ва болдирдаги ўзгаришларга эътибор берилади. Подометрия (оёқ қафти сурати) М.О.Фриндлянд усули бўйича амалга оширилади. Гумбаз баландлиги (полдан қайқисимон суяк юқори юзасигача бўлган масофа) ва панжа узунлиги ўлчанади. Олинган рақамлар асосида гумбаз индекси (гумбаз индекси-гумбаз баландлигининг панжа узунлигига нисбати) аниқланади. Фриндлянд бўйича катта одамларда бу кўрсаткич 29-31 га, яссиоёқликка мойиллик бўлганда 27-29, яссиоёқликда – 25-27, ўта яссиоёқликда - 22-25 га тенг.

Бундан ташқари амалиётда плантография усулидан фойдаланилади. Унда панжа расмини олиш учун унинг қафт юзасига бўёқ, масалан, люголь сурилади. Текширилувчи тоза қоғозга оёқни қўйиб тикка туради ва қалам билан панжа контурлари чизилади. Сўнгги йилларда ясси оёқликни аниқлашда мутахассислар томонидан махсус компьютерлашган «плантография» усулидан фойдаланилади. Ушбу усул нафақат ясси оёқлиликни аниқлаш, балки зарур пойабзал танлаш имконини ҳам беради (44-расм). Бунинг учун 3 ва 4 бармоқлар ўртаси нуқта билан белгиланади ва бу нуқта товон маркази билан бирлаштирилади. Меъёрда оёқ панжаси бўйлама гумбазни бўялган қисми шу чизиққача бўлиши керак. Оёқ панжаси изининг ички чегараси бўйлаб тўғри чизиқ ўтказилади. Иккала чизиқ ораси уч қисмга бўлинади. 1 - даражали яссиоёқликда плантограмманинг буялган қисми гумбазости бўшлигининг 1/3 қисмини, 2-даражада - 2/3 қисмини, 3 - даражада гумбазости бўшлигини бутунлай эгаллайди. Ясси оёқликни даволашда оёқларга ҳаддан ташқари оғирлик тушишини олдини олиш, мушакларда статик ва динамик зўриқишлар алмашилишини таъминлаш, тўғри юришни ўргатиш зарур.



44-расм. Ясси оёқликни аниқлаш плантографияси

Оёқ ва панжа мушакларининг функционал қобилиятини ошириш керак. Жисмоний машқлар массаж, ортопедик пойафзаллар ва супинаторлар кийиб юриш орқали мустаҳкамланади. Корригирловчи машқлар болаларда уй шароитида ота-оналар ёрдамида ёки ўзи мустақил бажаради. Болалар қунига камида икки марта 8-10 та машқларни бажариши керак. Масалан, оёқ учида юриш, товонда панжанинг ташқи қирғоғида оёқ бармоқлари билан қаламни олиб қўйиш, коптоқни айлантириш ва бошқалар.

Жисмоний машқларни бажариш беморларда маълум бир ирода ва чидам талаб қилади. Машқлар ҳар қуни ва интенсив бўлиш керак. Даволовчи жисмоний тарбия 2-3 йил давом эттирилади.

Массаж, ДЖТ организмга рефлектор умумий таъсир қилади. Массажни яссиоёқликни даволашда қўллаш оғриқларнинг

камайишига, қон айланишининг яхшиланишига ва мушакларни мустаҳкамлашга ёрдам беради. Болдирда массаж олдинги ва ички гуруҳ мушакларда, панжада, оёқ кафти мушакларида, Массаж умумий коидаларга асосан перифериядан марказга қараб 10-15 дақиқа давомида бажарилади. Массаж жисмоний машқларни тўлдиради ва 1,5-2 ойдан йилига 2-3 марта такрорланади.

Массаж ва ДЖТ ташқари, яссиоёқлик профилактикасида ва даволашда супинатор ва ортопедик пойафзаллар ҳам қўлланилади.

Охирги йилларда таянч-ҳаракат тизими касалликларини, шу жумладан яссиоёқликни даволашда электромиостимуляция қўлланилади. Кўпинча «Стимул-1» аппарати ёрдамида олдинги ва орқа катта болдир мушаклари, бош бармоқни букувчи, плантар мушаклар электростимуляция қилинади.

Туғма маймоқлик таянч ҳаракати аъзоларининг туғма касалликлари ичида энг кўп тарқалган (35-38%) ва ҳар 1000 чақалоқнинг 1-6 тасида учрайди. Туғма маймоқлик кўп ҳолларда икки томонлама бўлиб, ўғил болаларда қизларга нисбатан икки марта, оттирилган маймоқликка нисбатан уч марта кўп кузатилади. Маймоқ оёқликда оёқ ўз ўқига нисбатан яқинлашган (аддукция), ташқарига айланган (супинация) ва ўзига қараб кафт соҳасига букилган (флексия) ҳамда ичкарига буралган ҳолатда бўлади (45-расм).



45-расм. Туғма маймоқлик

Касаллик чақалоқ туғилгандан сўнг куйидаги белгиларга қараб аниқланади:

✦ оёқ панжаси ички томонга камонга ўхшаб эгилади. Бунда оёқнинг панжа қисми бир-бирига яқинлашади ва ички қирраси қисқаради. Оёқ панжасининг ичкарига эгилиши кундан-кунга зўрайиб боради ва товон билан биринчи бармоқ бир-бирига яқинлашиб

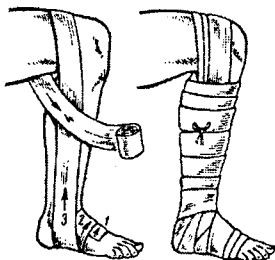
қолади. Натижада юмшоқ тўқималар (тери, пай ва мушаклар) қисқаради ва терида бурма (мозоль) ҳосил бўлади;

✦ оёқ панжа қисми ўз ўқи атрофида айланади ва панжанинг ташқи қирраси пастга-ичкарига буралади, ички қирраси эса юқорига кўтарилади. Оқибатда панжанинг ости орқага айланиб қолади ва мушакларнинг ички томонга тортишиб - қисқариши зўрайиб ҳамда кучайиб боради;

✦ оёқ панжасининг пастга эгилиши. Маймоқликнинг бу белгиси биринчи ва иккинчи турлари билан баравар ривожланади. Унинг пастга эгилиб, товоннинг юқорига кўтарилиши панжа ости ва товон тагидаги мушак ва пайларнинг қисқариб, калталашиб қолишига боғлиқ. Бу ҳолда, товонга ёпишган мушаклар ҳам қисқариб товон юқорига кўтарилади ва уни ерга тегизиб бўлмайди.

Туғма маймоқликни қонсиз даволаш куйидагича амалга оширилади - юмшоқ боғламли Финк-Эттинген услуги – бунда узунлиги 1,5- 2 м, эни оёқ панжасига мос келадиган бинтдан фойдаланилади (46-расм). Бола оёқ

мушаклари бўшашиши учун тизза бўғими тўғри бурчак остида букилади ва бинтни мустаҳкамлаш мақсадида болдирнинг учдан бир қуйи қисмига 2-3 марта ўралади. Ундан кейинги бинтнинг ўрами ичкаридан товон устига, яъни ташқарига айланиб чиқадиган қилиб ўралади. Шундан кейин болдирнинг учдан бир қуйи қисмига бинтни бир марта айлангириб, ўраб яна панжага ўтилади. Сўнг бинт ўрами болдирнинг ташки юзаси бўйлаб келиб, 90°га букилган тизза бўғимини айланиб ўтиб, соннинг учдан бир қуйи қисми юзасини ва қайтиб болдирнинг олди юзасини ўрайди ва панжанинг ички юзасига айланиб тушади.



46-расм. Тўғма маймоқлик-да боғлам қўйиш

Шундан кейин бинтни ўраш янгидан қайтариледи, яъни бинт оёқ кафтидан ўтиб, болдирга мустаҳкамланади. Бу ўринда шуни айтиб ўтиш керакки, оёқларни бинтлаш олдида уларни 36-38°ли сувда 15 минут давомида обдон ивителиб, панжа ва болдир соҳасини уқалаш лозим. Ундан сўнг панжаларни тўғриловчи муолажага ўтилади. Бунинг учун болани чалқанча ётқизиб қўйилади ва болдирнинг учдан бир қисми ҳамда товонни бир қўл билан тутиб, иккинчи қўл билан панжанинг ташки чеккаси ушланади ва ритмик равишда тебранма ҳаракатлар билан оёқ беришга ўтилади. Редрессация (тўғрилаш) вақти панжасига нормал ҳолат 5-6 дақиқа давом этади. Болани оғриқ безовта қилмаслиги учун муолажани жуда авайлаб ва эҳтиёткорлик билан ўтказиш зарур. Мазкур муолажа кунига 2 марта такрорланади. Дастлабки икки ҳафтада боғламни 24, кейин 48-72 соатга қолдириш мумкин. Бола икки ойлик бўлгандан кейин гипсли боғлам қўйилади. Энг самарали усул қўл билан эришилган натижани боскичма-боскич гипсли боғлам қўйиш билан мустаҳкамлашдан иборат. Шунда оёқ панжасининг ичкари томонидаги тўқималар аста-секин чўзилиб боради. Панжа, болдир ва сондан то чов бурмасигача олдин пахтали, кейин айланма гипсли боғлам қўйилади. Боскичли гипсли боғлам бир ойгача ҳар ҳафтанинг бошида кейин икки ҳафтада алмаштирилади ва шу зайлда то панжа меъёрига келгунча ўзгартирилиб борилади. Қатор ҳолларда консиз муолажалардан қолган асоратлар жарроҳлик усулида ихтисослаштирилган клиника ва бўлимларда даволанилади.

Ортопедик касалликларда УАВ ва мутахассис шифокор қуйидагиларга амал қилиши лозим:

- касалликларни эрта аниқлаш, синчковлик билан ҳисобга олиш;
- шифохона ва жарроҳлик амалиётидан кейинги даволаш давридан сўнг беморни мунтазам кузатиш, режали равишда уй ва санатория шароитида соғломлаштириш;
- касалликни кейинги ривожланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар;

- ногиронликни олдини олиш, тиббий ва ижтимоий реабилитация;
- бемор меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш учун иш билан таъминлашга ёрдам;
- касалланганларни меҳнат ва маиший шароитларини яхшилашга қаратилган тадбирлар;
- беморлар билан мунтазам суҳбат ўтказиш.

Қуйидаги таянч ҳаракат тизими билан касалланган беморлар диспансер ҳисобида туришлари керак:

- шикастланиш асоратлари - қўл ва оёқдаги нотўғри битган синишлар, сохта бўғим, жароҳатдан кейинги контрактуралар ва Кюммел спондилити, панжаларнинг пай ва периферик нервлари жароҳатлари, ампутациядан кейинги чўлтоқлар;
- функционал қоникарли деформация, контрактура, анкилозлар, суяк ва бўғимларнинг яллиғланиш касалликлари (остеомиелит, ревматоид полиартрит, бўғимлар сили, анкилозловчи спондилоартрит) натижасидаги патологик чиқишлар;
- умуртқа функцияси бузилиши билан кечадиган дегенератив-дистрофик касалликлар;
- фиброз остеодистрофия;
- таянч-ҳаракат тизими туғма нуқсонлари, тугалланмаган хондрогенез ва остеогенез, артрогрипоз, сон суяги туғма чиқиши;
- полиомиелит асоратлари ва спастик фалажлар.

Диспансер кузатуви натижалари беморнинг амбулатор картасига қайд қилиб борилади ва қуйидаги 1-жадвалда келтирилган чора - тадбирлар ўтказилади.

1-жадвал

Таянч-ҳаракат тизими зарарланган беморларни диспансер кузатиш бўйича тавсиялар

Касалликнинг нозологик шакли	Умумий амалиёт врачлари ва травматолог-ортопед ёки болалар жарроҳининг ҳамкорликдаги кузатуви	Диққатни жамлаш	Асосий тавсиялар	Бошқа мутахассис маслаҳатлари	Диспансер кузатуvidан чиқариш мезонлари
1	2	3	4	5	6
Тугма маймоқлик	Бемор ҳаётининг биринчи йилида 1-2 ойда бир	Оёқ панжаси ҳолати (олд бўлими, товон),	Даволовчи-коррекция ловчи гимнастика. Оёқ панжаси ва		Оёқ панжаси тўғри ҳолати. Болдир-

	<p>марта, иккинчи йилида бир йилда 2-3 марта. Жаррохлик амалиётидан сўнг 5 йил давомида ярим йилда 1 марта</p>	<p>болдир ротацияси, унинг вальгусли силжиши. Болдир-ошиқ бўғимида ҳаракат</p>	<p>болдирни уқалаш. Оёққа иссиқ ванналар, тунги лонгеталар Бир йилдан кейин ички қирраси урилган қаттиқ пой-абзал</p>		<p>ошиқ бўғимида тўлиқ ҳажмдаги фаол ҳаракатлар, юрганда оёқ панжаси ни бир-бирига тегиши</p>
<p>Соннинг туғма чиқиши</p>	<p>6 ойликкача ойига 1 марта, кейин бир йилгача ҳар 3 ойда йилига 2 марта. 3 ёшдан 7 ёшгача 1 йилда 1 марта. Жаррохлик амалиётидан сўнг ўсиш тўхтагунча 1 йилда 1-2 марта</p>	<p>Оёқлар ҳолати калталанишининг мавжудлиги, чаноқ-сон бўғимида оёқни ташқарига буралиши. "Шиқиллаш" белгиси, сон бурмалари ассиметрияси</p> <p>Бир ёшдан катталарда Тренделен бург белгиси, "Ўрдаксимон" юриш, оқсоқлик, чаноқ-сон бўғимида ҳаракатчанлик</p>	<p>3, 6 ва 12 ойликда чаноқ-сон бўғими рентгенографияси. Жаррохлик амалиётдан кейин биринчи йили 2 марта, сўнгра кўрсатма бўйича. Даволовчи жисмоний тарбия. Думба соҳаларини уқалаш Чаноқсон бўғими шакллангунга қадар шиналар ёрдамида даволаш. Бўғимлар ҳолатини аниқлаган ҳолда оёқларга юклама ва унга оғирлик гушишига йўл қўймаслик</p>		<p>Калталанишнинг йўқлиги, оёқларни яхши керилиши. Нормал юриш. Рентгенографияда яхши шаклланган чаноқ-сон бўғими, чақалоқнинг ўсиши тўхтагунча кузатиш</p>

Сколиоз	Жараён ривожланиши йўқлигида ярим йилда 1 марта. Жарроҳлик амалиётидан кейин биринчи йили 3 ойда 1 марта, кейин ўсиш тўхтагунча 1 йилда 1 марта	Қад-қоматнинг ҳолати, сколиотик деформация, бел қисмида мушакли валикнинг мавжудлиги, мушак аппаратининг ҳолати	Тик ва ётган ҳолда умуртқа погонаси рентгенографияси, кейин кўрсатма бўйича даволаш, жисмоний тарбия. Қаттиқ ўрин-кўрпа, кўрсатма бўйича ортопедик корсетлар	Даво-ловчи шифо-кор, жисмоний тарбия ва педиатр	Ўсиш тўхтагунча кузатиш
Полиомиелит оқибатлари	Касаллик бошидан 5 йил давомида йилга 2 марта, кейин ўсиш тўхтагунча 1 йилда 1 марта	Мушаклар ҳолати (атрофия гипотония), бўғимлар ҳаракат функциясининг характери, контракту-ралар мавжудлиги оёқ-қўллар узунлиги	Касаллик бошидан 5 йил давомида ихтисослаштирилган санаторияларда даврий даволаш Контрактуралар профилактикаси. Полиомиелитнинг қолдиқ белгиларида ўз вақтида жарроҳлик усули билан даволашга юбориш. Ортопедик буюмлар билан таъминлаш. Бальнеологик курортларда	Невропатолог ва протезлаш шифо-кори	Ўсиш тўхтагунча кузатиш

			санатор-курорт даво. Меҳнат билан даволаш		
Болалар церебрал фалажлиги	Касаллик бошидан 5 йил давомида йилга 2 марта, кейин ўсиш тўхтагунча бир йилда 1 марта	Харакат функциясининг ривожланиши. Оёқ-қўлларнинг ҳолати. Юриш имконияти, унинг характери. Контракту ралар мавжудлиги. Ақлий ривожланиш	Даволовчи жисмоний тарбия. Бўшашти рувчи иссиқ ванпалар. Юришга ўргатиш. Санатор-курорт даво. Дорилар билан даволаш. Кўрсатма бўйича жарроҳлик амалиёти ўтказиш ва протезлаш	Невропатолог. Даволовчи шифокор, жисмоний тарбия. Протез шифокори	Ўсиш тўхтагунча
Деформацияловчи артроз ва остеохондрозлар	Йилга 1 марта жарроҳлик амалиётидан сўнг 3 йил давомида йилга 2 марта	Бўғим, умурткасининг шакли ва ҳаракатчанлиги, оёқ-қўлларнинг ҳолати (контрактура), оғриқлар, неврологик белгилар	Кўрсатма бўйича рентген назорати. Консерватив (санатор-курорт) даво. Кўрсатма бўйича жарроҳлик амалиёти ўтказиш. Меҳнатга жалб қилиш	Кўрсатма бўйича невропатолог	Жараёнининг тургунлашуви

Эслатма: асосий тавсиялар мутахассис шифокор кўриги ва у билан биргаликда қабул қилинган қарордан сўнг амалга оширилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Девятков А.А. Чрескостный остеосинтез. – Кишинев: «Штиинца», 1998.
2. Доэрти М Доэрти Дж. Клиническая диагностика болезней суставов. Мн.: «Тивали» 1993.
3. Дубров Я.Г. Амбулаторная травматология. М.: Медицина, 1990.

4. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. М.: Медицина, 2001.
5. Киричек С.И. Травматология и ортопедия. Минск. 2002.
6. Мусалатова Х.А., Юмашева Г.С. Травматология и ортопедия. Учебник для студентов мед. ВУЗов. М.: Медицина, 1995.
7. Мюллер Е., Альговер М. и др. Руководство по внутреннему остеосинтезу. Издательство Ad Marginem. М.: 1996.
8. Складенко Е.Т. Травматология и ортопедия. «Здоровья», 2005.
9. Соков А.С. Курс травматологии и ортопедии. М.: Изд. Института им. П.Лумумбы, 1990.
10. Шапошникова Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руководство. М.: Медицина, 1997. Т. I-II-III.

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ФАОЛИЯТИДА ШОШИЛИНЧ ХОЛАТЛАР

*Яхши шифокор денгиз тўфони вақтида кемани моҳирона бошқарган капитандек хавфли вазиятларда синалади ва шошили-
линч ҳолларда ўзини йўқотиб қўймасдан беморга беминнат ёрдам кўрсади.*

В. Беганский

УАВнинг кундалик иш жараёнида шошилинч ҳолатларда беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш муҳим ўрин эгаллайди. Шошилинч ҳолатлар деганда организмнинг бир ёки бир нечта ҳаётий муҳим фаолиятини ўткир бузилиши ёки ёмонлашиши тушунилади. Бунда аксарият ҳолларда бемор аҳволи оғирлашиб боради ва баъзан ўта оғир ҳолатга ўтади. Ушбу ҳолатларнинг сабаби турлитуман бўлса ҳам, лекин барча ҳолларда бемор ҳаёти шифокорнинг тез, дадил ва илмий асосланган ҳаракати билан узвий боғлиқ. Шунинг учун, УАВ шошилинч ҳолатларга олиб келувчи сабабларни (ташқи таъсирлар ёки организмдаги мавжуд патологик жараённи оғирлашиши) яхши билишлари, тўғри ташхис қўя олишлари ҳамда малакали бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни мукаммал эгаллаган бўлишлари лозим.

Шифокор ҳодиса юз берган жойда беморни тез ва синчковлик билан кўриқдан ўтказиб, унинг ўзидан (агар ҳушида бўлса) ёки атрофдагилардан мукаммал анамнез йиғиб, қуйидагиларни ҳал қилиш:

- жароҳатланган киши шифохонага юборилишидан олдин қайси турдаги ва даражадаги тиббий муолажаларга муҳтож (уларни зудлик билан кўрсатиш);

- шифохонага юбориш учун (кўрсатма бўлган тақдирда) қайси транспорт воситасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ;

- ҳодиса юз берган жойда тўлиқ ахборот йиғиш ва уни объектив кўриқ натижалари билан бирга тегишли ҳужжатга қайд этиш.

Юқорида таъкидлаганимиздек, УАВ ҳодиса юз берган жойда бемор ёки зарарланган кишига (кишиларга) шошилинч ёрдам кўрсатиши ва уни қайси кетма-кетликда бўлишини яхши билиши керак. Биринчи навбатда:

- оддий усулларни қўллаб (орқа билан ётган кишини бўйнини букиб ва пастки жағини олдинга чиқариб нафас йўлларида ёт жисмларни олиш), юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш;

- пневмоторкс борлигидан дарак берувчи оғир ҳаво этишмовчилиги ва хансираш кузатилганда, зудлик билан плеврани-пункция қилиш ва унга дренаж ўрнатиш;

- кон оқаётган ҳолларда уни тўхтатиш учун зажим ёки босиб турувчи боғлам қўйиш;

- бурундан кўп кон кетган ҳолларда уни орқа тампонадасини амалга ошириш.

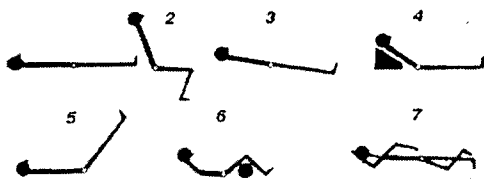
Иккинчи навбатда:

- зарарланган кишини оптимал ҳолатга келтириш ва гемодинамикани (агар бузилган бўлса) дорилар ёрдамида мўътадиллаштириш;
- организмда айланиб юрган қон миқдорининг катта даражадаги етишмовчилиги бўлса, уни зудлик билан томир ичига суюқликлар юбориб тўлдиришга ҳаракат қилиш.

Учинчи навбатда:

- оғриқ синдромини бартараф этиш ва зарарланган кишини тинчлантириш.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ёки транспортировка вақтида зарарланган кишининг ҳолати муҳим аҳамиятга эга, чунки уни нотўғри танлаш бемор аҳволини кескин оғирлаштириши мумкин. Шунинг эътиборга олиб, қуйида биз УАВ томонидан транспортировка учун қўллаши лозим бўлган бемор ҳолатларини келтирамиз (1-расм).



1-расм. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ва транспортировка вақтида зарарланган киши ҳолатлари

- 1). бел билан ётган ҳолат;
- 2). ярим ўтирган ҳолат (нафас етишмовчиликларида);
- 3). анти-Тренделенбург (мия ва мия суюғи жароҳатларида) ҳолати;
- 4). бошни юқорига қўйган ҳолатдаги (мия ва мия суюғи жароҳатларида) ҳолат;
- 5). оёқларни баланд қўйган, (гиповолемик шокда) ҳолат;
- 6). оғриқ қолдирувчи ҳолат – бош

ва бўйин бир оз юқори тиззалар остига болиш қўйилган (ёки бошқа буюм) ҳолат (қорин жароҳатлари ва ўтқир қорин синдромида);

- 7). стабил ёнбош ҳолат (бемор ҳушсиз бўлганда ва интубация ўтказилмаган ҳолларда).

Терминал ҳолатлар

терминал ҳолатлар нафас олиш ва қон айланишининг оғир бузилиши бўлиб, зўрайиб борувчи бош мия ишемияси билан кечади ва сўнггиси организмни ҳаёт ва ўлим ўртасида қўйиб, зудлик билан малакали тиббий ёрдам кўрсатилмаганда аксарият ҳолларда нохушлик билан тугайди. Унинг кечишида агония олди, агония, клиник ўлим босқичлари фарқланади ва УАВ унинг илк даврларида бемор ёнида бўлиши мумкин. Бундай беморларга ёрдам кўрсатишнинг самарадорлиги, авваламбор, зудлик билан ўтказилган тиббий муолажаларга боғлиқ. Кечиктириб, лекин тўғри ўтказилган тиббий ёрдам аксарият ҳолларда самара бермайди. Афсуски, баъзан тиббий ёрдамнинг кечиктирилишига аниқ қўйилмаган ташхис ҳам сабаб бўлади. Шунинг учун УАВ қон айланиши тўхтаганлигининг асосий белгиларини билиши керак. Ушбу белгилар икки гуруҳга (бирламчи ва иккиламчи)

бўлинади. Бирламчи белгилар қон айланиши тўхтагандан кейин биринчи 10-15 сонияда юз беради ва унга қуйидагилар киради:

- **хушнинг йўқлиги** – бу белги муҳим ҳисобланса ҳам, қон айланиши тўхтаганлигини мутлақ тасдиқловчи кўрсаткич ҳисобланмайди. Фақат унинг асосида хулоса чиқариш нотўғри ташхисга олиб келиши мумкин, чунки мия инсулти ёки оддий обморок баъзан врачлар томонидан қон айланишининг тўлиқ тўхташи сифатида қабул қилинади. Шу сабабли уни тасдиқлаш учун беморда бошқа белгилар (уйқу артериясида пульсациянинг йўқолиши) мавжудлигига ишонч ҳосил қилиш лозим;

- **магистрал артерияларда пульснинг йўқолиши** - бу юрак қисқариши самарасизлигини кўрсатувчи эрта белги ҳисобланса ҳам, бошқаларига нисбатан кечроқ аниқланади. Шошилиш ҳолатларда уни аниқлаш бир мунча мураккаблигини эътиборга олиб, уйқу артериясида томир уриши бор ёки йўқлиги билан чегараланиш мумкин. Анъанавий аниқланадиган билакнинг пастки учдан бир қисмидаги пульс доимо ишончли ҳисобланмайди. Чунки баъзи ҳолларда қон йўқотиш оқибатида кузатилган томирлар спазмида қон айланиши меъёрида бўлиб, бемор хуши жойида бўлса ҳам, у ерда томир уриши аниқланмайди;

- **клоник ва тоник судороглар** – бу эрта кузатиладиган белги доимо ҳам қон айланиши тўхтаганлагидан дарак бермайди, чунки қатор ҳолларда бошқа сабаблар оқибатида ҳам юзага келиши мумкин.

Шунинг учун, ташхисни аниқлашда қон айланиши тўхтаганлигини тасдиқловчи ва 20-60 сониядан сўнг кузатиладиган қуйидаги иккиламчи белгилар муҳим аҳамиятга эга:

- қорачикнинг кенгайиши ва унинг ёруғликка реакциясининг йўқлиги;
- нафас олишнинг тўхташи ёки агонал нафас олиш;
- юз ва бўйин терисининг ер рангини олиш;
- мушаклар релаксацияси.

Беморга ёрдам беришнинг биринчи босқичида зудлик билан юрак-ўпка реанимациясини ўтказиш лозим. Ундан мақсад, ҳаётий муҳим аъзоларни биринчи навбатда, бош мия ва юракни қон билан таъминлашни тиклашдан иборат. Иккинчи босқичда реанимация тадбирлари давом эттирилиб, унинг натижаларини мустаҳкамлаш ва қон айланишини мустақил тиклашга қаратилган дорилар ёрдамидаги тадбирлар ва инфузион терапия ўтказилади. Учинчи босқичда самарага эришилган реанимация натижалари янада мустаҳкамланиб, юрак қисқаришларини меъёрига олиб келиш, қон босимини меъёр даражасида сақлаб туришга қаратилган бўлиши керак. Юрак-ўпка реанимациясини ўтказиш техникаси ва унинг босқичлари «**Оилавий врачлар учун амалий кўникмалар тўплами**» китобида батафсил ёритилган.

Хушнинг бузилиши

марказий асаб тизимидаги ўзгаришлар оқибатида кузатиладиган хушнинг бузилиши мавжуд бўлган беморлар ҳам УАВ фаолиятида учрайди. Шу сабабли шифокор унинг сабабларини билиши, тўғри ташхислай олиши ҳамда малакали тиббий ёрдам кўрсатиши лозим. Хуш бузилиши бош миёдаги органик ўзгаришлар (жароҳатлар – механик, ўқ таъсирида, ўсма, абцесс) ёки қон айланишининг чуқур ўзгаришлари (хушдан кетиш, мия инсулти), айрим ҳолларда эса миёда модда алмашинувларининг бузилишлари сабабли юзага келади. Амалиётда хуш бузилишининг оғир-енгиллигини баҳолаш мақсадида Глазго жадвалидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Унда врач бемор аҳволини баллар ёрдамида баҳолайди ва уни қуйидагича амалга оширилади:

- беморнинг саволларга жавоб бериши:
- бемор атрофдаги воқеаларни англайди ва гаплашади - 5
- бемор атрофдаги воқеаларни англамайди, аммо гаплашади - 4
- мувофиқ бўлмаган сўзларни ишлатади - 3
- тушуниб бўлмайдиган сўзларни гапирди - 2
- мурожаатга жавоб бермайди - 1
- окуломотор реакциялар:
- кўзларини спонтан очади - 4
- буйруқ берганда очади - 3
- оғрик сезгисиди очади - 2
- окуломотор реакциялар йўқ - 1
- мотор жавоблар бўйича баҳолаш:
- сўз билан берилган буйруқларга бўйсунди - 6
- оғрик сезгисини чегаралашга ҳаракат қилади - 5
- оёқ-қўлларини тортади - 4
- декорткацион регидлик мавжудлиги - 3
- децеребрал регидлик мавжудлиги - 2
- мотор жавобларнинг йўқлиги - 1

Глазго шкаласи бўйича максимал йиғилган баллар 15 га тенг бўлиб, бемор узоқ вақт хушини йўқотганда 6 ва ундан кам балли тўпланади, бу кучли намоён бўлган мия етишмовчилиги мавжудлигидан далолат беради.

Хушдан кетиш

УАВни чақиришдаги асосий ҳолатлар - беморни унинг қариндошлари ёки бегоналар олдида хушдан кетиши ёки унинг хушсиз ҳолда топилиши (хаётий зарур функциялари сақланган ҳолда) ҳисобланади Бундай шोшилинч ҳолатларни қуйидаги тоифаларга ажратиш мумкин:

- † тўсатдан ёки қисқа муддатга хушдан кетиш;
- † тўсатдан ёки узоқ муддатга хушдан кетиш;

- † аста-секин ривожланувчи ва узоқ муддатли ҳушдан кетиш;
- † бир неча сония ёки бир неча дақиқадан, бир неча соат ёки кунгача давом этувчи ноаниқ муддатли ҳушдан кетиш.

Ёрдам кўрсатиш учун гувоҳдан бу ҳолат сабаби ва қандай ривожланганлигини билиб олиш зарур. Бунинг учун маълум тартибдан фойдаланиш керак.

Тўсатдан ҳушдан кетиш ҳолатида гувоҳни сўраб-суриштириш тартиби:

- ▶ куннинг қайси вақтида;
- ▶ жойи;
- ▶ кўзгатувчи омил - оғриқ, ҳаяжонланиш, иссиқ ҳаво, тана ҳолатини ўзгартириш, жисмоний зўриқиш ва бошқалар;
- ▶ беморни дастлабки ҳолати - турган, ўтирган, ётган;
- ▶ ҳушдан кетаётганда бемор бақирганми;
- ▶ тери ранги - рангпар, гиперемия, цианоз;
- ▶ йиқилган вақтида жароҳат олганми, ихтиёрсиз сийдик ажралиши кузатилганми;

- ▶ ҳушни йўқотишнинг давомийлиги;
- ▶ ҳушдан кетиш негизидаги ҳаракатлар - талвасали ёки ихтиёрий, чегараланган ёки умумий;

- ▶ ҳушга кслаётгандаги белгилар - бош оғриғи, ҳушнинг хиралашиши, нутқ бузилиши, ихтиёрий ёки мимик мушаклар парези ва бошқалар.

Тўсатдан ва узоқ муддатга ҳушдан кетиш бирламчи ташхис лашда мураккаб ҳолатлардан бири ҳисобланади. Агар беморни уйғотишни иложи бўлмаса, кулоқ супраси босилади ёки жень-чжун нуктаси таъсирлантирилади. Беморнинг чўнтакларидан диабет ёки эпилепсия бор бемор карточкаси қидирилади, рецептлар (талвасага қарши, гипотензив препаратлар, инсулинли шприц-ручка) бор ёки йўқлиги аниқланади. Агар паспорт, ташриф қоғозчаси, мобил телефон топилса, бемор хақида маълумот олиш учун унинг қариндошлари билан боғланиш керак. Шундан сўнг беморни кўздан кечиришга ўтилади. Тилини тишлаб олганлиги, энса мушаклари ригидлиги, артериал гипертензия, гемиплегия ва ўчоқли белгилар, мерцал аритмия ва бошқалар аниқлаёди. Шуни ёдда тутиш зарурки, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, бош мия жароҳати (йиқилганда, мушглашганда, йўл-транспорт ҳодисаларида) ҳушдан кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Коллапс

Коллапс - ҳаётга хавф солувчи ҳолат бўлиб, қон босимини тушиб кетиши ва ҳаёт учун муҳим аъзоларни қон билан таъминланиши бузилиши билан характерланади. Юрак қон-томир тизими касалликлари, сурункали интоксикациялар, анемия ва ўпка касалликлари коллапс ривожланишида асосий омил ҳисобланади. Коллапс болаларда турли оғир касалликларни

асорати (инфекцион, соматик), заҳарланишлар, қабул қилинаётган дориларнинг (наркотик) миқдори ортганида, қон кетганда, турли жасоратлар натижасида келиб чиқади.

Коллапсда беморнинг аҳволи тўсатдан оғирлашади, кучли ҳолсизлик, бош айланиши, кулоқда шовқин бўлиши, кўз олди қоронғилашиши, совуқ қотиш, оёқ-қўллар музлаши, чанқаш кузатилади. Коллапс бошида эс-ҳуши сақланган бўлади. Лекин беморда тормозланиш белгилари кузатилади, у ташқи таъсиротларга бефарқ бўлиб, эс-ҳуши йўқолади. Бунда тери ранги кескин оқаради, лаби цианотик тус олади, бадан совуқ тер билан қопланади, аритмик ипсимон пульс кузатилади. Юрак тонлари бўғиқлашади, баъзан қарсилловчи 1 тон эшитилади. Тана ҳарорати пасаяди (инфекцияга боғлиқ бўлса ошиши мумкин). Артериал босим нисбатан тушади, юзаки тезлашган ёки секинлашган нафас, диурезни камайиши кузатилади.

Коллапсни даволашда уни юзага келтирган сабабларни бартараф қилиш керак. Масалан: интоксикацияни бартараф этиш, таъсир кўрсатувчи оғрик кучини камайтириш. Декстранлар куйишдан ташқари, қон-томир тизимига таъсир қилувчи препаратлар (кордиамин, кофеин, мезатон) ва гармонлар қўлланилади.

Шок

Шок—оғир ҳолат бўлиб, периферик қон айланишининг ўткир этишмовчилиги, ҳаёт учун зарур бўлган аъзолар (буйрак, мия, юрак) ишемияси ва қон айланишини ўткир бузилиши билан характерланади. Бунда капиллярлар перфузияси кузатилиб, аъзо ва тўқималарда кислород ва модда алмашилиши бузилади.

Шок ривожланишини асосий механизми юрак қон отиш кучини сусайиши, гиповолемия (айланиб юрувчи қон миқдорини камайиши) ва периферик қон-томирлар тонусини пасайиши ҳисобланади.

Шок турлари. Сабабига кўра гиповолемик, кардиоген ва анафилактик шок фарқланади:

Гиповолемик шок — айланиб юрувчи қон ҳажмини камайиши натижасида ривожланади ва қуйидаги ҳолларда кузатилади:

- қон йўқотганда (ички қон кетиш);
- плазма йўқотиш (қўйиш);
- сув ва электролитлар йўқотилиши (кучли диарея);
- юракни қон отиб бериш ҳажми ва юракка келувчи веноз қон миқдорини камайиши;

Анафилактик шок - (ўткир иммунологик реакциялар) бунинг асосий сабаби периферик қон томирлар қаршилигини камайиши.

Шокларнинг клиник кўриниши - қон босимини кескин тушиб кетиши бўлиб, систолик босим чегараси 80 мм.с.м.уст. тенг ёки ундан паст. Бемор кам ҳаракат, томир уриши меъеридан паст бўлиб, баъзан қўлга билинмайди.

Уларда кескин ҳолсизлик, оёқ-қўл музлаши, цианоз, олигурия, эс-хушнинг турли даражадаги бузилишлари кузатилади. Шок қисқа муддатли кўзғалишдан бошланиб, апатия ва эс-хушнинг пасайиши, тахикардия ва юзаки нафас билан намоён бўлади.

Гиповодемик шокнинг клиник кўриниши: адинамия, совуқ, нам тер босиши, ранглар, цианоз ёки тери рангги «мармар» кўринишида, хушни кирди-чикди бўлиши, кўз олди қоронғилашиши кузатилади. Хушни йўқотиш характерли эмас. Тери тургори сакланган бўлади. Пульси паст, баъзан аниқланмайди, нафас юзаки, тез, юрак тонлари бўғиқ, тахикардия ва қон босимини кескин тушиб кетиши, сийдик микдорини бир оз камайиши аниқланади.

Анафилактик шок белгилари. Анафилактик шок—организм сезгирлигини кескин ошиш ҳолати бўлиб, Баъзан ёт оксил, зардоб, доривоситаларини организмга тушиши оқибатида, айрим ҳолларда ҳашарот чаққанда ривожланади.

Анафилактик шок аллерген билан алоқа бўлгандан сўнг 1 неча сония ёки дақиқадан 2 соатгача бўлган вақт ичида ривожланиши мумкин. Шок кичик дозадаги дориларни – бурунга, конъюктива қопчасига томизганда, аэрозольтерапия ўтказиш хонасидаги ҳавода дори заррачалари бўлганда ривожланади. Шу билан бир қаторда, унинг катта дозалари шокнинг клиник кечиш даражаси ва давомийлигини узайтиради. Анафилактик шок кўпинча турли дорилар-пенициллин ва унинг ҳосилалари, стрептомицин, В гуруҳдаги витаминлар, анальгин, новокаин, иммун зардоблар, йод тутувчи рентген контраст моддалар қабул қилганда, тери синамалари ва аллерген ёрдамида гипосенсибилизацияловчи даволаш ўтказилганда, қон қуйишда ҳаттоликларга йўл қўйилганда ва қатор бошқа ҳолларда кузатилиши мумкин.

Биринчи белгилари шу заҳоти (баъзида игнани олгунча) ёки аллерген билан алоқадан 10-20 дақиқа ўтгандан кейин ривожланади. Бошланғич реакция юз, қўл, бош ва тилда кичишиш ҳамда игна санчиш ҳисси пайдо бўлиш билан намоён бўлади. Кейинчалик танада ачишиш ва иссиқлик ҳисси, бошда ёрилиб кетаётгандек ҳис, оёқ қўллар увишиши, авж олиб борувчи ҳолсизлик қўшилади. Беморда нафас сиқиш, ҳансираш, тўш ортида оғриқ, бош айланиши, совуқ тер босиши, оғиз қуриши кузатилади, склера ва юзнинг қизариши, рангларлик билан алмашинади. Тезлашган, шовқинли ва танаффусли нафас кузатилади. Кейинчалик бу ҳолат юрак қон-томир стишмовчилигига олиб келади. Баъзида терида уртикар тошмалар, ковоқларда, юзда, ҳикилдок ва танада ангионевротик шиш ривожланади. Ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар коринда кучли оғриқ ҳисобига абдоминал криз, кўнгил айнаши, қайт қилиш, суюқ нажас (қон аралашган бўлиши мумкин) келиши кузатилади. Оғир ҳолларда беморда ҳушдан кетиш кузатилиб, терминал босқичда юрак ва нафас тўхташига олиб келади.

Шок ҳолатида биринчи тиббий ёрдам

Гиповодемик шокда биринчи тиббий ёрдам. Гиповолемида изотоник эритма (натрий хлор) ва бошқа суюқликлар (полиглюкин, гемодез,

желатиноль) қуйилади. Бемор горизонтал, боши бир оз туширилган, оёғи кўтарилган ҳолатда ётқизилади, игна венага киритилиб, эритма юқори тезликда юборилади ва у тезда шифохонага юборилади.

Анафилактик шокда биринчи тиббий ёрдам. Бемор ётқизилиб, асфиксияни олдини олиш мақсадида боши ён томонга бурилади, пастки жағ олдинга сурилади, тил чиқарилади, оёқларга иссиқ грелка қўйилади. Дори юборилган жойдан юқорига жгут боғланади. Тезда мушак орасига ёки томир ичига бошлангич дозада 0,1% - 0,5 мл. адреналин юборилади. Аллерген киритилган жойга муз қўйилади ёки у тушган жой сўриб ташланади. Аллерген ичилган бўлса, шокни олдини олиш мақсадида ошқозон ювилади. Зарураг бўлганда, адреналин ва кордиамин инъекциялари ҳар 10-15 дақиқада такрорланади. Мабодо кўрилатган тадбирлар ёрдам бермаса, 0,5 мл адреналин 40% - 20 мл. глюкоза эритмаси билан вена ичига юборилади. Аллергенга боғлиқ реакцияни тезда бартараф этиш учун антигистамин препаратлар (1% - 1-2 мл супрастин, 2,5% - 2-3 мл. пипольфен; 10% - 10-20 мл кальций хлорид) ва ГКС (60-90 мг преднизолон; 4-8 мг дексаметазон ва бошқалар вена ва мушак орасига) қўлланилади.

Кардиоген шок тўғрисидаги батафсил маълумот «Кўкрак кафасидаги оғриқлар»га бағишланган маърузада келтирилган.

Комалар

комаларнинг инсултдан кейинги, жигар, буйрак, қандли диабетли ва бошқа турлари фарқланади. Унинг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири бош мия жароҳати (БМЖ) ва инсулт ҳисобланади.

БМЖ – умумлаштирилган тушунча бўлиб, бош мия шикастланиши билан бирга калла ва юз суяқларининг механик жароҳатланишини ўз ичига олади. Ушбу ҳолатда мия моддаси, қоринчалар девори ва суюқлик йўллари, нервлар, қон-томирлар шикастланади, қаттиқ мия пардаси бутунлигининг бузилиши кузатилади. Ҳаётий зарур аъзоларнинг марказлари жойлашган соҳаларда патологик жараёнлар ривожланган сари функционал бузилишлар эртиб бориши мумкин. Шунинг учун жароҳатланган кишини зудлик билан шифохонага ётқизиш зарур. Агар бемор синчковлик билан кўздан кечирилса, оддий текширув усуллари ёрдамида БМЖ оғирлик даражасини аниқланади. Бунда қуйидаги белгилар учлигига асосланилади:

- 30 дақиқа ёки ундан қисқа муддатга хушдан кетиш;
- БМЖ дан сўнг 30 дақиқа ўтгач, Глазго шкаласи бўйича асаб-руҳий ҳолатни 13-15 баллга баҳоланиши;
- жароҳатдан кейинги амнезия давомийлигини 24 соатдан ошмаслиги.

Даволаш тактикаси. БМЖ олган беморни тушакка ётқизиш ва шу ҳолда текширувдан ўтказиш зарур. Сўнгра уни яқиндаги шифохонага олиб бориш керак. Қон айлананишини меъёрда ушлаб туриш учун баъзан ходиса руй берган жойнинг ўзидаёқ в/и изотоник кристаллоид эритмалар ва кичик дозада ГКС лар юборилади.

Мия инсультги. Кома ривожланишининг асосий сабабларидан бири бош мия қон-томирларининг жароҳатланиши ҳисобланади ва уни баҳолашда қуйидаги тамойиллардан фойдаланилади.

Кўрсаткич омиллар: А-ши; Б - олиб келувчи омилар; В - кўзга тувчи омиллар.

Клиник мезонлар: 1 - бошланиши; 2 - ҳуши; 3 - умумий мия белгилари; 4 - ўчоқли белгилар; 5 - қорачиқ ва кўз ҳаракатлари белгилари, 6 - нафас олиш ва қон айланиш тизими ҳолати.

Даволаш тамойиллари – оғир инсультларда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам қуйидагилардан иборат: организмнинг ҳаётий муҳим фаолиятини ушлаб туриш, жараёни оғирлаштирувчи функционал бузилишлар (гипоксия, юқори нафас йўллари обтурацияси) ни бартараф этиш, мия шишини олдини олиш чора-тадбирлари. Мия инсультга чалинган барча беморлар ихтисослаштирилган шифохоналарга ётқизиладилар.

Айрим касалликлар натижасида кузатиладиган модда алмашинувининг чуқур бузилишлари оқибатида юзага келган организмдаги ўзгаришлар **метаболик кома** деб аталади. Уларни аниқлаш учун қуйидаги ташхисий мезонлардан (1-жадвал) фойдаланилади.

1-жадвал

Метаболик команинг ташхисий мезонлари

№	Сабаблари	Ташхисий мезонлар
1.	Қандли диабет	Оғиздан ацетон ҳиди келиши, дегидратация, сийдикда юқори микдорда қанд ва кетон таначалари
2	Гипогликемия	Терлаш, қалтираш, юз гиперемияси, тахикардия
3	Уремия	Оғиздан «уремик» ҳид келиши, дегидратация, тери қуриши, мушаклар тортишиши, тўш ортидаги оғриқлар, энтеропатия
4	Жигар етишмовчилиги	Оғиздан «жигар» ҳиди келиши, сариклик, терида петехиялар, қон қусиш, бурундан қон кетиши, «қарсақли тремор»
5	Микседема	Юз шиши, буйинда чандиқ, тери қуриши, брадикардия, тургун тана хароратининг пасайиши
6	Гиперкапния	Терлаш, цианоз, баъзан АГ, брадикардия, ўпка патологиясининг яққол белгилари

Жигар комаси – метаболик команинг шаклларида бири бўлиб, детоксикация тизими етишмовчилиги билан характерланади. Гепатоцеребрал етишмовчиликнинг 3 типи фарқланади.

Биринчи тип – жигар-хужайравий, деструктив кома. Аксарият ҳолларда бемор комага олиб келган патологик ҳолат билан даволанаётганда шифохонада юзага келади. У гепатоцитларнинг тотал ёки субтотал некрози билан боғлиқ бўлиб, 80% дан ортиқ ҳолатларда ўлимга олиб келади. Вирусли гепатит В ва С оғир кечганда, тўрт хлорли углерод, CCl_4 , фосфор, рангпар поганка билан заҳарланганда ва баъзи дори воситалари таъсирида юзага келади.

Иккинчи тип – портал тизимли айланиб ўтувчи кома. У жигар бўлақлари архитектоникасининг турғун ўзгариши ва портокавал веноз анастомозларнинг ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Команинг бу типи жигарнинг спиртли ичимликлар ва вирус таъсирида юзага келган циррозида кузатилади.

Учинчи тип – терминал ҳолат ёки гипокалиемик жигар комаси, сурункали жигар касалликлари натижасида юзага келади. Бу ҳолат калий ионларининг ўткир йўқотилиши, компенсацияланмаган ва нафас билан боғлиқ бўлмаган алкалоз туфайли токсиклиги ошиб кетган аммиак таъсирида ривожланади.

Даволаш тамойили – бемор зудлик билан ёнбош ҳолатда шифохонанинг реанимация бўлимига ётқизилади.

Диабетик ва уремик комалар тегишли мавзулар ёритилган маърузаларда келтирилган.

Овқат ҳазм қилиш тизими юқори қисмлари ва ўпкадан қон кетганда умумий амалиёт врач тактикаси

Ошқозон-ичак тизимидан (ОИТ) оз миқдорда, аммо узоқ қон кетиши анемия ривожланганлиги сабабли ўзига эътиборни қаратади. Ўткир ва кўп миқдорда қон йўқотиш кўп ҳолларда геморрагик шок билан асоратланади. ОИТдан қон кетишининг кўп учрайдиган сабаблари - эрозив гастрит, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, ошқозоннинг хавфсиз ва хавфли ўсмалари, Меллори-Вейс синдроми ҳисобланади. Бундай ҳолларда У.Вниг асосий вазифаси қон кетиш сабабини аниқлаш ва тезкор ёрдам кўрсатишга қаратилган бўлиши керак.

Қон тупуриш ва ўпкадан қон кетиши тезкор нафас бузилишига олиб келувчи пастки нафас йўллари ўткир обструкцияси сабабларидан бири бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда қон кетиши кучли йўтал натижасида, масалан: бронхоэктазлар, бронх ва ўпка ўсмалари, ўпка сили, абсцесси, инфаркти шунингдек, ўпка артерияси тромбоземболияси ва паразитар касалликлар (эхинококк), шиллиқ қават қон-томирларидаги қоннинг бронх бўшлиғига ўтиши оқибатида вужудга келади.

Ўпкадан ва ОИТнинг турли қисмларидан қон кетишининг ташхисий мезонлари қуйидаги 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал
Овқат хазм қилиш тизими юқори қисмлари ва ўпқадан қон қетганда солиштирма таъхис

Мезошлар	Қизилўнча веналари- нинг ва- рикоз кел- ганиши	Ошқозон ва ўп икки бармоқли ичак яра касалишич	Ошқозон- нинг ўткир пептик яралари	Қизилўн- гачиниڭ пептик яраси	Ошқозон- нинг еми- риلاёт- ган ўсмаси	Қизилўن- гачинيڭ емириلا- ётقان ўсмаси	Меллор- Вейс син- дрومي	Ўпқадан ўткир қон кети- ши	Қон янши- нинڭ бузи- лиши
Қайт қилينган моддалар- даги қон қуриниши	Ўзгармас, қон-қора (ве-ноз), ошқозонда туپланганда қахва қуйқаси қуриниши- да булиши мумкин	Ўзгарган, қахва қуйқаси қуринишида	Ўзгарган, қахва қуйқаси қуринишида	Оч қизил, ошқозонда туپланганда қахва қуйқаси қуриниши- да булиши мумкин	Кўпроқ оч қизил	Оч қизил	Оч қизил ёки қахва қуйқаси қурини- шида (ютин- ганда қон ошко- зонга бориб тушади)	Оч қизил (ошқозон шиллик каватидан қон қетган- да - қахва қуйқаси қуринишида)	
Қон ке- тишдан олдинги белгилар	Эпигастрал сохада ярқ огриқлари, кўнгил айниши, қайт қилиш хуружлари	Эпигастрал сохада яра огриқлари, кўнгил айниши, қайт қилиш хуружлари	Эпигастрал сохада яра огриқлари, кўнгил айниши, қайт қилиш хуружлари	Кўкс ортида огриқлар, зарда қайнаши, баззан дис- фагия	Эпигастрал сохадаги огриқлар, иштеҳанинڭ пасайиши, озиб кетиш, қайта-қайта қайт қилиш	Дисфагия, кўкс ортида- ги огриқлар, озиб кетиш	Унчалик хос эмас	Унчалик хос эмас	
Туртки берувчи омиллар	Баззан жисмоний зўриқши, қайт қилиш хуружи	Баззан жисмоний зўриқши, қайт қилиш хуружи	Баззан жисмоний зўриқши, қайт қилиш хуружлари	Баззан жисмоний зўриқши, қайт қилиш хуружлари	Унчалик хос эмас	Унчалик хос эмас	Қайт қи- лиш, кўпинча огир ал- котолли захар- ланиш манзара- сида	Баззан жисмоний зўриқши, қайт қилиш хуружлари қилганда	Унчалик хос эмас, баззан антикоагу- лянтлар ёхуд дезагрегант- лар доза- сини ошириб кюбориш

Анамнез маълумотлари, асосий касаллик	Кўпича жигар циррози, айрим ҳолларда III-да- ражали қон айланиши етишмовчи- лиги	Яра касал- лиги	Узоқ вақт давомда ацетилса- лицил кис- лотаси ва бошқа «ульце- роген» дориларни қабул қилиш, ўткир мио- кард инфар- кти	Диафрагма кизилуғач тешиги- нинг чур- раси	Ошқозон ахилзаси, узоқ йиллар давомида чекиш	Унчалик хос эмас	Кўпича сурункали алкоголизм	Сид, бронхо- эктаз касаллиги	Ўтмишда турли вазо- лардан қайта қон кетиш- лар, тери остидаги геморрагия- лар. Қон касаллиги- нинг мажбу- лиги ҳақида ташхис қўйилганлик. Қон кетиши- дан олдин ангиоагул- янтлар ва дезагрегант- лар қабул қилиш
Кўпрок натри- ка	Кўпича ас- цит (қорин шини), сарқил- диқ ёки анасар- ка, кўқариш	Тери ва ятларнинг рангпарлиги	Тери ва шиллик қа- ятларнинг рангпарлиги	Тери ва шиллик қа- ватларнинг рангпарлиги	Холдан тойиш (ка- хексия да- ражасига).	Холдан тойиш (ка- хексия да- ражасига)	Кўпича тери ва «хабитус», тери ва шиллик қа- ватларнинг рангпар- лиги	Кўпича эмфизема- тоз кўкрак кафеи, бармоқ- ларнинг барабан тақча- лари шаклида бўли- ши	Тери остидаги геморрагия- лар
Кўпрок учрайдиган ёш	Ҳар қандай ёшда	Навқирон ёки ўрта ёш	Ҳар қандай ёшда	Катта ёки кекса ёшда	Катта ёки кекса ёшда	Катта ёки кекса ёшда	Ўрта ва катта ёшда	Ҳар қандай ёшда	Қон касал- лиги бўлган болалар ва ўсмирларда

Ошқозон-ичак тизимидан қон кетганда биринчи ёрдам

Ўткир қон кетишида консерватив даवони қуйидаги гуруҳларга ажратиш мумкин: қон кетиш ўчоғига маҳаллий таъсир этувчи, гемостаз тизимига таъсир этувчи ва йўқотилган қон ўрнини тўлдиришга қаратилган.

1. Умумий тадбирлар: қатъи ётоқ тартиби (беморга тўлиқ жисмоний ва психозмоционал тинчликни таъминлаш).

2. Музли халтача қўйиш, совуқ сув ичириш.

3. Умумий гемостатик тадбирлар: гемостаз тизимига таъсир этиш 12,5% 4-6 мл. этамзилат, тромбин, фибриноген: 1-2 г 250-500 мл NCL изотоник эритмасида, аминакапрон кислота, викасол в/и томчилаб. Ёдда тутиш керакки, аминакапрон кислота ва викасол бир оз вақтдан сўнг таъсир килишни бошлайди.

4. Айланиб юрувчи қон ҳажмини тўлдириш ва микроциркуляцияни яхшилаш реополиглокин 400-1200 мл. қунига в/и ўрта оғир ва оғир даражадаги қон кетишда преднизолон қунига 30 мг.гача в/и томчилаб қўлланилади. ОИТдан қон кетишда қарши кўрсатма ҳисобланган симпатомиметик ва кардиотоник препаратларни қўллаш қон кетиш ҳажмини ошиши ва бемор аҳволининг оғирлашувига олиб келиши мумкин.

5. Жарроҳлик бўлимига шошилиш ётқизиш.

Ўшқозондан қон кетаётган беморларга ёрдам фақат замонавий ташхислаш ҳамда консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари мавжуд бўлган ихтисослаштирилган бўлимларда амалга оширилиши керак.

Юқори нафас йўллари ўткир обструкциясининг патогенези ва клиник кўриниши

Нафас олишнинг обструктив бузилиши ҳар хил сабабларга боғлиқ бўлиб, обтурация ёки окклюзия кўринишидаги тўсиқ ҳар хил даражадаги жойлашувга эга бўлиши мумкин. Агар нафас олиш вақтида газ оқимида бўладиган тўсиқ оғиз бўшлиғи, ҳалқум ёки хиқилдоқда бўлса, бу юқори нафас йўллари обструкцияси дейилади. Улар газ алмашинувининг тотал бузилишларига – асфиксияга олиб келиши мумкин. Юқори нафас йўлларида ўтказувчанлик бузилишининг кейинги кўп учрайдиган сабаби овоз бойламлари спазми ёки овоз ёриғи соҳасидаги шишлар (нафас йўллари жароҳати, қуйишлар, некротик ангина ёки ҳалқум орқа абсцеслари, круплари) ҳисобланади. Учинчи сабаби эса - қизилўнғачда овоз ёриғи соҳасида тўхтаб, унга тикилиб қоладиган зич ёт моддалар аспирацияси ҳамда нафас йўлларидаги наслий ёки аллергиялик ангионевротик шиши бўлиши мумкин. Унга олиб келувчи асосий сабаблар ва клиник белгилар 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Юқори нафас йўллари ўткир обструкциясининг сабаблари ва клиник белгилари

Сабаби	Олиб келувчи омил, патоморфологик механизмлари	Клиник белгилари
Тилнинг орқага кетиб қолиши	Хушдан кетиш; Тилнинг гипофаринксга кетиб қолиши	Нафас олиш шовқинларининг пасайиши ёки йўқолиши, гипоксия белгилари
Ёт жисмнинг нафас йўлига тикилиб қолиши	Чуқур нафас олиш ёки қаттиқ овқат бўлагини ютиши вақтида ёт жисмнинг ҳалқумга тушиб қолиши; Ёт жисмнинг тикилиб қолиши ва ларингоспазми	Соғлом одамда тўсатдан ўткир бўғилиш ҳисси; Қисман тикилиб қолса овознинг бўғилиши ёки йўқолиши, йўтал, шовқин (стридор) билан нафас олиш; Бутунлай тикилиб қолганда бемор гапира олмайди, фақат ишора билан томоғини кўрсата олади. Гипоксия белгиларининг тез ривожланиши эвазига бемор йқиқлади ва хушидан кетади
Тананининг юз ва бўйин қисмларини ташқи механик жароҳатланиши	Пастки жағнинг синиши, ҳалқум усти, ҳалқум тоғайларининг шикастланиши; Оғиз бўшлиғи тубининг, тил ўзағи ва бўйиннинг жароҳатланиши; Юқори нафас йўллариининг тўқима комплекслари, тишлар ва милк синиши, суяк бўлаклари билан обтурацияси	Йўтал, бўғилиш ҳисси, жабрланувчининг безовталаниши, тери қопламларининг кўкариши, тери остида эмфизема; Бўйин ва юз шаклини ўзгариши, жароҳатдан ташқи қон кетиш, оғиз бўшлиғининг анатомик тузилишининг ўзгариши
Юқори нафас йўллариининг куйиши	Беморнинг ёнғинга тушиши ва иссиқ ҳаво, токсик газлар билан нафас олиб ишқор ва кислоталарни ютиши; Яллиғланиш шиши, гоҳида ларингоспазм	Ютинганда томоқда оғрик, стридор (шовқинли нафас) фанация бузилиши; Оғиз атрофидаги терининг куйиши, ларингоскоп билан кўрганда оғиз шиллик қаватининг шиши, ҳалқум орқа деворининг осилиб қолиши ва пуфаклар пайдо бўлиши – бу белгилар юқори нафас йўллариининг тўлиқ обструкциясига хос
Оғиз бўшлиғи, ёки бўйиннинг некротик флегмонаси	Карнес тишлар ва оғиз олди ўчоқларидан, оғиз шиллик қавати жароҳатидан инфекция тушиши; Кўзгатувчи – стрептококк фузифори спирохеталар, бактероидлар;	Нафас сиқиши, безовталаниш, стридор (шовқинли нафас), тризм (жағ тиришиши), дисфагия (ютишнинг бузилиши); Юзи шишган, оқарган, ранглар, кўркув ҳисси, қорачиклари кенгайган;

	<p>Жағ ости соҳасининг шиши бўйин соҳасига тарқалиши билан, тарқалган флегмона ҳосил бўлиши</p>	<p>Оғиз ярим очик, foctor ex ore; Нафас олиши узук – юлуқ, тахипноз; Тил катталашган, юқорига силжиган ва тишлари орасида сиқилган; Тил ости суяги соҳасида оғриқли зичлашган шиш; Ўмров суякларигача тарқалган бўйин шиши (“буқа бўйини”); Юқори ҳарорат, тахикардия (юрак уриб кетиши)</p>
<p>Ҳалқум орти абсцесси</p>	<p>Қўзғатувчи стафилококк ва аралаш флора яллиғланиш жараёни юқори нафас окклюзиясини чақиради ва бўйин соҳасига тарқалади; Ўз-ўзидан абсцесс ёрилиши ва йирингни ўпкаларга аспирациясини кузатилиши</p>	<p>Ютинганда томоқда оғрик; Стридор, иситмалаш, ҳалқум орқа деворининг қизариши ва шиши; Тана ҳароратининг септик ошиши. Қўпол йўтал кузатилмаслиги, аммо чарангдор товуши сақланиши</p>
<p>Эпиглотид</p>	<p>Қўзғатувчи: бактериал флора, кўпинча 2-7 ёшли болаларда яллиғланиш жараёнида ҳалқум усти тоғайи ва чўмичсимон тоғайларга тарқалиши</p>	<p>Ўткир бошланиши ва юқори нафас йўллариининг тўлиқ обструкцияси юзага келиши; Ютинганда томоқда кучли оғрик, баъзида йўтал ва стридор; Нафас олиш акти яққол бузилган, лекин товуш сақланган ва жарангли; Оғиз бўшлигини кўздан кечирганда шиллик пардани ва тилчани қизариши ҳамда шиши; Ларингоскопияда ҳалқум усти тоғайининг катталаниши ва шиши; Юқори ҳарорат ва интоксикация</p>
<p>Бактерияли круп</p>	<p>Қўзғатувчи: бактериал флора, <i>V. dirhteris</i> бўлиши ҳам мумкин; Ҳикилдоқ ва трахея шиллик каватининг фибринози, некротик яллиғланиши ва плёнкалар ҳосил бўлиши; Ҳикилдоқ мушаклари спазми ва овоз бойламлари (чин ва сохта овоз бойламлари)нинг беркилиши</p>	<p>Хириллаган, баъзида афоник овоз, вовулловчи йўтал, стенотик нафас ривожланиши; Дифтерияда овоз хириллаган, стенозда эса афоник нафас, йўтал – кўпол, нафас олишни кийинлаштириши, интоксикация ва юқори иситма Нафас бузилиши ва унинг 3 та босқичи – (крупоз нафас, стеноз ва асфиксия); Кўриқда – юмшоқ танглай ҳалқум безларида плёнкалар, баъзи ҳолларда бўйин ва кўкракка</p>

		тарқалувчи ҳалқум орқа девори ва тери ости шиши
Вирусли круп	3 ойдан 7 ёшгача бўлган болаларда юқори нафас йўллари катарал яллиғланиши ва гриппда юзага келиши	Баъзида тўсатдан нафас етишмовчилиги ҳисси ривожланиши; Кўп ҳолларда ўртача ҳарорат кўтарилиши манзарасида безовталиқ, кейинчалик – ҳансираш, вовулловчи ва инспиратор, стридор йўтал; Кўриқда катарал фарингит, хиқилдоқ усти тоғайининг яллиғланиши йўқ
Ҳиқилдоқнинг ангионевротик шишининг наслий шакли	Ҳиқилдоқ шиши спонтан ривожланиши ва 1-3 кун сақланиши	Бўғилиш хуружларини юз қафт ва ташқи жинсий аъзолар шишида юзага келиши; Кўзга кўринувчи шишларни қориндаги оғриқлар (ичак шиши) билан бирга ривожланиши эҳтимоли; Тўсатдан ўлим кўрсаткичи – 25%
Аллергик шакли	Тезкор реакция шаклида аллергия билан маълум дозаларда алоқада бўлганда; Беморга аллергия жавоб берувчи препаратлар қўллаш; Дори чанги ва аэрозол ингаляцияси.	Бўғилиш хуружи бошқа белгилар билан бирга юзага келиши: бронхит астма, вазомотор ринит; Тез ривожланиши, бемор кўзгалган стридор, гипергистаминемия белгилари ва шок билан кечиши

Нафас йўлларининг ёт модда билан тўлиқ обструкциясини йўқотиш учун катталарда Геймлих усули қўлланилади (2-расм).



2-расм. Катталарда нафас йўллари обструкциясида ёрдам

Агар шикастланувчи ҳушида бўлиб, нафас олиши кескин кийинлашган бўлса, унинг орқасида туриб, қўлларингиз билан кучоқлаб қориннинг ўрта қисмини (киндикдан бир оз юқорида) босинг. Юқорига йўналтирилган тезкор турткилар билан кўкрак қафасига 4-5 марта кескин уринг. Ёт модда чиқарилмагунча ва шикастланувчи нафас олиши бошламагунча давом этинг. Агар шикастланувчи ҳушсиз бўлса, уни полга орқаси билан ётқизинг. Тиззада ўтириб, қафт асосини киндикдан бир оз юқорироқга шундай қўйингки, биринчи қўл бармоқлари шикастланувчининг бош томонига қаратилган бўлсин, иккинчи қўлни биринчи қўл устига қўйиб, қоринга тез, юқорига

йўналтирилган, турткисимон ҳаракатлар билан 5 марта босинг. Шундан сўнг шикастланувчининг оғзини очиб, букилган кўрсаткич бармогингиз билан ёт моддани ушлаб, оғиз бўшлиғидан чиқариб юборишга ҳаракат қилинг.

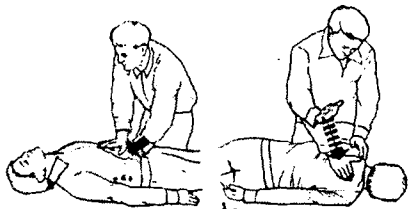
Агар ёт модда чиқарилмаса ва шикастланувчи нафас олмаса, «тез ёрдам» келгунича исталган усулда ўпка сунъий вентилицияси (ЎСВ) ўтказишни бошланг. Ёт моддани чиқаришда табиий йўтал энг самарали усул ҳисобланади, шунинг учун ҳали имконият бор вақтида шикастланувчидан йўталишни сўранг. Оғиз бўшлиғи ва юқори нафас йўлларида ёт модда, қон, шилликни чиқариб олиш бармоқ, салфетка, рўмолча, қўл остидаги исталган буюм билан адабиётларда келтирилган усуллар (уларнинг ҳар бирини энг асосийларини билган ҳолда) ёрдамида амалга оширилиши мумкин.

Агар шикастланувчи ҳушсиз, юраги урмасдан, нафас олмасдан орқасида ётган бўлса, тилнинг орқага кетиши натижасида ўпкага сунъий нафас орқали ҳаво киришининг иложи бўлмайди. Бундай ҳолларда қўл билан самарали усулларни қўллаш тавсия этилади.

1. Пастки жағни олдинга тортиш.

2. Оғизни очиш ва оғиз бўшлиғини ёт модда, қон ва шилликдан тозалаш.

3. Буйинни енгил букиш орқали бошни орқага итариш (3-расм).



3-расм. Болаларга биринчи ёрдам кўрсатиш тадбирлари

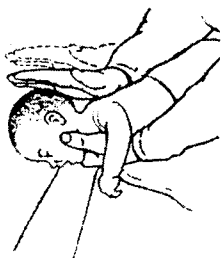
- кўкрак ёшидаги болани катта одамнинг қўлига бошини иккита бармоқ билан ушлаган ҳолда юз ва бошини пастга қаратиб ётқизиш;

- катта ёшдаги болаларда ёт модда тушганига шубҳа қилинса, Геймлих усули қўлланилади;

- боши билан пастга қаратилган ҳолда болани «силкитиш». Лекин бу усул самарадорлиги бўйича Геймлих

усулидан сўст, чунки нафас йўлларида етарлича босим ҳосил бўлишини таъминламайди;

- юқоридаги тадбирларни бажариб бўлгач, ёт моддани охиригача олиш учун боланинг оғиз бўшлиғини кўздан кечириш (4-расм);



4-расм. Крунда тезкор ёрдам

- зудлик билан шифокор чакириш;
- тинч муҳит яратиш;
- гипоксия ривожланаётганлиги учун тоза ҳаво киришини таъминлаш;

- сиқиб турган кийимни бўшатиш;

- иссиқ ишқорий эритмалар;

- чалғитувчи терапия ўтказиш;

- кўкрак қафасининг юқори қисмига горчичник қўйиш, оёққа иссиқ ванналар, болдир мушаклари-

га горчичниклар (тананинг пастки қисмларида қон оқими яхшиланиб, шишлар йўқолади);

- шиллик қават шишини камайтириш ва балғамни юмшатиш мақсадида сода, балғам кўчирувчи ўтлар ва эуфиллин билан буғли ингаляция ўтказиш;

- лазикс 1-2 мг. м/о бола танасининг 1 кг вазнига (1мл=10мг);

- оғир ҳолларда преднизолон м/и 3-5 мг бола танасининг 1 кг. вазнига (1мл=30мг).

Тўсатдан ўлим

Юрак касалликлари сабабли *тўсатдан ўлим* – бу юрак ҳасталиклари сабабли зўравонликсиз ўлим бўлиб, касалликнинг ўткир белгилари пайдо бўлгандан кейин бир соат ичида тўсатдан ҳушдан кетиш билан кечади. Беморда юрак касаллиги мавжудлиги аниқ ёки ноаниқ бўлиши мумкин, лекин ўлим ҳар доим кутилмаганда содир бўлади.

Юрак касалликларидан тўсатдан ўлимнинг ёшга кўра икки тури тафовут этилади:

- янги туғилган чақалоқлар орасида – ҳаётининг биринчи олти ойлик даврида юзага келади ва 0,1-0,3% ни ташкил этади. Кўпроқ ўғил болалар орасида кузатилади. 1-13 ёшли болалар орасидаги 5 та ўлимдан биттаси юрак ҳасталиклари оқибатида юзага келади, 14-21 ёшларда эса бу кўрсаткич 30% ни ташкил этади;

- катталарда (45-75 ёшларда). Ўрта ва кекса ёшлар орасида 88% ҳолларда юрак касалликлари тўсатдан ўлимга олиб келади. Тўсатдан юрак касалликларидан ўлим ўрта ва кекса ёшдаги эркаклар орасида аёлларга нисбатан 4, 45-64 ёшларда эса 7 марта кўпроқ қайд этилади ва фақат 65-74 ёшларда бу 2:1 нисбатга тенг бўлади.

Тўсатдан ўлим содир бўлишига қадар 50% эркаклар ва 63% аёлларда ҳеч қачон касалликнинг клиник белгилари кузатилмайди. Бир неча хавфли омиллар бирга келганда ўлим содир бўлиш эҳтимоли ўсиб боради. Миокард инфарктига чалинган беморларнинг 15-20% да дастлабки 72 соатда тўсатдан ўлим юз бериши мумкин. Энг юқори ўлим хавфи миокард инфарктининг 3 кундан 8 ҳафтасигача бўлган вақтга тўғри келади. Агарда касаллик бўлмачалар титраши, қоринчалар тахикардияси, жуфтлашган ёки эрта пайдо бўлган қоринчалар экстрасистолияси билан асоратланса, ўлим хавфи янада ошади. Инфарктдан кейинги даврда жисмоний зўриқиш синамаси ўтказиш вақтида ST сегменти депрессияси кузатилиши (оғриксиз ёки оғрик билан кечувчи) оқибати ёмон омил ҳисобланади.

Ёшлар орасида тўсатдан ўлим сабаблари: миокардитлар, кардиомио-патиялар, QT интервалининг узайиш синдроми, юрак ва қон томирларнинг туғма ҳамда орттирилган нуқсонлари, Морфан синдроми, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши. Бу касалликларда тўсатдан ўлимга олиб келувчи омиллар:

- кучли жисмоний зўриқиш;
- алкоголь ва наркотик моддалар қабул қилиш;
- айрим дори воситаларини қабул қилиш;
- электролитлар мувозанатининг бузилиши;
- алкогольли суррогатларни қабул қилиш.

40 ва ундан катта ёшдаги аҳоли орасида тўсатдан ўлим сабаблари:

- юрак ишемик касаллиги;
- томирларнинг оғир стенозловчи атеросклерози;
- артерия деворидаги тромбозлар;
- миокарднинг жиддий гипертрофияси (кардиомиопатия).

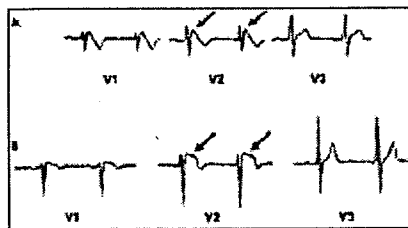
Қуйидаги хавфли омиллар мавжуд бўлса, кўпроқ тўсатдан ўлим ҳолатлари кузатилади: бемор ёши 45 ва ундан катта бўлганда; чекиш; старли миқдорда овқатланмаслик; камҳаракатлик; кўп миқдорда алкоголь истеъмол қилиш; тахикардия; гиперхوليستيرинемия; гипертония; қандли диабет; семизлик.

Юрак касалликларидан тўсатдан ўлимнинг асосида қуйидаги жараёнлардан бири ётади: қоринчалар фибрилляцияси, қоринчалар титраши, қоринчалар асистолияси, юракнинг электромеханик диссоциацияси. Ҳозирги пайтда тўсатдан ўлимга олиб келувчи ҳолатлардан бири - **Бругад синдроми (БС)** ҳисобланади. БС - «сирли» касалликлардан бири бўлиб, полиморф қоринчалар тахикардияси натижасида ривожланувчи юрак ўлими билан характерланади. Аутосом-доминант йўл орқали синдромнинг наслдан-наслга ўтиши тахмин қилинади. Касаллик қоринчалар тахикардияси негизида тез-тез синкопнинг ривожланиши, кўпроқ уйқуда содир бўладиган тўсатдан ўлим ва аутопсияда миокардда органик шикастланишларнинг йўқлиги билан характерланади. Клиник белгилар кўпроқ 30-40 ёшда ривожланади. 93,3% ҳолларда хуружлар кечки ва тунги вақтларда (18 дан 6 гача) вужудга келади. Бу қоринчалар титроғи ривожланишида вагуснинг таъсири борлигини исботлайди. Эрта тонг вақтида ривожланадиган тўсатдан ўлим БС ва ЮИК мавжуд беморларда фатал аритмиялар ривожланишида бошқа турли патогенетик механизмлар борлигидан далолат беради.

Типик клиник кўринишдан ташқари, БСда хос электрокардиографик белгилар ҳам мавжуд. Унинг таркибига Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси, V1-V3 да ST сегментининг специфик кўтарилиши, PQ интервалининг даврий узайиши ва синкопе вақтида полиморф қоринчалар тахикардияси киради (5-расм).

ЖССТ экспертлари ҳам юқорида қайд этилган таърифни эътироф этиб, аммо дастлабки юрак хуружлари бошланганидан сўнг 1-6 соат ичида содир бўлган ўлимни *тўсатдан ўлим* деб ҳисоблайдилар. Юрак тўхтаганлигини тасдиқлаш учун қуйидаги дастлаб кузатиладиган учта белги етарли:

- хушнинг йўқлиги;
- йирик артерияларда томир урушини аниқланмаслиги;
- юрак фаолиятини тўхтаганлиги.



5-расм. Бругад синдромидаги ЭКГ ўзгаришлари

Тўсатдан юрак тўхташига қуйидаги белгилар хос:

- ▶ 3-4 сониядан сўнг бош айланиши, ҳолсизлик;
- ▶ 15-20 сониядан сўнг бемор ҳушини йўқотиши;
- ▶ 40 сониядан сўнг талвасага тушиш, тана мушакларининг бир марта тоник қисқариши;
- ▶ йирик артерияларда (уйқу, болдир) пульс ва юрак тонларининг аниқланмаслиги;

▶ нафас олиш тўхташи ёки тўсатдан агонал типдаги нафаснинг бошланиши;

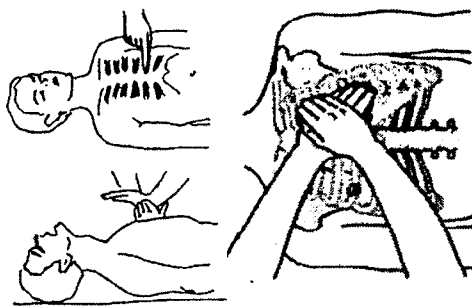
▶ 40-45 сониядан кейин қорачиқнинг кенгайиши (максимал кенгайиш 1,5 дақиқадан сўнг кузатилади);

▶ тери рангининг ўзгариши (кулранг кўк аралаш);

▶ шовқинли ва тез-тез нафаснинг камайиб, клиник ўлимнинг 2 дақиқада тўхташи.

Пульсни, қон босимини аниқлаш ҳамда ЭКГ тушириш ва юрак аускультациясига вақт йўқотмасдан ташхис қўйишга ҳаракат қилиш чунки 3 дақиқадан сўнг бош мия хужайраларида қайтмас ўзгаришлар бошланади.

Биринчи ёрдам. Юрак тўхташида тез ёрдам бригадаси келгунча кечиктирмасдан нафақат қон айланиши ва нафасни тиклаш, балки беморни ҳаётга тўлиқ қайтаришга ҳаракат қилиш керак. Беморга ўпканинг сунъий вентилляцияси ва ёпиқ юрак массажи ўтказилади (6-расм).



6-расм. Юракда ёпиқ массаж ўтказиш тартиби

Қоринчалар тахикардияси ва фибрилляциясида нормал юрак ритмини тиклашнинг ягона самарали усули дефибрилляция ҳисобланади. Дефибрилляция ўтказиш учун электродлар шундай жойлаштирилиши лозимки, унда ток кўпроқ юрак орқали ўтиши керак. Одатда битта электрод тўшдан ўнгда ўмров остига, иккинчиси эса чап кўкрак бези сўргичи соҳасида жойлаштирилади. Учқун чиқишини олдини олиш мақсадида барча

дори воситалари ва пластирлар бемор атрофидан узоклаштирилади. Реаниматор ёрдамчиларидан ҳеч бири беморга ва у ётган буюмга тегмаётганлигига амин бўлиши керак, шундан сўнг «разряд» сўзи айтилади. Разряд энергиясининг: биринчиси 200 Дж, иккинчиси – 200, 300 Дж, учинчиси – 360 Дж.

У юракни бўшабини олдини олади. Разряд вақтинча юрак асистолиясига (миокард хужайраларининг деполаризациеси), шу вақт оралиғида табиий ритм бошқарувчиси фаолияти тикланишига олиб келади.

Юрак касалликларидан тўсатдан ўлим профилактикаси

юрак касалликларининг турли босқичларида тўсатдан ўлим хавфини олдини олиш чора-тадбирлари:

- тўсатдан ўлим хавфи юқори бўлган шахсларни аниқлаш ва ҳчмоя қилиш мақсадида юрак касалликларига чалинган беморларда (айниқса, қоринчалар аритмиялари бўлганларда) хавф даражасини аниқлаш;
- юрак касалликларидан тўсатдан ўлим ҳолатларида зудлик билан самарали реанимация ўтказиш;
- юрак касалликларидан тўсатдан ўлган ва самарали реанимация ўтказилиб тирилтирилган беморларни замонавий усуллар ёрдамида даволаш;
- Бругад синдроми ривожланишини олдини олиш чоралари: дефибриллятор имплантацияси (ҳозирги вақтда ягона исботланган самарали даво), аритмия хуружи вақтида аритмик воситалардан биринчи танлов препарати – изопротеренолни в/и инфузияси ҳисобланади.

Организмга совуқ таъсир қилган ҳолатларда умумий амалиёт врачлари тактикаси

организмда совуқ таъсирида кузатиладиган ўзгаришлар совуқ ҳаво, сув, муз, совуқ темирлар ва газлар таъсирида юзага келади. Унда кейинроқ трофик ўзгаришлар билан маҳаллий намоён бўлувчи тизимди қон айланиши ҳамда иннервацияни бузилиши муҳим аҳамиятга эга. УАВ фаолиятида совуқ таъсирида кузатиладиган ҳолатлар кам учраса ҳам, айрим корхоналардаги авария ҳолатларида бир вақтнинг ўзида кўплаб беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш зарурияти туғилиши мумкин.

Совуқнинг маҳаллий таъсирига кўра «совуқ ҳаво таъсири» «контакт» иммерсия шакллари ва кечишига кўра учта даврлари фарқланади:

- яширин ёки реактив ўзгаришларгача бўлган давр - бунда тўқималар гипотермик ҳолатда бўлиб, уларда яққол намоён бўлган ўзгаришлар аниқланмайди;
- реактив – тапа иситилгандан сўнг тўқималарда эрта кузатиладиган ўзгаришлар;
- кеч даври – бунда беморда кейинроқ тўлиқ ёки қисман тикланадиган маҳаллий ва тизимли ўзгаришлар кузатилади.

Яширин даврда беморларда яққол намоён бўлган клиник белгилар кузатилмайди. Синчковлик билан кўздан кечирганда, зарарланган соҳа хароратининг пастилиги, кўкариши ва оқариши аниқланиши мумкин.

Реактив даврда зарарланган жойда яллиғланиш ва некрознинг турли белгилари кузатилади.

Турли сабабларга кўра совуқ ҳавода қолиб кетиш (мастлик, тўсатдан хушдан кетиш ва бошқалар) тананинг дистал қисмларини (оёқ ва қўллар, бурун, қулоқ, ёноқлар) музлашига олиб келади. Бемор иситилгандан сўнг ва музлашнинг реактив даври бошланганда совуқ таъсирининг турли оқибатлари кузатилади ва шундан келиб чиқиб куйидаги тўртта даражага бўлинади.

1-даражада зарарланган жойда тўқимарнинг некрозисиз қон айланиши ва иннервациянинг ўтиб кетувчи бузилиши, чегараланган соҳада оғриқ, қичишиш ва парестезия кузатилади. Тери кўқарган, шиш ривожланади, аммо оғриқ сезгиси сақланиб қолади.

2-даражада эпидермис некрози кузатилиб, кўкиш қизил рангда бўялган ва шишган терида тиниқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Ушбу соҳада оғриқ сезгиси сақланиб қолади, укол қилинган жойда кучли капиллар қон оқиши кузатилади. Зарарланган тери олиб ташланганда, қисман фибрин билан қопланган оч қизил (пушти) рангдаги ярали юза аниқланади.

3-даражада некроз тери ва унинг остидаги тўқималарга ҳам тарқалади. Реактив давр бошланиши билан геморрагик суюқликка тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. 3-4-кундан бошлаб зарарланган терининг ўлиши кузатилиб, у тўқ қизил рангга бўялади, сезги ҳисси йўқолади ва аста-секин куриб қора (струп) ҳосил бўлади. Ўлган тўқималар тушиб кетгандан сўнг ўрнида грануляция белгилари пайдо бўла бошлайди.

4-даражада зарарланган соҳада нафақат юмшоқ тўқималар, балки суякларнинг ҳам некрози кузатилади. Тери устида геморрагик суюқликка тўла пуфаклар бўлиши мумкин. Эпидермис енгил кўчиб, остидан тўқ олча рангдаги дерма кўринади.

Тери сезувчанлиги йўқолган, укол қилганда капилляр қон кетишлар кузатилмайди. Некроз атрофида демаркация чизиғи зарарланишнинг 2-3-ҳафтасида пайдо бўла бошлайди.

Контакт совуқ уришлар тананинг кийим билан яхши ҳимояланмаган ёки очик қолган қисмини 400°C ва ундан паст даражагача совуған темирнинг тегиши оқибатида кузатилади ва яширин давр кузатилмайди. Жароҳат турлича, аксарият ҳолларда II ёки III даражадаги оғирликда бўлади. Иммерсия оқибатидаги совуқ уришлар танани ёки унинг айрим қисмларини узоқ муддат (бир неча соатдан бир неча кунгача) $+4, +8^{\circ}\text{C}$ (музлашдан юқори ҳарорат) совуқ сувда бўлиши натижасида юзага келади. Бу ҳолат беморни ҳўл кийим ёки пойафзалда узоқ муддат қолиши, балиқ овлаш, денгизда сузиш вақтларида баъзан руй берадиган фожиалар оқибатида кузатилади. Айрим ҳолларда бунга сабаб саёҳатга чиққанда спиртли ичимликларни системол қилиш ҳам бўлишини ёдда тутиш керак. Бемор оёқлари $+4, +8^{\circ}\text{C}$ совуқликдаги сувда 6 соат атрофида қолиб кетса, терида дистрофик, мушакларда ультрамикроскопик ўзгаришлар, 12-14 соат ва унда узоқ

бўлган ҳолларда эса нафақат терида, баъзан буйрақларда ҳам қон айланиши бузилиб гематурия кузатилиши мумкин.

Маҳаллий совуқ урушларни даволаш тамойиллари - УАВ биринчи навбатда, зарарланган кишини уйга ёки мотори ишлаб турган машинага олиб кириши, ҳўл кийим ва пойфазаларни эҳтиёткорлик билан зарарланган соҳани шикастламасдан алмаштириши ҳамда иссиқ ичимлик бериши лозим. Қулоқлар, бурун ва ёноқларни совуқ урганда, қўл ёки юмшоқ мато билан иситиш ва кизаргунча енгил уқалаш керак. Қор билан ишқалаш қатъиян ман қилинади. Шунингдек, беморларга антигистамин ва анальгетиклар юборилиб, иссиқ сақловчи боғлам қўйилади. Имкон бўлган ҳолларда, совуқ урган соҳани қон билан таъминлайдиган артерияга 0,5% -10-20 мл. новокаинга эритиб кофеин ёки теоникол (600 мг) юбориш мақсадга мувофиқ. Совуқ урган соҳа тана сатҳининг 1% ва ундан кўпини (тахминан, бемор кафтча) ташкил қилса ва унинг оғирлик даражасидан келиб чиқиб беморларни жарроҳлик бўлимига даволаш учун юбориш лозим.

Баъзан организмга совуқнинг умумий таъсири оқибатида бемор ички ҳарорати 35 ° С ва ундан пастга тушиб кетиши мумкин. Гипотермия узок давом этганда, ҳаётий муҳим аъзоларда ўзгаришлар содир бўлиб терминал ҳолат келиб чиқади. Бунда асосий таъсир қилувчи омил об-ҳавонинг совуқлиги ҳисобланади. Беморда қалтираш қўл-оёқлар ва терида совуқлик кузатилади. Аввал гипер кейинроқ гиповентиляция, брадикардия, атриоventрикуляр блокадалар қайд этилади. Шунинг учун, умумий совуқ таъсирида зарарланган беморлар шифохонада ётқизилишлари ҳамда 3-4 кун ЭКГ мониторинги ўтказилиши керак. Уларга илиқ туз-сув ва глюкозали эритмалар куйилади.

Электротравмаларда умумий амалиёт врач тактикаси

Электротравмалар (ЭТ) уй шароитида ёки ишлаб чиқаришда тасодифан электр токи (баъзан чакмоқ) таъсирида юзага келади. Беморларнинг марказий асаб, нафас, юрак қон-томир тизимида айрим ҳолларда маҳаллий белгилар билан кузатилувчи чуқур ўзгаришлар кузатилади. Ушбу ўзгаришлар кўлами элсктр токининг характери (дўимий ёки ўзгасувчан, кейингиси хафли ҳисобланади), кучи, таъсир давомийлиги (қапча узок таъсир этса оқибати шунча ёмон бўлади), гигиеник ва метеорологик омиллар (нам ҳаво ва ҳўл кийимлар салбий таъсир кўрсатади) ҳамда таъсир этиш жойи (кафтлар, юз ва жинсий аъзолар соҳасида кучли таъсир этади) билан узвий боғлиқ.

Жароҳатланган кишини кўздан кечирганда ва объектив кўриқда 5 хилдаги (церебрал, респиратор, кардиал, микроциркулятор ва локал - чегараланган) клиник синдромлар фарқланади.

Уларнинг клиник намоён бўлиши, кейинроқ кузатилиши эҳтимоли бўлган асоратлар ва ҳодиса юз берган жойда ўтказилиши лозим бўлган тадбирлар 4-жадвалда келтирилган. Энг аввало зарарланган киши эҳтиётлик билан токдан ажратиб олиниши зарур.

4-жадвал

**Электротравмада кузатиладиган асосий синдромлар
ва уларни бартараф этиш йўллари**

N	Синдромлар	Ҳодиса юз берган жойда ўтказилиши лозим бўлган тадбирлар	Кейинроқ кузатилиши мумкин бўлган асоратлар
1	<p>Церебрал:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кўзгалувчанлик; - қорачиқларни кенгайтиши; - электр токи таъсир этган вақтда судороғлар; - ҳушдан кетиш 	<p>Кўрсатмалардан келиб чиқиб ҳушёрлик билан седатация ўтказиш; Тиришишга қарши даво (мидокалм, диазепам); Юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини сақлаш</p>	<p>Психозлар, жароҳатланган кишида алкоголизм бўлса делирий</p>
2	<p>Респиратор:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нафас олиш мушаклари ва бурмаларини тетаник спазми; - узунчоқ миёдаги нафас маркази фаолиятини сусайиши; - нафас олишни тўхташи 	<p>Зудлик билан жароҳатланган кишини электр токидан ажратиш; Нафас аналептиклари – этимизол; Экспиратор сунъий нафас олдириш;</p>	<p>Нафас маркази фаолиятини сусайиши</p>
3	<p>Кардиал:</p> <ul style="list-style-type: none"> - суправентрикуляр ва қоринчалар аритмияси; - қоринчалар фибрилляцияси; - асистомия; - артериал гипертензия 	<p>Кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни инобатга олиб, антиаритмик воситалар, шу жумладан, β-блокаторлар; Юрак соҳасига мушт билан уриш, лидокаин; Юрак-ўпка реанимацияси тадбирларини ўтказиш; Клофеллин + β-блокаторлар</p>	<p>Электр токи ургандан сўнг 24 соат ичида ёки ундан сўнг аритмияларнинг кузатилиши ёки айрим ҳолларда қон айланишини тўхташи</p>
4	<p>Микроциркулятор:</p> <ul style="list-style-type: none"> - шок 	<p>Буферланган кристалли эритмалар қуйиш</p>	<p>Коагулопатиялар, олигурия, миоглобинурия</p>
5	<p>Локал - чегараланган синдром;</p> <p>терининг чуқур чегараланган қуйишлари</p>	<p>Ток урган жойга совуқ нарса босиш; Оғрик қолдирувчилар</p>	<p>Магистрал томирлар тромбози, гангрена, томирларнинг ёрилиши, ток урган қўл ва оёқлар ишемияси</p>

ЭТ чалинган барча беморлар биринчи ёрдам кўрсатилгандан сўнг зудлик билан врач кузатувида шифохонага ётқизишлилари ва 24 соат давомида кариомонитор кузатувида бўлишлари лозим.

Сувда чўкиш

сувда чўкиш ҳолатлари тасодифан ёки мажбуран инсонни сувга тиқиб туриш оқибатида юз беради ва унда газ алмашинуви кескин қийинлашади ёки бутунлай тўхтайтиди. Унга нафас йўллариغا сувнинг аспирацияси (ҳақиқий чўкиш), ларингоспазм оқибатида ўпкада газ ва қон айланишининг бирламчи бузилиши (қоринчалар асистолияси ва фибрилляцияси), мушаклар ҳаракатининг ўзгариши ва бошқалар сабаб бўлади. Сувга чўкиш ҳолатларида бошланғич, агонал ва клиник ўлим фарқланади.

Бошланғич даврда сувга чўккан киши хуши ўзида, ҳаракатлари мақсадли, сувга шўнғишда нафасни сақлаш қобилияти сақланган. Ушбу босқичда қутқарилган киши ўта кўзгалувчан ёки тормозланган, мавжуд ҳолатга реакцияси монанд эмас. Совуқ бўлмаган сувга чўкканларда ҳам қалтираш кузатилади. Уларнинг тери қопламлари кўқарган, нафас олиши тезлашган ва шовкинли ҳамда йўтал билан бўлиниб туради. Аввал тахикардия ва АГ, кейинроқ эса брадикардия ва гипотензия аниқланади. Анчагина миқдордаги сув ютилганлиги сабабли қориннинг юқори қисми шишган. Бир мунча вақт ўтгач, қутқарилган кишида сув ва овқат қолдиқлари билан қайт қилиш кузатилади. Одатда бу даврда бемор ўзини тез тиклаб олади, ҳаракатлари сақланади, аммо йўтал, бўшашиш ва бош оғриғи бир печа кун сақланиб қолади.

Агонал босқичда қутқарилганларнинг хуши ўзида бўлмайди, лекин нафас олиши ва юрак уриши сақланган. Териси кўқарган ва совуқ, оғзи ва бурнидан қизил рангдаги кўпикли суюқлик ажралади. Томир уриши уйқу ва сон артерияларида аниқланади. Чўкаётган кишини оғзини очиш имкони бўлмайди.

Чўккан киши клиник ўлим даврида қутқарилган бўлса, нафас ва томир уриши: аниқланмайди, қорачиклар кенгайган ва ёруғликка реакцияси йўқ. Беморда муваффақиятли реанимация ўтказиш эҳтимоли жуда паст.

Юқориде санаб ўтилган белгилар кўпроқ ҳақиқий чўкишга учраган кишиларда кузатилса ҳам, унинг асфиксия ва синкопал (кўпроқ кардиодинамикадаги ўзгаришлар) турларида ҳам аниқланади.

Чўккан кишиларга биринчи тиббий ёрдам уни тинчлантириш, қон оксигенациясини яхшилаш, аспирация олдини олиш каби чоралардан иборат. Транспортировка вақтида совуқ ва ҳўл кийимларни ечиб, иссиқ тўшакка ўраш лозим. Агонал ва клиник ўлим давларда қутқарилганларга реанимация ёрдами кўрсатилади ва зудлик билан шифохонага олиб борилади.

Осиш ёки бўғиш

тиббий амалиётда кўпроқ ўз-ўзини осиш учраб, аксарият ҳолларда руҳий ва сурункали алкоголизмга чалинган беморларда кузатилади. Бунда нафақат юқори нафас йўллариининг ўткир обструкцияси, балки буйиндаги йирик қон томирлари ва нерв толаларининг ҳам сиқилиши юз беради. Шу билан бир қаторда, айрим ҳолларда осишга криминал ҳолатлар сабаб бўлишини эсда тутиш лозим.

Қутқазилганнинг биринчи дақиқаларида осилган кишида марказий нерв тизимининг юқори қўзғалувчанлиги, юрак ритми ва ўтказувчанлигини бузилиши, бош мия шиши белгилари кузатилиши мумкин. Тикланиш даврида мушакларнинг тоник ҳолати, судороглар, тез-тез ва танаффуслар билан нафас олиш қайд этилади.

УАВ нинг биринчи вазифаси ва кўрсатмаси осилган кишини сиртмоқдан қутқазиб ҳамда ёнбош қилиб ётқизишдан иборат. Кейин кўрсатмалардан келиб чиқиб, юрак-ўпка реанимацияси ўтказилади ва жабрланувчи зудлик билан шифохонага ётқизилади. Баъзан нафас йўллари ўтказувчанлигини сақлаш ёки тиклаш мақсадида тезкор трахостомия ўтказиб лозим.

Ўткир заҳарланишлар

Ўткир заҳарланишлар организмга заҳарли моддаларнинг (оғиз орқали бевосита, сув ёки овқат билан, инъекцияда ва ингаляцияда) тушиши ёки ундаги биотрансформациялар оқибатида юзага келади. Шунингдек, заҳарли ўсимликлар ва ҳайвонлар билан алоқада бўлганда ҳам кузатилади. Аксарият ҳолларда заҳарланиш тасодифан бўлса ҳам, баъзан суицидал ёки криминал (ухлатувчи, седатив, антигипертензив дорилар, кислоталар, хлорланган углеводородлар, фосфорорганик инсектицидлар) бўлиши мумкин. УАВ ўткир заҳарланиш эҳтимоли бўлган беморга чақиртирилганда, қуйидаги йўналишда ҳаракат қилиши лозим:

- ўткир заҳарланиш мавжудлигини тасдиқлаш;
- унинг сабабини аниқлаш;
- заҳарланган кишига (аксарият ҳолларда симптоматик) шифохонагача бўлган тиббий ёрдам кўрсатиш.

УАВ заҳарланган киши ва унинг атрофидагилар билан суҳбатда қатор муҳим маълумотларни аниқлаши мумкин. Жумладан, ишлатилган дори қолдиқлари, қоробкалар, шприцлар, заҳарланган киши оғзидан келаётган ҳид ва бошқалар.

Токсик модда оғиз орқали организмга тушган бўлса, ошқозонни зондсиз ёки зонд орқали ювиш керак бўлади. Зондсиз ювишда 15-30 фаоллаштирилган кўмир эритилган 1-2 стакан илиқ сув заҳарланган кишига ичирилади ва тил асосига қўл ёки шпатель билан босиб қайт қилиш рефлексга чақирилади. Бу жараён ошқозон тоза бўлганга қадар 7-10 марта

такрорланади. Жараён тухум оки, сут, кисель ичиш билан яқунланади. Дорилар ёрдамида ҳам қайт қилишни (10-20 мл ипекакуан шарбати ёки апоморфин 3 мг) қақриш мумкин. Аммо бунда сувга фаоллаштирилган кўмир қўшилмайди. Зонд ёрдамида ошқозонни ювишни УАВ унинг йўғон туридан фойдаланган ҳолда амалга ошириши лозим. Бунинг учун зондга вазелин ёки 5%лик анестезин ёғи сурилади. Кислота ёки ишқорлар билан заҳарланганда, зондни эҳтиёткорлик билан ошқозонга киритиш керак. Акс ҳолда қизил ўнғач ва ошқозон шиллиқ қаватини қонатиши мумкин. Заҳарланган киши ўта кўзгалувчан ҳолатда бўлса, олдинроқ сибазон, реглан, дормикум мушак орасига юборилади. Шунингдек,, ошқозонни ювишдан олдин унга 200-300 мл. сув юборилиб, қайта тортиб олинади. Ундан сўнг илиқ шўр сув билан (5 литр сувга 1 ош қошиқ туз) ювиш жараёни бошланади. Бир марталик юборилган сув 300-400 мл. атрофида бўлиши керак ва унинг биринчи қисми шиши идишга таҳлил учун йиғилади. Тоза сув чиққанга қадар ювиш жараёни давом эттирилади.

Организмга тушган токсик модданинг тури ва таъсиридан келиб чиқиб заҳарланган кишида синдромлар ёки улардан бири кузатилиши мумкин ва даво чоралари ҳам ундан келиб чиқиб қўлланилади (5-жадвал).

5-жадвал

Турли ўткир заҳарланишларда кузатиладиган синдромлар, унинг клиник белгилари ва қўлланиладиган даво чоралари

N	Синдромлар	Сабаблари ва клиник белгилари	Тез ёрдам	Антидот даво
1.	Тизимли гипоксия	Кўмир ёнганда ва машиналардан чиқувчи заҳарли газларнинг токсик таъсири – бош оғриғи, кўнгил айнаши, қайт қилиш, токсик энцефалопатия	Заҳарланган кишини тоза ҳавога олиб чиқиш, бошга иссиқ компресс қўйиш	Цианид билан заҳарланганда, тиосульфат натрий 30% -50 мл. вена ичига 7-10 дақиқа давомида, икки соатдан сўнг ярим дозада такрорлаш.
2.	Психомотор кўзгалишлар	Белладона препаратлари, мухоморлар, этил алкоголи суррогатлари, фосфорорганик инсектицидлар билан заҳарланиш-кўзгалувчанлик кейинроқ хушдан кетиш ва кома	Беморни ёнбош қилиб ётқизиш, трахеяни интубацияси, вена ичига тузли эритмалар юбориш	Фосфорорганик инсектицидларда вена ичига 2-3 мл 0,1% атропин эритмаси

3.	Тиришишлар	Стрихнин, сантонин, инсулин, оғиз орқали қабул қилинадиган диабетга қарши препаратлар билан заҳарланганда – мушаклар қисқариши, тиришишлар	Диазепинлар (сибазон, седуксен, реланиум). Бутун танада тиришишлар кузатишганда, миорелаксантлар (павулон, панкуроний, мидокалм)	---
4	Нафас фаолиятини бузилиши	Фосфорорганик инсектицидлар, ботулизм – нафас олиш сони ва чуқурлигининг бузилиши, йўтал хуружлари, респиратор гипоксия белгилари (тери ва шилик қаватларнинг кўка-риши), ўпка устида хуштаксимон хириллашлар	Кислород ингаляцияси, айрим ҳолларда 3 мл 1,5% этимизол вена ичига ёки мушак орасига	Фосфорорганик инсектицидларда атропин вена ичига 0,1% эритмаси 2-3 мл
5	Циркулятор бузилишлар	Седатив, ухлатувчи, аритмик гипотензив (клофеллин) дорилар ва фосфорорганик инсектицидлар, кислоталар билан заҳарланганда – қон босимини тушиб кетиши, тахикардия, пульс тўлишини камайиши, совуқ тер босиш	Мезатон, сульфокамфокаин, брадикардияда атропин, изадрин, ГКС	Налоксон 0,4 мг.дан 2 мг.гача вена ичига
6	Диарея	Озиқ-овқатлар, кўзиқоринлар билан заҳарланганда – ич кетиши, дегидратация белгилари	Турли, шу жумладан, тузли суюқликлар қўйиш	
7	Гипертермик	Аксарият ҳолларда иккиламчи бўлиб, марказий нерв тизимининг (бево-сита токсик ёки	Аминазин, ацелизин ва ташқи совутиш (деразаларни очиш, чов соҳасига муз	

		гипоксик таъсир билан боғлиқ) зарар-ланиши билан боғлиқ – тана ҳароратини кўтарилиши (42°C)	кўйиш, зарарланган кишини совуқ тўшак билан ўраш)	
--	--	---	---	--

Юқоридагилардан ташқари, юрак гликозидлари, маргимуш ва оғир металлларнинг тузлари билан заҳарланганда унитиол 250-500 мг, этил спирти билан заҳарланганда 40%-40 мл глюкоза вена ичига буюрилади.

Биринчи ёрдам кўрсатгандан сўнг барча заҳарланганларни УАВ токсикология, реанимация ёки терапия бўлимларига ётқизиш чораларини кўриши керак. Овқатдан заҳарланганлар юқумли касалликлар шифохонасига олиб бориладилар.

Кўзиқоринлардан заҳарланиш

Республикамызда Европа давлатлари ва Россия Федерациясидан фарқли ўларок, кўзиқоринлар нисбатан кам истеъмол қилинади ва табиийки заҳарланиш ҳолатлари ҳам озроқ учрайди. Лекин УАВ ушбу ҳолат билан тўқнашиш эҳтимоли юқори бўлганлиги сабабли, биз унинг клиник белгилари ҳамда даволаш тамойилларига тўхталиб ўтишни мақсадга мувофиқ деб топдик.

Истеъмол қилинганда ўткир заҳарланишга олиб келувчи аксарият кўзиқоринлар таркибида фаол токсинлар бўлиб, ошқозон-ичак тизимида тез сўрилади ҳамда кўпчилик ички аъзолар дисфункциясини чақиради. Заҳарланишнинг клиник намоён бўлиши истеъмол қилинган кўзиқорин тури, сони ҳамда ишлов беришда йўл қўйилган камчиликлар билан боғлиқ. Кўп ҳолларда заҳарланишга олиб келган кўзиқорин турини фарқлаш мураккаблиги сабабли уни аниқлашда клиник белгиларга асосланилади.

Рангпар поганка ва унга ўхшаш кўзиқоринлар заҳарланишнинг оғир кўринишларини келиб чиқишига сабаб бўлади. Заҳарланиш кўпроқ июн ва октябр ойларида кузатилса ҳам, йил давомида учраши мумкин. Унга консерва қилingan, тузланган ёки бошқа усуллар билан қайта тайёрланганда кўзиқорин таркибида токсинларни сақланиб қолиши сабаб бўлади. Рангпар поганка таркибидаги фаллоидин гепатоцитлар ва буйрак каналчалари эпителиясига, анотоксин эса РНК синтезини бузиб, МНТ хужайралари ядросига таъсир қилади. Беморларни кучайиб боровчи қориндаги оғриқлар, кўнгил айниши, қайт қилиш кунда 25-30 мартагача ич (баъзан қон аралаш) келиши безовта қилади. Тез орада дегидратация, артериал гипотония, олигурия ривожланади. МНТ зарарланиши сабабли аввал беморларда қўзғалиш, кейин тормозланиш ва кома юзага келади. Агар 24-48 соат ичида заҳарланган киши ўлмаса, унда сариклик билан намоён бўлувчи токсик гепатит ҳамда нефропатия белгилари кузатилади.

Мухомор билан заҳарланиш камроқ учрайди ва ундан тайёрланган таомларни истеъмол қилганда кузатилади ҳамда МНТ заҳарланиши

белгилари билан намоён бўлади. Унинг илк даврида ўткир гастроэнтерит белгилари кучли тер сўлак ва кўз ёши ажралиши билан кечади. Аммо тезда заҳарланган кишида алаҳсираш ва делирий ҳолатлари кузатилади. Бир-икки кундан кейин бемор аҳволи яхшиланади ва ўлим ҳолатлари кам учрайди. Агарда қўзиқоринда атропинга ўхшаш моддалар кўпроқ бўлса, заҳарланган кишида тахикардия тери ва шиллиқ пардаларнинг қуриши, қорачиқнинг кенгайиши, ўткир рухий бузилишлар қайд этилади.

Сморчок ва строчкалар билан заҳарланиш баҳорда уларни яхши кулинария тайёргарлигисиз истеъмол қилганда кузатилади ва ўткир гастроэнтерит (эпигастрал соҳада оғриқлар кўнгил айланиши, қайт қилиш, 7-10 кун давомида ич кетиш) белгилари билан намоён бўлади. Иккинчи кундан гемолитик кўринишдаги сариқлик белгилари пайдо бўлиб, сийдик тўқ кизил ранг олади. Заҳарланишнинг оғир ҳолларида беморларни бош оғриғи, судороглар безовта қилиб, жигарни яққол катталаниши аниқланади. 10-15 кунлардан кейин соғайиш кузатилади ва жуда кам ҳолларда (кўпроқ болаларда) заҳарланиш ўлим билан тугаши мумкин. Қўзиқоринлар билан заҳарланишда бевосита бемор анамнезида ундан тайёрланган таомларни истеъмол қилганлиги билан алоқа бўлса ҳам, УАВ ўткир корин касалликлари (аппендицит, панкреатит, холецистит) ёки сурункалиларининг қайталаниши бўлиши эҳтимолини ёдда тутиши лозим.

Даволаш. Зудлик билан заҳарланган киши ошқозонини озгина туз қўшилган 10-12 литр сув билан зонд орқали ювиш, энтеросорбентлар бериш ва венаси ичига тузли эритмалар қуйиш зарур. 2,0-2,5 литр суюқлик юборилгандан сўнг 20-40 мг лазикс томирга юборилади. Кўрсатмалар бўлганда, тинчлантириш мақсадида диазепамдан фойдаланиш мумкин.

Барча қўзиқориндан заҳарланганлар тез тиббий ёрдам кўрсатилгандан сўнг зудлик билан шифохонага (токсикология, реанимация бўлимлари) ётқизилишлари керак.

Жониворлар чаққанда тез тиббий ёрдам

уАЕ фаолиятида баъзан асалари ва қсвоқари чаққан кишиларга (кўпроқ болаларга) ёрдам кўрсатиш зарурияти туғилади. Уларнинг 2% га яқинида аллергик (баъзан анафилактик шок даражасидаги) реакциялар кузатилади. Ари чаққан киши маҳаллий оғриққа шикоят қилади ва кўздан кечирганда шиш, лимфангаит ва лимфаденит белгилари аниқланади. Зарарланган кишига антигистамин дорилар, оғриқ қолдирувчилар ва кўрсатмалардан келиб чиқиб ГКС қўлланади. Квинке шиши ривожланганда, беморни шифонага ётқизиш керак бўлади.

Шунингдек, чаён, ўргимчак, кана чаққанда ҳам инсон ҳаётига хавф солувчи ҳолатлар кузатилиши мумкин. Чаён чаққанда ниш кирган жойда кучли оғриқ, кизариш, баъзан сувга тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Маҳаллий белгилардан ташқари, бош оғриғи ва айланиши, нафас олишни

қийинлашиши, сўлак ва кўз ёши оқиши, баъзан ҳушдан кетиш, судороглар ҳамда ўпка шиши каби умумий токсик белгилар аниқланади. Чўл худудларида истиқомат қилувчилар орасида қорақурт ва бий чақиш ҳоллари учраши мумкин. Уларнинг биринчиси заҳари таркибида нейротоксинлар бўлса, иккинчисиди токсик пепдитлар бўлади.

Қорақурт чақиши кўпроқ тунда ёки эрталаб кийимларни кийиш вақтида (кечкурун уст-бош, пойабзал ичига кириб олади) юз беради ва УАВ келган вақтда ёки беморни унга олиб келишганда, жонивор ўлдирилган ёки қочиб кетган бўлади. Шу сабабли қорақурт ёки бий чаққанини клиник белгиларга қараб фарқлаш мумкин (6-жадвал).

6-жадвал.

Қорақурт ва бий чаққанда уларни бир-биридан ажратиш белгилари

Қорақурт чаққанда	Бий чаққанда
<p>Анамнезда қора ёки оч қора рангдаги ўргимчак билан алоқада бўлганлик</p> <p>Чаққан жойдаги оғриқни тезда йўқолиши</p> <p>Чаққан жойда енгил оғриқ, уйқуда аксарият ҳолларда қорақурт чаққанлиги сезилмайди</p> <p>Чаққан жойдаги ниш ўрнини кўз билан аниқлаш имкони йўқ</p> <p>Ниш санчилган жойда кичкина қизил доғ аниқланиши</p> <p>Ниш санчилган жойда шиш белгилари йўқ</p> <p>Чаққандан сўнг тезда кўзғалувчанлик, ўлимдан кўрқиш ва ҳаво етишмаслик ҳиссини пайдо бўлиши</p> <p>Баъзан бутун тана бўйлаб, жумладан, қоринда, белда, кўкрак қафасида кучли оғриқ, қорин мушакларини таранглашиши</p>	<p>Анамнезида кўнғир рангдаги катта ўргимчак билан алоқада бўлганлик</p> <p>Чаққан жойда оғриқни бир кечакундуз давомида сақланиши</p> <p>Чаққан вақтнинг ўзиди зарарланган жойда сезиларли даражада оғриқ</p> <p>Кўздан кечирилганда, бир-биридан 5-15 мм. узоқликда ниш санчилган жойни аниқланиши</p> <p>Ниш санчилган жойда тезда кўзга ташланувчи доғ пайдо бўлиши</p> <p>Ниш санчилган жойда терининг тарқалган қизариши, баъзан тўқималар шиши</p> <p>Уйқучанлик ва апатия</p> <p>Тарқалган оғриқлар йўқ, баъзан белда оғирлик ҳисси</p>

Қорақурт чақишидан кейин кўпроқ бош оғриғи, бош айланиши, кўнғил айнаши, қайт қилиш, кўкрак ва эпигастрал соҳада оғирлик ҳисси, юз рангпарлиги, кам ҳолларда гиперемия, тахикардия, экзофтальм каби умумий белгилар кузатилади. 3 соат ўтгач қўл ва оёқларда судороглар, 8-10 соатдан кейин юз шиниқираши, қовоқларда шиш, қалтираш билан кечувчи кучли терлаш, 2-3 кундан сўнг терида тарқалган тошмалар, эшитишнинг пасайиши ва ўтиб кетувчи шапкўрлик юзага келади.

Бий чаққанда эса кўпроқ маҳаллий белгилар кузатилиб, фақат айрим зарарланганларда умумий белгилар пайдо бўлиши мумкин.

Қорақурт чаққандан сўнг 2-3 дақиқа ичида П.М. Марковский усулидан фойдаланиш мумкин. Бунинг учун 1-2 та гугурт чўпи бошчаси билан ниш санчилган жойда босилади ва учинчиси ёкилиб олдингилари унинг ёрдамида аланга олдирилади. Қорақурт юзаки чаққанлиги сабабли (0,5 ммгача чуқурликда) аланга ёрдамида зоотоксин зарарлантирилади. Аммо юқорида қайд этилган вақтдан кўпроқ муддат ўтган бўлса, юқоридаги усулдан фойдаланиш самарасизлигини УАВ унутмаслиги лозим. Кейинги ҳаракатлар симптоматик даводан иборат бўлиб, аналгетиклар интоксикацияга қарши воситалар қўлланилади.

Республикамизда турли хил заҳарли илонлар бўлганлиги сабабли айрим ҳолларда УАВни улар чаққан кишиларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш зарурияти туғилади. Илонлар заҳарининг таркиби мураккаб бўлиб, зоотоксинлардан ташқари нейро-картиотоксик ва гемолитик таъсир кўрсатувчи оқсиллар ҳамда уларнинг ҳар бирига хос ферментлар мавжуд.

Зарарланган киши маҳаллий оғриқдан шикоят қилади, кўздан кечирилганда илон чаққан жойда бир неча кичик нуқталар - унинг тишлари ўрни аниқланади. У ерда шиш гиперемия, эритема аниқланади ва кейинроқ геморагик суюқликка тўлган пуфакчалар пайдо бўлади. Оғриқ аста-секин кучайиб бориб, 12 соатдан кейин сезиларли камаяди. Пайпаслаганда, катталашган лимфа тутунлари аниқланади. УАВ илон заҳари таъсири қатор омилларга боғлиқ эканлигини яхши билишиши лозим ва улар қуйидагилар:

- зарарланган киши ёши, тана вазни оғирлиги, руҳий ва соматик ҳолати - ёш болалар ва илондан қўрқадиганларга заҳарни токсик таъсири кучли бўлади;
- чақилган жой ва унинг чуқурлиги - бош ва бўйиндан ҳамда ялонғоч танадан илон чақиши қўл ва оёқ ҳамда кийим устидан чаққанга нисбатан хавfli ҳисобланади;

- илонинг катта-кичиклиги, тишларининг ҳолати;

- зарарлангандан сўнг жисмоний фаоллик ҳолати - илон чаққандан кейинги ҳаракатчанлик токсинларни тез қонга тарқалишига сабаб бўлади.

Маҳаллий белгилар билан бир қаторда, илон чаққан кишиларни бош оғриғи, айланиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш каби умумий белгилар ҳам безовта қилади. Кейинроқ тана қисмларида сезувчанликни камайиши ва уч кун давомида иситмалаш, кўзғалишлардан сўнг бўшашиш, апатия, уйқучанлик юзага келади.

Илон чаққаннинг биринчи дақиқаларида тез тиббий ёрдам сифатида юқорида чаён чаққанда баён этилган П.М.Марковский усулларида фойдаланиш мумкин. Чақилган жойдан юқорида жгуг қўйиш ҳам аксарият ҳолларда қутилган самара бермайди. Шунинг учун зарарланган киши соя жойда ётқизирилиб, боши пастроқ ҳолатда қилинади ва жароҳатдан заҳар сўриб олина бошланади. Лекин оғиз шилиқ қаватида яралар ёки кариесга учраган тишлар бўлса сўриб олувчини ўзи ҳам заҳарланишини ёдда тутуши лозим. Илон қўллардан чаққан бўлса, зарарланган кишининг ўзи ҳам заҳарни сўриб ташлаши мумкин. Сўрилган суюқликни тез-тез тупуриб ташлаш керак.

Чақиш излари қоринда ёки тананинг орқа қисмларида бўлса, қон сўрувчи банкалардан фойдаланиши лозим. Илон чаққандан сўнг биринчи 5-4 дақиқада сўрилганда захарни 40% гача, 15-20 дақиқадан сўнг бошланганда фақат 10% олиб ташланади. УАВ зарарланган кишига биринчи ёрдам сифатида вена тонусига таъсир этувчи (сульфокамфокаин) ва антигистамин дорилардан юбориши, етарли даражада чой, қахва ичишга бериши керак. Имконият бўлган ҳолларда, 1000 АЕ поливалент антитоксик зардоб юбориш захар таъсирини сезиларли камайтиради. Аммо ундан олдин 60-90 мг преднизолони венага юбориш лозимлигини унутмаслик керак. Бемор ётқизилган ҳолда шифохонга жўнатилади ва ундан олдин седатив дорилар юбориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Зарарланган соҳани иммубиллизация қилиш захарни лимфа билан организмга тарқалишини камайтиради.

Куйишлар

куйиш – тўқималарга иссиқ кўйиш, кимёвий, электрик ёки радиацион омиллар таъсирида келиб чиқади.

Термик куйиш. Унда маҳаллий ўзгаришлар бирламчи анатомик ва функционал реактив яллигланиш белгилари ва регенератив жараёнлардан иборат. УАВ биринчи ёрдам вақтида таъсирловчи омилни нейтраллаши ва ёпишиб турган кийимларни олиб ташлаши лозим.

Куйиш чуқурлигига қараб унинг куйидаги даражалари фарқланади:

- куйишнинг I даражаси терида эритема пайдо бўлиши билан характерланади. Унинг эпидермис қавати куйган бўлади;
- куйишнинг II даражасида эпидермиснинг шикастланган қисмининг кўчиши кузатилади (ўсувчи зонагача қуяди), экссудат билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади;
- куйишнинг III А даражаси - эпидермиснинг тўлиқ некрози, дерманинг тўлиқ бўлмаган некрози. Эпителиал қоплама дерманинг чуқур қаватларида қолган тери ортиқлари ҳисобига регенерацияланади. Ҳосил бўлган струп (некрозланган, яхлит ажраладиган ўлган тўқима) ранги сарик, кулранг ёки малла рангда;
- куйишнинг III Б даражаси - дерма тўлиқ, баъзан тери ости ёғ клеткасигача шикастланади. Регенерация батамом ўлмаган тери ортиқлари ҳисобига амалга ошади. Қалин қобиқли пуфаклар геморрагик суюқлик сақлайди. Ҳосил бўлган струп (некрозланган, яхлит ажраладиган ўлган тўқима) қалин, тўқроқ малларанг қора рангда;
- куйишнинг IV даражасида тери, мушаклар, суяк тўқимаси ҳам шикастланиши. Ҳосил бўлган струп (некрозланган, яхлит ажраладиган ўлган тўқима) қалин, тўқ малларанг ва қора рангда.

Куйишнинг I, II, IIIА даражаларида - юзаси ўзи тикланиши мумкин. Куйишнинг III Б и IV даражаси чуқур ҳисобланиб, тикланиш фақатгина жарроҳлик усулида амалга оширилади ёки куйган жой чандик билан тўлади.

Куйиш майдонини аниқлаш амалий томондан муҳим аҳамиятга эга ва унинг учун куйидаги усулдан фойдаланилади:

Тўққизлик қондаси - бош ва бўйин 8-9%, тана олд ва орқа юзаси 18% дан, кўллар 9% дан, оёқлар 18% дан, оралиқ ва жинсий аъзолар соҳаси 1%. Жами 100%. Куйиш касаллигининг клиник белгилари одатда юзаки куйишда тананинг 25% дан, чуқур куйганда эса унинг 10% дан кўп қисми куйганда намоён бўла бошлайди.

Нафас йўлларининг шикастланиши:

- термик агентнинг (иссиқ ҳаво, пар) ингаляцияси ҳиққилдоқ, трахея, бронхларнинг шиллиқ қаватини шикастлаб, қизариш, шиш, пуфакчалар пайдо бўлиши ва шиллиқ қаватнинг некрозланишига олиб келади;

- ларингоскоп ёки бронхоскоп ёрдамида тўғридан-тўғри ташхис қўйиш мумкин.

Даволаш. Асосий вазифалар: бронхлар спазминини олдини олиш, ҳиққилдоқ шишини ва шиллиқ секрециясини камайтириш. Бронхоскоп билан нафас йўллари санацияси, пневмония ва ателектаз келиб чиқиши олдини олиш. Бронхларга санациядан сўнг 10-40 мл. 0,5% диоксидин эритмасини юбориш фойдали. Санация вақтида хлорофиллиптнинг 1:400 нисбатдаги эритмасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Инфузион терапия. Тана юзасининг 20% дан кўп қисми шикастланиши инфузия терапиясига кўрсатма ҳисобланади. Унинг ҳажми куйиш даражаси ва чуқурлигига боғлиқ. Амалиётда Рингер, 0,9% физиологик, 5% глюкоза, электролитли (дисол, трисол), коллоид эритмалар (полигюкин, реополиглюкин, рефартан, стабизол) дан фойдаланилади.

Куйган беморларга ёрдам кўрсатиш:

- оғриқ қолдириш мақсадида кичик дозада наркотик анальгетиклардан фойдаланилади;

- тана юзасининг 25% дан кўп қисми куйганда ва беморда кўнгил айлиши, қайт қилиш белгилари кузатилганда, назогастрал зонд қўйилади;

- профилактика мақсадида қоқшолга қарши анатоксин тери остига юборилади;

- куйган соҳага совук стерил боғлам қўйилади;

- антисептик воситалар, антибактериал дори воситалар билан куйган соҳага тиббий ишлов берилади;

- санация ва некротик тўқималарни олиб ташлаш ихтисослашган марказларда, беморларни шок ҳолатидан чиқаргандан сўнг амалга оширилади.

Кимёвий моддалар таъсирида куйишлар. Кимёвий моддалар билан куйишлар кучли кислоталар ва ишқорлар, айрим ҳолларда эса оғир металлларнинг тузларини тери ёки шиллиқ пардалар билан қисқа муддатли алоқада бўлиб, уларда тўқималар ўлимини келтириб чиқариши оқибатида юзага келади. Юқорида қайд этилган термик ва кимёвий таъсир этувчи моддаларни баъзан тасодифан ёки суицидал ҳаракатлар билан ичиб қўйиш қизилўнгач

шиллик пардасида чуқур ўзгаришлар чақиради. Зарарланганлар маҳаллий оғриқларга, ютипишнинг қийинлигига шикоят қиладилар. Токсик моддалар таъсир этган жойда яралар кўриниб туради ва унинг чуқурлиги ҳамда майдони таъсир давомийлиги ва кўламига боғлиқ. УАВ биринчи ёрдам сифатида зарарланган соҳани (ташқарида жойлашган бўлса) оқиб турган сув билан 10-15 дақиқа давомида ювиши, мабодо жароҳатланган киши кечроқ мурожаат этган бўлса, бу жараён 30-40 дақиқага узайтирилиши лозим. Унинг орқасидан ювиш учун куйдирувчи таъсир этган моддани нейтралловчиси қўлланилса, даво самарадорлиги янада ошади. Кислоталар билан куйганда, одагда натрий бикарбонати (2 ош қошиқ оқват содаси 1 литр сувга эритилади), ишқорларда эса уксус кислотасини 2% эритмасидан (5 ош қошиқ оқват уксуси 1 литр сувга эритилади) ёки лимон кислотасидан (1-2 ош қошиқ 1 литр сувга эритилади) фойдаланилади. Беморда шок ривожланса, унга қарши тадбирлар ўтказилади. Зарарланган киши оғиз орқали уксус эссенциясини қабул қилган бўлса, зонд орқали эҳтиёткорлик билан ошқозонни совуқ сув билан ювиш керак бўлади ва охирида магnezия юборилади. Оғриқни қолдириш учун баралгин, анальгин, максиганлардан фойдаланилади ва имкон бўлса наркотиклар қўлланилади. Шунингдек,, вена ичига 5% - глюкоза, физиологик эритмаларни томчилаб юборишни бошлаш лозим. Резорбцион – токсик моддаларни кейинги агрессив салбий оқибатларини бартараф этишга алоҳида эътибор берилади. Масалан, азот кислотасининг маҳаллий таъсирида юкори дозаларда вена ичига аскорбин кислотаси ва кокорбоксиллаза, биохромат кадмий билан энтерал захарланганда уларга қўшимча 30 мл унитиолдан фойдаланилади. Кимёвий куйишларга фтор сабаб бўлган бўлса, атропин сульфати ва калций глюконати вена ичига томчилаб юборилади. Барча зарарланганлар зудлик билан шифохонага ётқизилиши ва транспортировкадан олдин уларга анальгетиклар қилиниши лозим.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Гордиенко А.В. Нарушения ритма сердца. Учебное пособие. Невский Диалект, 2009.
2. Костюченко А. Л. Угрожающие жизни состояния в практике врача первого контакта. Справочник. С- Петербург: «Специальная литература», 1998.
3. Курек В.В., Кулагин А.Е.. Руководство по неотложным состояниям у детей. Медицинская литература, 2008.
4. Малышев В.Д. Интенсивная терапия 2-е изд. МИА, 2009.
5. Патриция М. Хили., Эдвин Дж. Джекобсон. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. Перевод с английского. Москва: издательство Бином 2003.
6. Сумин С.А. Неотложные состояния. МИА, 2010.
7. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. БПВ. Медицина, 1991.
8. Чазов Е.И. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. Справочник. 1989.
9. Шилов А.М. Инфаркт миокарда. Патофизиологические и клинические аспекты. Миклош, 2008.

ДЕПРЕССИЯ

Қабул вақтида врачнинг бемор билан ўрнатган ўзаро муносабати тиббиётнинг негизидир.

Г. Смилкстэйн

УАВ ўз иш фаолиятида нафақат органик касалликлар, балки уларнинг кечишини оғирлаштирувчи функционал (шу жумладан, руҳий) касалликлар билан мурожаат қилган беморлар билан ҳам мулоқотда бўлади. Турли манбалардан олинган маълумотларга кўра, соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимига 25-30% дан кўпроқ турли даражада намоён бўлган функционал касалликларга чалинган беморлар, аксарият ҳолларда юрак қон-томир, ошқозон-ичак тизими ва бошқа аъзоларнинг касалликларига хос шикоятлар билан мурожаат қиладилар. Кейинги чуқур текширишлар уларнинг 1/3 қисмида органик касалликлар эмас, балки НЦД, климактерик (дисгармонал) кардиопатия ёки депрессив ҳолатлар мавжудлигини тасдиқлайди. Улар билан мулоқотда бўлиш (айниқса, депрессияда) шифокордан сабртоқат ва юксак касбий маҳорат талаб қилади. Шу билан бирга қуйидаги қийинчиликларни туғдиради:

- бундай беморларнинг кўпчилиги соматик касалликларга хос шикоятлар билдирадилар;
- беморни тушуниш қийин, чунки руҳий бузилишлар одатда жисмоний толиқишга олиб келади;
- бемор аниқланган ташхисни рад этади ва ўзини руҳий ҳаста деб ўйлашларини хоҳламайди, шу сабабли психиатр кўриги, маслаҳати ҳамда давосига қийинчилик билан рози бўлади;
- бемор ҳис-туйғуларини бошқара (жаҳлдор, тушкун кайфият, қўрқув хисси) олмай қолади.

Рухий ўзгаришлари бўлган беморларга самарали тиббий хизмат кўрсатиш учун УАВ қуйидаги амалий кўникмаларни бажара олиши зарур:

- бемор ҳаётидаги руҳий-ижтимоий ҳолатларни баҳолаш;
- беморнинг нутқ бузилишлари ва ўзини тутишига эътибор бериш ҳамда уларни тўғри талқин қилиш;
- руҳий бузилишларни ташхислаш учун керакли маълумотларни тўплаш ва уни даволашга тайёргарлик кўриш;
- руҳий ва соматик бузилишларни биргалликда комплекс даволаш;
- зарурат бўлганда беморни даволаш ва кузатишни психиатр билан ҳамкорликда амалга ошириш.

Юқорида таъкидлаганимиздек, УАВ фаолиятида руҳий ўзгаришларнинг кенг тарқалган, кўпинча аниқ ташхис қўйиш мураккаб бўлган ва даволанманган аффектив бузилишларидан бири депрессия кўп учрайди. Депрессия инсонни руҳан ва жисмонан шикастлайдиган касаллик бўлиб, унинг сабаблари ҳозирги кунгача тўлиқ аниқланмаган. Унда бош мия

хужайраларида ҳаётӣй жуда муҳим бўлган кимёвий компонентлар миқдори камайиб кетади, деган тахминлар мавжуд. У яқин кишиларнинг ўлими ёки ундан ажралиш, иқтисодий аҳволнинг кескин ёмонлашиши, турли касалликлардан сўнг, жарроҳлик амалиётлари ва туғруқлардан кейин, баъзан эса тўсатдан сабабсиз бошланиши мумкин. Шунингдек, депрессия кўп ҳолларда сурункали қон айланиши етишмовчилиги билан кечувчи юрак касалликлари, СБЕ, онкологик касалликлар, ОИТС, инсулт, Паркинсон, Альцгеймер ва қатор бошқа касалликлар билан бирга келади. Илмий манбаларда баъзи ҳолларда айрим гипотензив воситалар, ГКСлар, тутқаноққа, паркинсонизмга, ўсmalarга қарши дорилар ҳам депрессияга сабаб бўлиши мумкинлиги кўрсатилган.

Эпидемиологик маълумотларга кўра, дунёда тахминан 100 миллион депрессия билан ҳасталанган беморлар мавжуд ва улар сони ривожланаётган мамлакатларда тобора кўпайиб бормоқда. Бу қуйида келтирилган бир қанча омиллар билан боғлиқ:

эртанги кунга бўлган ишончсизлик ва ҳаёт ритмининг тезлашиши;

- сурункали соматик касалликларга чалинган беморлар сонининг ўсиши;

- руҳий касалликларда депрессив ҳолатларнинг кўпайиши;

- депрессияга олиб келиш эҳтимоли бўлган дориларнинг амалиётда тобора кенг қўлланиши (масалан, гипотензив воситалар ва бошқалар).

ЖССТ ва АҚШ руҳий саломатлик миллий институти маълумотларига кўра, 18-25% аёллар ва 7-12% экаклар умрларида ҳеч бўлмаганда бир мартаба депрессия ҳолатини бошдан ўтказганлар. Муаммонинг яна бир муҳим томони, турли мамлакатлардаги депрессияга учраган беморларнинг тахминан 50% шифокорларга умуман мурожаат қилмайдилар ва тегишли тиббий ёрдам олмайдилар. Оғир депрессияга учраган 15% беморлар ҳаёти ўз жонига қасд қилиш билан якунланади. Ривожланган мамлакатлар тажрибаси кўрсатишича, беморларнинг 60-80% га яқини психиатрлар кўмагига муҳтож бўлмайдилар ва УАВ да даволанадилар.

Инсоният орасида бу қадар кенг тарқалган ва баъзан нохуш оқибатларга олиб келувчи депрессиянинг ўзи нима? *Депрессия* - тушқин кайфият, интеллектуал ва ҳаракат фаолиятининг сустлашиши, ҳаётӣй интилишларнинг пасайиши, ўзини ва ўз ҳолатини пессимистик баҳолаш ва соматовегетатив бузилишлар билан кечадиган синдром ҳисобланади.

DSM-IV тавсиялари бўйича депрессия ташхиси I-жадвалда келтирилган қуйидаги 9 та белгилардан 5 таси икки ҳафтадан узоқ вақт мобайнида беморда мавжуд бўлган тақдирда қўйилади.

Депрессиянинг ташхисий мезонлари

№	Белгилар
1.	Тушкун кайфият
2.	Ангедония (бемор учун ҳамма нарса бефарқ, уни ҳеч қандай ҳолат қувонтирмайди), кизикишларнинг пасайиши
3.	Уйқу бузилишлари (уйқусизлик ёки гиперсомния)
4.	Иштаҳанинг йўқолиши, ориқлаб кетиш ёки иштаҳанинг юқорилиги ва тана вазнининг ошиши
5.	Тез чарчаш ёки толиқувчанлик
6.	Психомотор қўзғалувчанлик ёки тормозланганлик
7.	Дикқатни жамлаш ва қарор қабул қилишнинг кийинлиги (пасайиши)
8.	Ўзини паст баҳолаш ва сабабсиз айбдорлик ҳисси
9.	Ўлим ёки жонга ҳасд қилиш тўғрисидаги фикрларнинг такрорланиб туриши

Сўраб-суриштириш ва беморнинг хулқ-атвори депрессия ташхисини кўйишда ёрдам беради. Бемор УАВга: “Доктор, менда депрессия, илтимос мени даволанг”, деб айтмайди, балки турли касалликларга хос соматик шикоятлар билан мурожаат қилади. Масалан, уларда бош оғриғи, белдаги оғриқлар, толиқувчанлик, уйқусизлик ёки хушдан кетиш каби шикоятлар бўлиши мумкин. Шифокор бундай ҳолларда беморни жисмоний ҳолатини баҳолаши ҳамда депрессия бор-йўқлигини аниқлашга ҳаракат қилиши зарур.

Депрессия ҳолатлари жуда хилма-хиллиги ва юқорида қайд қилинганидек, кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради ҳамда нозологик тамойиллар ҳамда даража ва тузилиш мезонлари бўйича таснифланади.

▶ **психоген депрессия:** а) невротик; б) реактив;

▶ **эндоген депрессия:** а) шизофренция; б) даврий (циркуляр); в) инволюцион;

▶ **соматоген депрессия:** а) симптоматик; б) органик.

Депрессия келиб чиқиш сабабларига кўра, психологик тушунарли (“монанд”), яъни маълум бир ҳаётий шароитлар натижасида келиб чиққан (реактив депрессиялар) ва монанд бўлмаган (оғирлиги, давомийлиги ва руҳий белгиларнинг мавжудлиги бўйича), мавжуд ҳаётий шароитлардан келиб чиқмаган, ташқи омиллар билан боғлиқ бўлмаган (эндоген депрессиялар) бўлиши мумкин. Айрим ғарб адабиётларида депрессиялар бирламчи ва иккиламчи турларга ҳам ажратилади. Иккиламчи депрессиялар турли соматик касалликлар, органик омиллар, дорилар таъсирида юзага келади.

Психотик депрессия ибораси кўпинча эндоген депрессиянинг синоними ҳисобланади ва унинг невротик турига қарама-қарши қўйилади. Психотик депрессия баъзан ўзида меланхолиянинг васваса шаклини намоён қилади ва фақат 1% депрессияга чалинган беморларда учрайди. Депрессив ипохондрик айбдорлик, қадри пастлик фикрлари васваса даражасигача етади, ҳолатни танқидий баҳолаш йўқолади, псевдокатотоник бузилишлар, мутизм, негативизм, ступор ва хавотирлик аломатлари пайдо бўлиши мумкин.

Невротик депрессия симптомларининг ўзгарувчанлиги ва ҳаракатчаншиқ яқунланмаганлиги, ўртача ҳулқий (функционал) ва соматовегетатив бузилишлар билан характерланади. Невротик депрессиялар одатда навбатдаги руҳий шикастловчи ҳолатдан сўнг ёки қатор нохуш ҳодисалардан кейин бошланади. Улар кўпинча ҳулқида невротик белгилар мавжуд бўлган шахсларда (психастеник, истерик ва ҳ.к.) кузатилади.

Реактив депрессиялар аксарият ҳолларда ўткир руҳий таъсирга жавобан юзага келса ҳам, баъзан сурункали психоген зарарланишларда учрайди. Реактив депрессияли беморларда кам ҳолатларда ўзини айблаш фикрлари кузатилади. Улар кўпроқ атрофдагиларни ёки юзага келган шароитларни айблайдилар ва ёрдам ҳамда ҳамдарлик кутадилар. Ҳаётнинг ноҳақликларига нисбатан ҳафагарчилик ҳислари, қадриятларини юқори баҳолай олмаслик аломатлари кузатилади.

Эндоген депрессиялар учун хос бўлган белгиларга кайфиятнинг кунлик ўзгаришлари (эрталаблари ўзини ёмон ҳис этиш ва кечкурунга бориб ҳолатнинг яхшиланиши), ўзини айблаш фикрлари, суицидал ҳаракатлар, соматик бузилишлар (мидриаз, тахикардия, қабзият) киради. Депрессиянинг витал характери кўпинча беморларни психиатрга эмас, балки умумий ҳолсизлик, толиқувчанлик, иштаҳа ва уйку бузилишлари, иш қобилиятининг пасайиши шикоятлари билан УАВ ёки бошқа шифокорларга мурожаат қилишига сабаб бўлади. Уларга аксарият ҳолларда вегетатив невроз, вегетотомир дистонияси, кардионевроз, сексуал невроз, гипотиреоз ва бошқа ташҳислар қўйилади. Ҳақиқатда эса бундай ҳолатларда, одатда, сўз соматик депрессия ҳақида боради. Анамнезида ташқи сабабларсиз ривожланган депрессиянинг кўрсатилиши ёки депрессия синдромини маниакал ҳолат билан алмашиниши эндоген депрессия ташҳисини тасдиқлашга асос бўлади.

Циклотимик депрессия (субдепрессия) субъектив муваффақиятсизлик, дискомфорт, меҳнат қобилиятининг унуми ва маҳсулдорлиги пасайишининг устунлик қилиши билан фарқланади. Чуқур бўлмаган депрессияларда ҳам ўз жонига қасд қилишга интилишлар кузатилиши мумкин.

УАВ фаолиятида баъзан фақат қишда кузатиладиган депрессиянинг тури мавсумий эффе́ктив бузилиш ҳам учраб туради. Ушбу беморларда киш фаслида юқорида қайд этилган депрессияга хос белгилар аниқланиб, уларни даволаш учун ёруғлик ва ҳар куни бир маҳал наҳорда соат 5:30-6:00

лар орасида қисқа таъсирли пропранолол (20-40 мг)ни буюриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Айрим ҳолларда аёлларда ҳайз кўришдан олдин тушқун кайфият ёки жиззакилик симптомлари билан циклик намоён бўлувчи предменструал депрессия кузатилиши мумкин. Уни даволашда серотонин абсорбциясининг селектив ингибиторлари (САСИ) айниқса, флуоксетин яхши самара бериши исботланган. Ушбу дори ҳайз циклининг фақат лютеин фазасида (ҳайз бошланишидан 10-14 кун олдин) тавсия қилинганда ҳам, узоқ вақт мобайнида ҳар куни қабул қилинганда ҳам самаралидир.

Шифокор амалий фаолиятида туғруқдан кейинги депрессиялар ҳам учраб туради ва бундай ҳолларда аёлларга атрофдагилар, айниқса, яқинлари томонидан қатта эътибор ва қўллаб-қувватлаш талаб қилинади. Трансдермал эстрогенларни тавсия этиш туғруқдан кейинги депрессиянинг самарали давоси ҳисобланади. Агар депрессия белгилари ёрқин ривожланган ва узоқ давом этаётган бўлса, САСИни қўллаш мумкин. Ундан фойдаланиш сўтдаги концентрацияси юқори бўлмаганлиги сабабли эмизикли гўдаклар учун хавфсиз саналади. Юқоридагилар билан бир қаторда, тахминан 10% аёлларда туғруқдан кейин намоён бўлувчи гипотиреозни истисно қилиш зарур.

УАВ фаолиятида кўп ҳолларда юрак қон-томир касалликларига учраган беморларда депрессия кузатилиши ёки унинг айрим белгилари юрак касаллиги кўринишида намоён бўлиши мумкин. Ушбу ҳолатларнинг кенг тарқалганлигини инобатга олиб, биз кўйида уларга батафсил тўхталиб ўтамиз. Депрессияда оғриқ симптоми юрак чўққисидан ёки кўкрак қафасининг турли қисмларида жойлашса ҳам бошқа соҳаларга узатиб қилинмайди. Аммо айрим ҳолларда кўчиб юривчи хусусиятга эга бўлиши мумкин. Оғриқлар босувчи, эзувчи, сиқувчи характерга эга бўлиб, тўлқинсимон кечади. Баъзан оғриқ стенокардия хуружига ўхшаб санчувчи ёки сиқувчи хусусиятга эга бўлса-да, ундан фарқли равишда беморни бир неча соатдан бир неча кунгача безовта қилиб, жисмоний зўриқиш таъсирида ўзгармайди ҳамда нитроглицерин самара бермайди. Бу оғриқларга кейинроқ безовталанишнинг кучайиши, уйқунинг бузилиши ва ўлимдан қўрқин ҳисси қўшилади. Ушбу ҳолатларда бемор уйқуга кетиши қийинлашади ёки уйғонгандан кейин кўкрак қафасида оғриқ сезади. Оғриқ безовта қилган соҳа терисида гипереестезия белгиларининг мавжудлиги уни функционал характерга эга эканлигидан далолат беради.

Юқорида санаб ўтилган белгилар билан 40-60 ёш оралиғидаги беморлар УАВга мурожаат қилганда, ташхис қўйиш анча мураккаблик туғдиради. Чунки уларда соматик оғриқлар билан бир қаторда ЮИК бўлиши эҳтимоли юқори. Шунинг учун уларни кўрсатмалар асосида синчковлик билан текширишлардан ўтказиш (жумладан, юклама билан ЭКГ тушириш) лозим. Турли руҳий синамалар билан ўтказилган текширувлар юқорида қайд этилган шикоятларнинг аксарияти депрессив ҳолат билан боғлиқ эканлигини тасдиқлайди. Юрак қон-томир касалликларига хос шикоятлар

билан мурожаат қилган депрессияда ҳам тушкун руҳият, иш қобилиятининг сусайиши, ҳаёт лаззатларидан қувониш ҳиссининг йўқолиши, атрофдагилар билан мулоқот ўрнатишнинг қийинлашиши, ёлғиз қолишга интилиш, безовта ва ҳушёр ухлаш, эрталаблари ёмон кайфият ва кечқурунга келиб унинг бир оз яхшиланиши, аналгетиклардан кейин ўтиб кетмайдиган турли хил оғриқлар (аксарият ҳолларда юрак соҳасида) билан намоён бўлади. УАВ фаолиятида кўп ҳолларда қуйида келтирилган никобли (яширин) депрессия белгилари мавжуд бўлган беморлар кўпроқ учрайди:

- уйқунинг бузилиши (уйқуга кетишнинг қийинлиги, эрта уйғониш, тунлари безовта бўлиб ухлаш);
- иштаҳанинг ёмонлашиши (унинг сусайиши ёки аксинча кучайиши);
- турли соҳаларда жойлашган сурункали оғриқ синдроми (кўп ҳолларда кардиалгия, бош ва белдаги оғриқлар);
- жинсий алоқадаги турли бузилишлар;
- вегетатив ўзгаришлар (юрак уриб кетиши, нафас сиқиши, бош айланиши).

Баъзан депрессия синдроми ваҳима белгилари (сабабсиз безовталик, доимо ёмон ҳолат юз беришини кутиш, юрак касаллигидан ўлим ҳисси ва бошқалар) кўринишида намоён бўлиши мумкин. Ушбу беморларнинг бир қисмида тез-тез касаллик варақасини олишга, ногиронликка чиқишга ва шифохонага ётишга интилиш каби социал дезадаптация ҳоллари кузатилади. Улар кунда бир неча марта тез тиббий ёрдам чақиришлари мумкин. Оила аъзоларидан юқори даражада диққат-эътибор талаб қиладилар.

Россияда 2002 йилда ўтказилган “КОМПАС” йирик тармоқли эпидемиологик текширувлар бирламчи тизимда тиббий ёрдам учун мурожаат қилган беморларнинг 46% да энгил депрессив ҳолатлар мавжудлигини кўрсатади. Уларнинг 24% да эса даво чоралари кўришни талаб этувчи депрессив бузилишлар бўлган. МИ ва аортакоронар шунглаш амалиётларини ўтказган беморларнинг 30% дан кўпроғида турли даражадаги депрессиялар кузатилади ва ўлимга сабаб бўлувчи асосий омиллардан бири ҳисобланади. Юрак қон-томир касалликлари билан кечувчи белгилар билан намоён бўлувчи депрессия аҳоли ўртасида кенг тарқалганлигига қармасдан кўп ҳолларда УАВ мавжуд невротик бузилишларни аниқлашда қийналади.

Турли психиатрия мактабларида депрессия симптомларини субъектив (беморлар учун сўровномалар) ёки объектив (ҳамшира ёки шифокор) қайд этиш учун турли хил шкалалар ишлаб чиқилган. Улардан Макс Гамильтон шкаласи кенгрок қўлланилса ҳам биз амалиётда ишлатиш учун қўлай бўлган А.М. Вайн томонидан тавсия этилган сўровномадан фойдаланишни таклиф этамиз. У уйқу бузилишининг 3 та турига асосланган бўлиб, шифокорга тез хулоса чиқариш имконини беради.

- уйқуга кетишнинг бузилиши;
- тунда юзаки ва тез-тез уйғониш билан ухлаш;
- эрталаб вақтли уйғониш.

Ушбу кўрсаткичлар асосида уйку бузилишини 4 баллик тизимда баҳолаш мумкин:

0- уйку бузилиши белгилари йўқ – бемор 7-8 соат чуқур ва осойишта ухлайди

1- енгил даражадаги ўзгаришлар - беморда уйқуга кетишнинг бузилиши, юзаки ухлаш ёки эрта уйғониб кетиш каби 1-2 та уйку бузилишлари кузатилади

2- ўрта даражадаги ўзгаришлар - беморда доимий бўлмаган уч ёки доимий бир хил турдаги уйку бузилишлари аниқланади.

3- оғир даражадаги ўзгаришлар - беморда доимий 2-3 хилдаги уйку бузилишларининг мавжудлиги.

Ушбу ўзгаришлар даражаси ва психометрик синамалар солиштирилганда, улар мос равишда асаб ўзгаришларини кўрсатиши тасдиқланди. Ундан фойдаланиш УАВга бирламчи тизимда беморда депрессия билан боғлиқ кардиалгия бор ёки йўқлигини аниқлаш имконини беради.

Айрим ҳолларда шифокорлар симпато-адренолик йўналишдаги абортив вегетатив кризлар кузатиладиган беморларга (тўсатдан қувватсизлик, ҳаво етишмаслик ҳисси, қалтираш, оёқ ва қўлларнинг музлаши, асоссиз ваҳима белгилари) юрак етишмовчилиги ташхисини қўядилар. Вегетатив асаб тизими сегментар бузилишларида кардиалгия, артралгия ва қоринда оғриқлар кузатилиши мумкин. Оғриқ сезгиси бир ёки бир нечта ички аъзо соҳасини қамраб олиб, беморлар баъзан тез тиббий ёрдам чақиришга мажбур бўладилар. Оғриқ уйку бузилиши, руҳиятнинг тушиши каби белгилар билан бирга кечади. Ушбу ҳолатларда юклама билан ЭКГ тушириш ташхисга аниқлик киритишга ёрдам беради. Беморда бир хил белгилар (аксарият ҳолларда кардиалгия) билан кечувчи турли хил функционал касалликлар ёки синдромлар халқаро касалликлар классификацияси бўйича вегетатив асаб тизимининг сомататрон дисфункцияси (ВАТСД) деб аталади. Шифокор амалиётида кўп учраб турадиган ушбу ҳолатга УАВ тўғри ташхис қўйиши ва муваффақиятли даволаши, рационал психотерапия, аутотренинг, самараси исботланган дориларни (антидепрессантлар, β-блокаторлар) қўллаши лозим. Беморларни асосий шикоятни оғриқ бўлганлиги сабабли унинг ички аъзолар касалликлари билан боғлиқ эмаслигини ва ҳаётига хавф солмаслигини сабр-тоқат билан тушунтириш керак. Ўтказилган кўшимча текшириш усулларида (ЭКГ, УТТ ва бошқалар) ўзгаришлар йўқлигини кўрсатиш алоҳида аҳамиятга эга. Бундай усуллар суҳбат билан даволаш деб аталади ва унинг асосида врачни ишонтириш қобилияти ётади. Аутотренингга эса беморни ўз-ўзини ишонтириш, аъзолардаги функционал ўзгаришларни бошқариш қобилиятини ривожлантириш асос қилиб олинган.

ВАТСДни даволашда дорилар алоҳида ўрин тутаяди ва юқорида келтирилган психотерапия ҳамда аутотренинг унга ёрдамчи вазифасини ўтайди. Кузатувлар ушбу беморларга кичик транквилизаторларни (диазепам, сибазон, феназипам, нозепам ва бошқалар) буқориш яхши самара

бермаслиги ва фақат касалликни айрим белгиларини камайтиришини кўрсатмоқда. Юқорида таъкидлаб ўтганимиздек, беморда кузатиладиган шикоят ва белгилар депрессия ниқоби эканлиги инobatга олинса, асосий самарали дорилар антидепрессантлар ҳисобланади.

Сўнгги йилларда амалиётга турли салбий таъсирлардан холи бўлган антидепрессантлар қўллаш кенг жорий этилаётганлиги сабабли, ВАТСД ва депрессияга чалинган беморларни амбулатория шароитида УАВ томонидан даволаш имконияти кенгайди. Илгари кенг қўлланиб келинган трициклик антидепрессантлар (амитриптилин) ижобий таъсир кўрсатса ҳам беморларда рефлектор тахикардия, ортостатик гипотония (айниқса, қарияларда) ва ЭКГда P-Q, QRS, QT оралиғини узайтириши сабабли, ҳозир амалиётда қўллаш бирмунча чегараланган. Шунингдек,, бензодиазепинлар гуруҳига кирувчи ксанаксни (алпразолам) 0,5-0,25 мгдан қўллаш депрессиянинг невротик ва реактив турларида яхши самара беради. Ҳозир антидепрессантларнинг янги авлодлари мавжуд бўлиб, селектив таъсирга эга бўлган серотонинни қайта ушловчи дорилар ингибиторлари (СҚУДИ) шулар жумласидандир. СҚУДИ юрак қон-томир тизимига салбий таъсирлари кам бўлганлиги сабабли ЮИК чалинган беморларга ҳам узок муддат қўллаш мумкин. Ушбу гуруҳ дориларидан инталоприм, флуоксетин, феварин 20 мгдан кунда 1 таблеткадан, сертралин 100 мгдан кунда 1-2 таблеткадан тавсия этилади. Шунингдек,, улардан ўз таъсир механизми ва кимёвий тузилиши бўйича бирмунча фарқ қиладиган коаксил (тианептин) юрак қон-томир касалликларига чалинган беморлардаги депрессияни даволашда самарали ҳисобланади (шу жумладан, қарияларда ҳам). Коаксил беморларга ичиш учун 1 таблеткадан (12,5 мг) 3 маҳал тавсия этилади ва нафақат антидепрессив, балки гипоталамус – гипофизар – адреналин тизими фаолиятини ҳам сусайтиради. УАВ антидепрессантлар аста секин таъсир кўрсатиб, 15 кунлардан сўнг сезиларли ижобий натижа беришини беморларга тушунтириши лозим. Шу билан бирга, ВАТСДга чалинган беморларга антидепрессантлар билан бир қаторда β-блокаторларни қўллаш яхши самара беради. Унинг энгил кўринишларида фақат β-блокаторлар ўзи тавсия этилади.

Умумий амалиёт врачлари депрессияга чалинган беморларни олиб боришда қуйидагиларни ёдда тутиши лозим:

✦ руҳий касалликлар орасида кайфият бузилишлари кўпроқ тарқалган бўлиб, аҳолининг 5% ни ташкил қилади ҳамда УАВга мурожаат қилган ҳар 10-беморда кузатилади;

✦ депрессияга учраган беморларнинг аксарият қисмини даволаш ОП (ҚВП) шароитида ўтказилади, улардан фақатгина 0,1% руҳий касалликлар шифохонасида даволанишга муҳтож бўладилар;

✦ депрессия аксарият ҳолларда соматовегетатив белгилар билан кечади, шунинг учун уни турли соматик касалликлардан фарқлаш лозим;

✦ УАВ депрессияга чалинган беморларнинг асосий қисмига самарали тиббий ёрдам кўрсатиш имкониятига эга;

✦ депрессиялар ўз вақтида кўрилган тиббий чора-тадбирлар натижасида

80-85% ҳолларда соғайиш билан яқунланади;

✦ бемор томонидан амалга оширишга интилинган ҳар қандай суицидал ҳаракатга жиддий муносабатда бўлиш зарур (ҳаттоки бундай ҳаракатлар намоийшқорона бўлса ҳам);

✦ УАВ суицидларнинг олдини олувчи асосий шахслардан биридир (илмий маълумотларда суицид содир қилувчи инсонларнинг 2/3 қисми шифокорга бир ой аввал, 40% ўз-ўзини ўлдиришидан бир ҳафта олдин муносабат қилганлиги қайд қилинган);

✦ депрессияга учраган беморларни даволашда УАВ тактикаси - оғир, узок давом этувчи, мураккаб руҳий бузилишлар билан кечувчи депрессияларда, суицидга мойиллик мавжудлигида, ўтказилган давонинг самарасизлигида, беморга ёрдам беришда шифокорнинг ўзига ишончсизлигида даволанувчини психоневролог маслаҳатига юбориш зарур.

Маъруза нихоясида юқорида келтирилган Г. Смилкстэйннинг «Қабул вақтида шифокор ва бемор ўртасида ўрнатилган муносабатлар тиббиётнинг асосини ташкил этади» деган сўзлари барча ҳолатларга тегишли бўлса ҳам, кўпроқ депрессияга учраган беморлар учун тааллуқлидир.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. М., 1998.
2. Копина О. С. Психологические проблемы в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. М., 1987.
3. Копина О. С., Сулова С.Ф., Заикин Е.Р. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология 1996; 3.
4. Копина О.С., Сулова Е.А., Заикин Е.В. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников. Вопр. психол. 1995; 3.
5. Погосова Г. В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению. Кардиология. 2004; 1.
6. Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология. 2002; 4.
7. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. М: Медицинское информационное агентство, 2001.
8. Фаули Э и др. Внутренние болезни по Т.Р.Харрисону, книга первая и вторая. М.: Практика, 2002.
9. Carney R.M., Rich M.W., de Velde A. et al. Major depressive disorder in coronary artery disease. Am J Cardiol 1987; 60.
10. Davies S.J., Ghahramani P., Jackson P.R. et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. Am J Med 1999, 107.
11. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995; 91.
12. Pratt L.A., Ford D.E., Crum R.M. et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up. Circulation 1996; 94.
13. Rajagopalan S., Brook R., Rubenfire M. et al. Abnormal brachial artery flow-mediated vasodilatation in young adults with major depression. Am J Cardiol 2001; 88.

АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ ВА ШИЗОФРЕНИЯ АЛЬЦГЕЙМЕР КАСАЛЛИГИ

Жаҳлдорлик ва кўполлик, бошқаларни тушуна билмаслик-руҳий ҳамда маънавий заифлик белгиси ва бу инсоннинг тўлақонли ҳаёт кечира олмаслигидан далолат беради

Д.С.Лихачев

Алкоголизм – сурункали касаллик бўлиб, спиртли ичимликларни мунтазам равишда сунистеъмол қилиш оқибатида юзага келади ҳамда ижтимоий, руҳий ва физиологик мослашишнинг рўй-рост бузилиши билан кечади ва аста-секин психологик (енгиб бўлмас ҳирс), жисмоний (қабул қилиш тўхтагач, абстинент синдромининг келиб чиқиши) интеллектуал ва руҳий ўзгариш оқибатида шахснинг яшаш фаолияти бузилишига олиб келади. Спиртли ичимликларни сунистеъмол қилиш ҳамда этанолнинг организмни заҳарлаши оқибатида руҳий ва жисмоний қарамлик ҳолати юз беради. Руҳиятда бузилишлар бошланиши ва абстинент синдроми ҳамда кўп сонли социологик муаммолар келиб чиқади.

Учрани. Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қиладиган эркаклар 18%, аёллар 5% ни ташкил этиб, уларнинг бешдан бир қисми алкоголизм туфайли нарколог ҳисобида туришади. Алкоголизм эркакларда 3-4 марта кўпроқ учраса ҳам, аёллар ёлғиз ичишга мойил бўлиб, касаллик уларда тезроқ ривожланади

Хавф омиллари Алкогол истеъмол қилиш Турли хил психотроп моддалар, шу жумладан, никотин таъсири Оила анамнезида алкоголизм (спиртли ичимлик ичувчининг фарзандларида алкоголизм ривожланиш хавфи – 50%, яъни «алкогол иқлими» бўлган микросоциал муҳит Эркак жиҳсига мансублиги, навқирон ёшда оёиласининг йўқлиги Алкогол ичимлигини 5 ва ундан кўп дозада мунтазам равишда (60 мл соф этил спирти) истеъмол қилиш, ҳафтада камида 1 марта маст ҳолатда бўлиш Оила ва теварак-атрофда алкоголь ичимлигини мунтазам истеъмол қилишга мойиллик туғдирувчи муҳит Спиртли ичимликларни сунистеъмол қилишни меъёрий ҳолат деб қабул қилиш ва уларга юқори сезгирлик Жамиятда ўз ўрнини (иқтисодий, ғоявий, маънавий) йўқотиш Шахснинг преморбир хусусиятлари – етук бўлмаган, етарли адаптациясиз ва шахслараро мулоқотда муаммолари бўлган кишилар. Қуйидаги 1-жадвалда алкоголизмнинг асосий клиник белгилари келтирилган.

Алкоголизмнинг белгилари

Шахс ўзгариши ва ижтимоий оқибатлари	Неврологик, рухий, соматик белгилари
<p>Жиззакилик Асоциал хулқ-атвор Хавотир, кўркувлар Рашк, шубҳаланувчанлик, таъкиб қилиш манияси Рухий таранглик Қариқдошлик алоқаларининг узилиши Ёш болалар билан қўпол муомала Иш қобилиятининг пасайиши, хотира пасайиши (сўниб бориши) Молиявий кийинчиликлар Нохуш ходисалар Автомобил авариялари Қонунбузарликлар, ўзига паст баҳо бериш (ўз-ўзига паст назар билан қараш) Суицидал ҳаракатлар</p>	<p>Депрессия, эпилепсия, Вернике энцефалопатияси ва Корсаков синдроми Уйқусизлик, тунги кўркинчли тушлар Артериал гипертония Юрак шикастланишлари - аритмиялар, алкохол кардиомиопатияси Жигар, меъда ости безининг шикастланиши Диспепсия, гастрит, меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги Жинсий бузилишлар, семириниш Тремор, полинейропатия, миопатия, подагра Эндокрин ва метаболлик бузилишлар Остеопороз, остеомаляция, гиперкортизолемиа Гиперлиппротеидемиа Қон ҳосил бўлишининг бузилишлари – макроциттар анемия, лейкопения, тромбоцитопения</p>

Асосий саволлар: қачон охириги марта ичдингиз? Миқдори (мл.да), қанчалик тез-тез ичиб турасиз, ҳар куними ёки онда-сондами, ошна-оғайнилар биланми ёки яққа ҳолда ичасизми, маст бўлиш учун қанча ичишингиз керак, спиртли ичимликларга қанча пул сарфлайсиз, тунда тинчланиш учун ичишга тўғри келмаганми, амнезия (хотирани бутунлай йўқотиб қўйиш) ҳолатлари бўлганми, эрталаб бош оғриқни қолдириш ёки тетиклашиш учун ичганмисиз?

Ташхисий белгилари. Алкоголизм прогрессив кечиш ва рухий ҳамда соматик бузилишларнинг мажмуаси билан характерлидир Алкохолга патологик майл, рухий қарамлик Абстинент синдроми, жисмоний қарамлик Мастлик кечиши ва алкохолга чидамлилиқнинг ўзгариши Ўзига хос шахсиятдаги ўзгаришларни ривожланиши Токсик энцефалопатия синдромининг юзага келиши Невритлар Ички аъзолар касалликлари (юрак-қон томир ва ошқозон ичак ичак тизими).

Ўзгарган реактивлик синдроми. Спиртли ичимликларни кўтаришнинг бузилиши (алкохол кўп ичилганда), химоя реакциясининг йўқолиши, хатти-ҳаракатнинг бузилиши. Мастлик ҳолатида хотиранинг йўқолиб қолиши.

Алкоголизмнинг бошланғич босқичларида ичкиликка ружу қилиш ошиб боради (алкоголга чидамлилик белгиси), кейинчалик аксинча кўтара олиши имконияти камаяди.

Рухий қарамлик белгиси – маст бўлишга тинимсиз интилиш. Хушёрлик ҳолатида рухий дискомфорт (рухий фаолият бузилишида аклий меҳнатга лаёқат йўқолади), мастлик ҳолатида эса унинг яхшиланиши.

Жисмоний қарамлик белгиси – маст бўлишга жисмоний эҳтиёж (ўзини тута билмаслик), спиртли ичимлик миқдори устидан ўзини назорат қила олмаслик, мастлик ҳолатида жисмоний фаолиятнинг яхшиланиши.

Абстинент синдром – мастликнинг эртаси куни алкоғолни кўп бўлмаган миқдорда истеъмол қилиш соматик ва рухий бузилишларни камайтиради ёки бартараф этади. Вазомотор-вегетатив ва астеник бузилишлардан рухий бузилишларгача. Алкоғол истеъмол қилингандан сўнг 12-24 соат ўтгач бошланади. ♦ **Абстинент синдромининг рухий қисми:** Кайфиятнинг пасайиши, кайғули-ғазабли кайфият, тажанглик, хавотир ва кўрқув. Ўзини айблаш ғоялари, тургун бўлмаган кўрқув ва эшитув галлюцинациялари, безовта уйқу. ♦ **Абстинент синдромининг неврологик қисми:** Оёқ-қўллар, бош ва тилнинг тремори. Скелет мушакларининг (юзнинг) фибриляр титраши. Пай рефлексларининг ортиши. Тутканок хуружлари. ♦ **Абстинент синдромининг вазовегетатив қисми:** Тахикардия, ККБ ўзгариши. Юз ва кафтлар гипергидрози, терининг мармарсимонлиги. Юз гиперемияси, қон томирларнинг кенгайиши. Диспептик бузилишлар (кўнгил айниши, қайт қилиш, ич кетиши, эпигастрал соҳада оғрик).

Сурункали интоксикация оқибатлари ♦ Рухий тубанлашиш - астения, психиканинг заифлашиши, кайфиятни тез бузилиб, агрессив хулқ-атвор, ўз жонига қасд қилиш, ўтқир психозлар, онгнинг хиралашуви ва галлюцинация таъсирида ваҳимага тушиш, ташқи газийқлар йўқлигига карамай васваса ва сурункали кўзғалиш (Корсаков психози); оғир ҳолларда алкоғолдан аксизлик рўй бериши ♦ Неврологик оқибатлар: ўтқир мия захарланиш синдромлари, эпилептиформ, Гайе-Вернике, мияча синдроми, стриопаллидар етишмовчилик; периферик невритлар, кўрув, эшитув нервлари атрофияси. ♦ Ички аъзоларнинг зарарланиши.

Хулқнинг ўзгариши ♦ Психологик ва ижтимоий ҳолатга мослашувнинг бузилиши ♦ Ирода сустлиги, пала-партиш кийиниш, ифлослик ♦ Оилавий можаролар (ажралиш, эр-хотиннинг алоҳида хаёт кечириши) ♦ Кўрқув, депрессия, уйқусизлик ♦ Ижтимоий муҳитдан руҳан ажралиб қолиш, тез-тез жойни алмаштириш ♦ Ичкилик ичиш оқибатида ҳуқуқбузарлик ҳолатларини учраши ♦ Ичкилик ичилгандан сўнг ҳақорат қиладиган, руҳият ва физиологик келишмовчиликлар ♦ Алкоғолга боғлиқ бўлмаган шароитларга қизиқмаслик ♦ Ишдаги муаммолар (фаолликнинг сустлиги, ишга бормаслик, меҳнат фаолиятининг пасайиб кетиши, ҳамкасблар ўртасидаги ихтилофлар, иш жойини тез-тез ўзгартириш) ♦ Мастлик ҳолатида ретроград амнезия.

Патологик мастлик кам учрайдиган ҳолат ва юз миқдорда спиртли ичимлик ичилса ҳам хулқ-атворда тўсатдан ўзгаришлар кузатилиши ♦

Ўткир транзитор психоз - онг хиралашуви, дезориентация, васваса ва кўриш галлюцинация, психомотор кўзғалиш, агрессивлик, руҳий тушқунлик ва ўз жонига қасд қилиш ♦ Патологик мастлик ҳолати бир неча соатдан бошланиб, узок давом этадиган уйқу ҳамда хотиранинг йўқолиши билан тугалланади.

Алкогол психозлари – экзоген, экзоген-органик ёки эндоформ бўлиб, ўткир, чўзилган ёки сурункали ривожланади ва алкоголизмнинг 2 - 3 - босқичларида кузатилади ҳамда ички аъзолар фаолиятининг бузилишлари ва шахс ўзгаришлари билан кечади

Алкогол делирийси (оқ алаҳсираш) - абстинент хумор синдроми замирида тунги уйқунинг ёмонлашуви, хавотир, умумий жонланишнинг кечга бориб кучайиши, парейдолиялар, чин кўрув галлюцинациялари, кайфияда ўзгарувчанлик, хатти-ҳаракатлар галлюцинатор образларга мос келади, тизимлашмаган васваса, ишонувчанлик, вақтга ва жойга ёлғон мўлжал, аммо ўз шахсига унинг сақланганлиги.

Алкогол галлюцинози – (эшитиш ёки кўриш чин галлюцинацияси) – органик галлюциноз ранг-баранг ва барқарор галлюцинациялар билан сурункали мастлик ҳолатидан 48 соат ўтгач бошланади. Бунда бемор васвасага тушиб, доимий эшитув галлюцинацияси, товушлар билан баҳслашиш, уришиш, кейинчалик бу товушларга мослашиб қолиш. Руҳий бузилишни ҳар қандай ёшда (эркакларда 4 марта кўпроқ) ривожланиши. Узок муддат давомида ичиш оқибатида алкогольга карамлик ҳисси пайдо бўлиши. Галлюцинация ҳолати ҳафталаб давом этади ёки доимий бўлиши мумкин.

Алкоголли амнестик синдром (Корсаков синдроми) – бунда хотира қобилияти йўқолади ва ривожланиб борувчи амнезиялар, конфабуляциялар - бемор вақтни аниқлай олмайди ва уйдирма жавоблар қўллашга ўтади. Бундай ҳолат узок муддат давомида ўта маст ҳолатида бўлиш туфайли ривожланади. Соматик ёки руҳий бузилишлар бир-бири билан боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади.

Деменция – алкоголизм натижасида келиб чиққан интеллектнинг сусайиши, руҳий фаолиятни парчаланиши билан кечувчи аклнинг пасайиши.

Ривожланиш босқичлари

Бошланғич белгилари ♦ Оилада алкоголь мунтазам ичиб турилганда, заъарланиш белгилари пасаяди; мастлик ҳолатида ва ичилмаганда жонланиш, кайфиятнинг кўтарилиши, тонуснинг ортиб бориши, ҳаракат фаоллиги, иштаҳанинг очилиши, жинсий аъзолар фаолияти бузилмаган ♦ Ичкиликни кундузи ичиш дискомфорт чақирмайди; ҳаддан ташқари мастлик ҳолларида бемор қайт қилади, лекин эртасига ичкилик ичишдан воз кечиш ҳаёлига келмайди ♦ Ҳаёт тонусининг кўтарилиши, кўпинча инжиқлик, жанжал кўтаришга мойиллик.

I босқич (1-4 йил давом этади) ♦ Неврастеник босқичи ♦ Ўзгарган реактивлик синдроми: тез-тез ва кўп микдорда спиртли ичимлик истеъмол

килиш, кайт килиш ҳолати йўқ ♦ Алкоголга руҳан боғланиш - миядан кетмайдиган ичиш истагини пайдо қилади ♦ Толерантлик (чидамлилик) ошиб боради ♦ Алкоголга жисмоний интилиш йўқолади ♦ Алкоголнинг организмга таъсири натижасида заҳарланиш асоратлари пайдо бўлади. Бунда қувватсизлик, соматик томондан неврологик бузилиш ва астения ҳолатлари кузатилади.

Сурункали алкоголизмнинг асосий белгилари:

I босқич ♦ Қусиш ҳимоя рефлексининг йўқолиши ♦ Спиртли ичимлик микорини назорат қилиш қобилиятининг тобора йўқолиб бориши («даврандан ўзиб кетиш») ♦ Организмнинг алкогольга толерантлигининг аста-секин ортиб бориши ♦ Обсессив майл (спиртли ичимликни истеъмол қилиш ҳақида доимий фикрлар) ♦ Рухий комфортга бўлган талаб ♦ «Яширин мастлик».

II босқич (5-15 йил давом этади) ♦ Наркоманик (ёки абстинент) босқичи ♦ Ўзгарган реактивлик синдроми. Спиртни яхши кўтаради, толерантлик чўққисига етади, доимо мастлик ҳолатида юради, алкоголь ичиш бутунлай ички сабабларга боғлиқ. Алкоголнинг седатив самараси йўқолиб, фақат активловчи мойиллик кузатилади. Мастлик ҳолатида ичкиликка бундай интилишнинг кучайиши ёки ружу қўйиш натижасида бемор хатти-ҳаракатларини эслай олмай, ступор ҳолатига тушиб, камҳаракат бўлиб қолади ♦ Алкоголга руҳий қарамлик синдроми: руҳий хотиржамлик алкогольни доимо ичиб туришга боғлиқ; соғлиқ ҳолатида руҳий фаоллият бузилади, аклий меҳнатга лаёқат бўлмайди ♦ Жисмоний қарамлик синдроми: алкогольга жисмоний ружу қўйиш, хулқ-атворнинг, маънавий қадриятлар, ўзаро муносабатлар тўғрисидаги тушунчаларнинг бузилганлиги. Ичмаган ҳолатда бемор руҳан эзилган, тушқунликка тушади, ишга лаёқатсиз, жаҳлдор бўлиб қолади. Алкоголь истеъмол қилса, ундаги жисмоний ҳаракат фаолияти тикланади ♦ Абстинент синдромида бемор симпатико-тоник қўзғалиш формасида: кечаси ухламайди, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари пайдо бўлади ♦ Алкоголдан организмнинг заҳарланиш аломатлари кузатилади ♦ Беморда руҳий тизим бузилганда тубанлашиш рўй беради, ижтимоий ўсиш тўхтабди, кизикишлар йўқолади, ижодий фаоллик сусаяди, таъсирчан бўлиб қолади, оилага, меҳнатга кизикиш, интеллект пасаяди ва у беҳаёлик, беандишалик, ўринсиз қилиқлар қилиш билан юзага чиқади. Бундай ҳолларда оёила аъзоларига беморнинг васвасага тушиши, кизганиш ҳолатининг пайдо бўлиши хавфли ҳисобланади. Беморнинг шикастланиши, жарроҳлик амалиёти ўткир алкоголь психози асоратларига олиб келиши мумкин ♦ Асаб тизимининг бузилиши туфайли невритлар, кўз қорачиғининг хиралашуви, кўрув майдонининг торайиши, эшитишнинг пасайиши, атаксия, нистагм, ҳаракатлар координациясининг бузилиши ♦ Юрак-кон томир тизими ва жигар фаолияти бузилади.

Сурункали алкоголизмнинг асосий белгилари:

I босқич ♦ Абстинент синдромнинг юзага келиши ♦ Организмнинг

алкоголга максимал толерантлиги ♦ Ҳам обсессив, ҳам компульсив (тўхтаиб бўлмас) майл ♦ Ҳам рухий, ҳам жисмоний комфортга бўлган талаб. ♦ «Очик мастлик». ♦ Алкоголни мунтазам қабул қилиш ♦ Шахс ўзгариши ♦ Ўткир алкоголь психозлари (оқ алалаш, алкоголь галлюцинози, алкоголь параноиди) юзага келиши.

II босқич (5-10 йил давом этади). ♦ Энцефалопатик босқичи ♦ Ўзгарган реактивлик синдроми: ўткир спиртли ичимликларни кўтара олишнинг (толерантлик) пасайиши. Узлуксиз мастлик жараёни беморни жисмоний ва рухий зўриқишга олиб келиши. Ичишнинг кундан-кунга ошиб бориши оқибатида бемор спиртли ичимликларни бутунлай ичмай кўяди, шу билан узлуксиз ичиш тўхтайтиди ва чин майзадали (запой) шаклда истеъмол қилади. Алкоголни ичиш оқибатида хотира йўқолиши ♦ Алкоголизмда рухий қарамликда психиканинг кўпол ўзгаришлари сабабли айрим белгилар билинмайди ♦ Жисмоний қарамлик синдромида бемор ўз-ўзини бошқара олмайди. Уларда дозани назорат қила олмаслик ва толерантликнинг пасайиши ўлим ҳолатига олиб келади ♦ Абстинент синдромида вегетатив бузилишлар ♦ Интоксикация оқибатлари ♦ Психиканинг бузилиши, эмоциянинг йўқолиши. Бемор ўзини бошқара олмаганлиги сабабли доимо назорат бўлиши керак ♦ Беморнинг ақлсизлик ҳолатига тушиб қолиши туфайли, псевдопаралитик кўриниш намоён бўлади ♦ Уларда сурункали галлюцинация, рашк васвасаси кузатилади ♦ Неврологик текширувда энцефалопатия (ўткир рухий ўзгаришлар), полиневритлар аниқланади Беморларнинг 20% ида алкоголь энцефалопатиясининг эпилепсияга ҳос белгилари кузатилади ♦ Организмнинг деярли барча аъзолари ва тизимлари захарланган; кардиомопатия ва жигар яллиғланиш белгилари.

III босқич ♦ Алкоголга толерантликнинг пасайиши. ♦ Майзадали (запой) мастликнинг ривожланиши. ♦ Жисмоний қарамликнинг чуқурлашуви ва оғирлашуви. ♦ Алкоголь деменцияси. ♦ Алкоголь психозларининг тез-тез кузатилувчи, сурункали галлюциноз, сурункали параноид, сурункали рашк васвасаси, Корсаков психози шакллари.

Даволаш

Тартиб ♦ Шифохонада детоксикация ўтказиш учун кўрсатмалар ♦ Онгнинг хиралашуви натижасида галлюцинациялар таъсирида ваҳимага тушиш белгиларининг пайдо бўлиши, анамнезда алкогольли делирий борлиги ♦ Амбулатория шароитида детоксикацияни ўтказиб бўлмаслик ♦ Касалхонага ётқиришга кўрсатма ҳисобланган ёндош қасалликлар ♦ Яққол рухий бузилишлар (жумладан, ўз жонига қасд қилишга мойиллиги бўлган депрессия) ♦ Ичкиликни ташлашга қатъи ваъда бера олмаслик ♦ Теварак-атрофдаги нобоп кишилар ♦ Ўткир алкоголь психозлари ва беморни мастлик ҳолатида ўзига зиён етказишининг олдини олиш (седатив ва психотроп дори воситалари).

Даволашни олиб бориш тамойили Алкоголни мунтазам истеъмол қилиш ичкиликбозликнинг бошланғич омили ҳисобланади Айрим беморлар врачга ташқи таъсир натижасида мурожаат қилишади. Агар бемор ўз хоҳиши билан мурожаат қилса, яхши натижа беради Даволанишга келган беморларга врач ва яқин қариндошларининг бир-бирини тушуниб етишлари яхши руҳий муҳит яратади Даволаш наркологи диспансерда ёки шифохонанинг махсус бўлимларида ва палаталарида врач-нарколог ҳамда психиатрлар томонидан олиб борилади. **Даволашнинг асосий вазифаси** ♦ Абстинент синдромни, заҳарланиш асоратларини ♦ Ичкиликка мойилликни сўндириш, соматик ва психологик реакцияларни тиклашдан иборат ♦ Ичкиликка мойилликни сўндиришда психотерапия ўтказиш, гипноз билан даволаш ♦ Алкогол қабул қилишдан бутунлай ўзини тийиш – **ремиссияни** сақлашнинг зарур шарти ҳисобланади. Ремиссиянинг турғунлигига қуйидагилар таъсир кўрсатади: 1. Жинси (эркакларда узоқ давомли). 2. Ёши (30-35 ва 50-55 ёшларда узоқроқ давом этади). 3. Алкоголга қарши симптоматик ва фаол даволашнинг давомийлиги (3 ой ва ундан кўп). 4. Ушлаб турувчи даволашнинг мунтазамлиги ва давомийлиги. 5. Шахс омили. 6. Ижтимоий ва оилавий омиллар.

Дорилар билан даволаш

Абстинент синдромда – юқори дозадаги С ва В витаминлари, тиамин (Корсаков синдромида тиамин кунда 50-100 мг) ва инфузион терапия 5% глюкоза эритмаси, натрий хлор + кальций хлор + калий хлорид (Рингер эритмаси) ва бошқалар.

Детоксикацияни сўндириш ва абстинент ҳолатини тўхтатиш ♦ Хлордеазепоксид алкогольли делирий зўрайганда 25-50 мг ҳар 2-4 соатда (зўрайиш ҳолати сўнгунча), делирийда ҳар 4 соатда 50-100 мг, diaзепам 5 мгдан ичиш учун ёки венага ♦ Диазепам 1-3 мг в/и ҳар соатда тутканок ҳолатида ♦ Жигар яллиғланишида лоразепам ♦ Синусли тахикардияда β – адреноблокаторлар ♦ Вегетатив дисфункцияда, тахикардия, қалтироклик, артериал гипертензияда клонидин препарати буюрилади ♦ Психопатологик белгилар пайдо бўлганда, психотроп дори воситалар қўллаш.

Алкоголизмни даволашда махсус моддалар қўлланилади ♦ Сенсibiliзация чакирадиган терапия ♦ Дисульфирам кабулдан сўнг 12 соат ичида алкоголь ичимлиги ичилса, организмда 1-3 соат давом этадиган оғир реакция кузатилади. Бунда 5-15 минутдан сўнг бош миёна қон “қуйилиб” келаётгандек сезги бўлади, юз ва бўйин соҳаларидаги тери ости томирларининг кенгайиши, бош оғриғи, тахикардия, нафас қисини, терлаш ҳолатларини чакиради. 30-60 минутдан сўнг бемор кўнгил айнаши, қайт қилиш ва қоллапс ҳолатига тушиши мумкин. Дисульфирам қабул қилганда, алкоголь ичишда организмда унга қарши иммунитет ҳосил бўлиб, унинг ҳидига ва таъмига рефлекс кузатилади ♦ Унинг бошланғич миқдори кунда 0,5 г. ва 1-3 ҳафта мобайнида ичиш учун ♦ Дисульфирамни охириги алкоголь ичилган кундан бошлаб 24 соат ичида организмга юбориш ҳамда

3-7 кун мобайнидаги таъсири тўғрисида бемор ва унинг оъила аъзоларини огохлантириш зарур ♦ Налтрексон организмда алкоғолга бўлган майлни сўндириб, унинг тонус кўтарувчи таъсирини камайтиради.

Асоратлари Алкоғолизмнинг кайталаниши Алкоғолли полиневропатия Деменция Организм ҳимоя кучининг пасайиши туфайли юкумли касалликлар пайдо бўлиши Сон суяги бўғим бошчасининг асептик некрози Жигар циррози (аёлларда кўпроқ).

Наркомания

Наркотиклар рўйхатига киритилган моддаларни мунтазам равишда қабул қилиш натижасида ривожланадиган ва уларга нисбатан руҳий, айрим вақтларда жисмоний қарамлик билан намоён бўладиган касаллик.

Ташхис қўйиш учун қуйидаги битта ёки ундан ортик белгилар мавжуд бўлиши зарур: 1. Маълум бир психоактив модданинг таъсирига нисбатан организмнинг ўзгарган реактивлик синдроми. 2. Руҳий қарамлик. 3. Жисмоний қарамлик.

Наркомания босқичларининг клиник кўринишлари:

1-босқич: Наркотикка руҳий қарамлик (обсессив майл). Унинг дозаси ошиб кетишига ҳимоя реакциясининг йўқолиши. Толерантликнинг ортиши. Наркотик модданинг физиологик таъсири сақланган ҳолда уни мунтазам қабул қилиниши.

2-босқич: Гиёҳванд моддага тўхтатиб бўлмас майл билан боғлиқ абстинент синдромнинг шаклланиши, максимал толерантлик, наркотикка хос бўлган таъсирнинг ўзгариши (гиёҳванд моддани стимуллаш феноменининг юзага келиши), шахс ўзгаришлари.

3-босқич: Толерантлик пасаяди. Наркотикнинг таъсири тонусни оширувчи, меъёрга туширувчи таъсирга айланади. Шу муносабат билан кўп ҳолларда гиёҳванд моддасиз яшаш қийин бўлади. Абстинент синдром оғирлашади ва узокка чўзилади. Гиёҳванд модда қабул қилиш билан боғлиқ руҳий, соматик ва ижтимоий асоратлар яққол намоён бўлади.

Даволаш тамойиллари:

1. Психоактив моддаларни қабул қилишни тўхтатиш.
2. Абстинент синдромни бартараф қилиш.
3. Бирламчи патологик мойилликни бартараф қилиш.
4. Постабстинент руҳий бузилишларни даволаш.
5. Тиббий-ижтимоий реабилитация.

Шизофрения

Тез ёки аста-секин ўзига хос шахс ўзгаришлари билан кечувчи руҳий касаллик (энергетик потенциалнинг камайиши, ривожланиб боровчи аутизация, эмоционал камбағаллашув, «дискордантлик», яъни руҳий

жараёнлар бирлигининг йўколиши). Касаллик аҳоли орасида таркалиши 1% якин. 15 ёшдан катта ҳар 1000 та аҳолига 2,5 дан 10 гача учрайди

Касаллик исталган ёшда, лекин кўпинча 15 – 25 ёшлардаги шахсларда бошланади.

Кечиш бўйича турлари: I. Узлуксиз кечувчи. II. Рекуррент (даврий) ёки даврий тури. III. Хуружсимон - прогредиент ёки шубсимон.

Умумий белгилари: ♦ наслга алоқадорлик ♦ ёшлик даври ♦ анамнезда соматик касаллик, бош мия жароҳати ♦ стресслар таъсирининг йўқлиги.

Клиник белгилари: ♦ аутизм ♦ ассоциатив бузилишлар ♦ эмоционал бегоналашув кўринишидаги аффектив бузилишлар ♦ ирода ва интилишларнинг сусайиши ♦ астения ♦ псевдогаллюцинациялар ♦ психопродуктив (галлюцинация, васваса, психомотор кўзғалиш, ҳаракат бузилишлари ва бошқа белгилар билан кечадиган) синдромлар ♦ махсус патопсихологик ўзгаришлар.

Шошилинч госпитализацияга муҳтожлар: ♦ клиник манзарасида ҳосликка эга бўлган беморлар ♦ васваса ♦ императив галлюцинациялар ♦ турли кўринишдаги кўзғалишлар ♦ асоциал хулқи гебонд ҳолатлар ♦ суицидал уринишли депрессиялар ♦ ўзи ва жамият учун хавфли бўлган шахслар.

Психомотор кўзғалган беморни кузатиш ва транспортировкасини ташкил қилиш: ♦ беморни ушлаб туриш ♦ фиксация (кенг фиксаторлар, кўл остидаги материаллар: чойшаб, сочик) билан кроватга, носилкаларга ♦ махсус тез ёрдам чақириш ♦ м/и. в/и транквилизаторлар (диазепам, валиум, седуксен, реланиум, дормикум ва ҳ.к.) юбориш ♦ тез ёрдам шифёкори билан биргаликда, аввалги ўтказилган тадбирлар самарасиз бўлганда, седатив нейролептиклар (аминазин, галоперидол) юбориш ♦ беморни ревизия қилиш, кўрув вақтида хавфли буюмлар (тасма, чилвирлар, пичок, устара ва ҳ.к.) ни олиб қўйиш ♦ эҳтиёткорона транспортировка физиологик ҳолатда кўпол куч ишлатмаган ҳолда.

Даволаш тамойиллари: Антипсихотиклар (галоперидол, трифтазин, респолетт) ♦ уларни қабул қилиш шизофренияли бемор ҳаёти учун муҳим ♦ ушлаб турувчи кўлланилганда, 75% - 85% ҳолларда касаллик рецидивни ♦ антипсихотиклар билан ушлаб турувчи даволаш узлуксиз ва доимий бўлиши шарт ♦ дори воситаларини тайинлаш режалаштирилган ва бемор ҳамда унинг қариндошлари билан келишилган ҳолда олиб борилиши лозим.

Альцгеймер касаллиги

Альцгеймер касаллиги бош миянинг бирламчи дегенератив ҳасталигидир. Асосан кексалик олди даврида манифестацияланувчи, тотал аклий заифликка олиб келиб, ўчоқли ва олий пўстлоқ фаолиятининг бузилишлари билан кечувчи бош миянинг атрофик касаллиги. У одатда 50 ёшдан сўнг бошланиб, аклий салоҳиятни сусайтириш, хотиранинг ёмонлашуви ва шахсий ўзлигини англаш фаолиятларининг кучайиб борувчи бузилиш

ҳолатлари билан таърифланади. Ташхис клиник жиҳатдан ўхшаш бўлган бошқа касалликларнинг барчасини инкор этиш асосида қўйилади. Учраши ёш улғайган сари кўпайиб боради: 30-59 ёшгача – 0,02%, 60-69 ёшгача – 0,03%, 70-79 ёшгача – 3,1%, 80-89 ёшгача – 10,6% кайд этилади ва кўпрок аёлларда учрайди.

Этиологияси. Этироф этилишича касаллик бўлган наслий мойиллик асосий аҳамият касб этади:

Хавф омиллари Аниқ ♦ Кекса ёш (65 ёшдан сўнг ҳар 10 йилда касалликка чалиниш 3 марта кўпаяди) ♦ Оилавий ирсий анамнезда Альцгеймер касаллиги ♦ Аполипопротеин Е нуксонли Е4 ген аллели борлиги ♦ Даун синдроми Эҳтимолга якин ♦ Анамнезда бош мия жароҳати ♦ Анамнезда калконсимон без касаллиги ♦ 30 ёшдан ошган аёлларда биринчи фарзанд туғилганда ♦ Анамнезда депрессив ҳолатлар ♦ Саводсизлик Мунозарали ♦ Стресс ҳолатининг тез-тез бўлиши ♦ Ичимлик сувида алюминий миқдори кўплиги ♦ Алкоголизи ♦ Ижодга алоқаси бўлмаган бир хил турдаги иш.

Ташхис мезонлари Аста-секин бошланиш ва ривожланиб бориш ♦ Деменция ♦ Хотира бузилиши. Касалликнинг эрта босқичида амнезия; кейинчалик қисқа ёки узоқ вақтли хотира бузилиши ♦ Акл-идрок сусайиши ♦ Фикрлаш қобилиятининг бузилиши, (ноаниқлик, фикрлашнинг бир хил турда бўлиши, хулоса чиқариш сусайиши) ♦ Мия юкори пўстлок фаолиятининг бузилиши (афазия, апроксня, алексия, аграфия, акалькулия, агнозия) ♦ Рухий ҳолатга танқидий карашнинг сусайиши. Касалликнинг эрта босқичида танқидий ёндошишнинг қисман сакланиб қолиши, нагжада депрессия ҳолати, сунцидал мойилликнинг бўлиши ♦ Шахсий тафаккурнинг ўзгариши, макон, вақтда дезориентация (булар касалликнинг эрта даврида юзага келади) ♦ Психомотор кўзғалишлар, безовталаниш, беҳаловатлик, қўнимсизлик Ижтимоий меҳнат дезадаптацияси Деменция синдроми билан кечадиган соматик касалликларни истисно қилиш Бошқа рухий касаллик билан боғлиқлик йўқлиги. Касаллик делирий, алахсираш, галлюцинациялар билан ўтиши Кечки белгилари – калтираш хуружи, мушаклар титраши, клоник қисқариш, экстрапирамид бузилишлар.

Клиник кечиши: Касаллик бошланишида шахс ўзгаришлари эмас, балки марказий асаб тизимидаги ўчоқли бузилишлар олдинги ўринга чиқади. Касалликнинг илк белгилари ҳиссий жонланганлик ва ўз ҳолатига танқидий муносабат белгилари нисбатан сакланган ҳолда хотира бузилишлари ва фазода мўлжал олишнинг бузилиши, довдираш белгилари кўшилиши билан намоён бўлади. Вақт ўтиши билан чуқур аклий заифлик дағал апраксик ва аффектив бузилишлар билан ривожланади. Қарилик деменциясидан фаркланиб, касалликнинг кечиши нисбатан чўзилган (10-15 йилгача). Унинг якуний босқичида фаолиятнинг масъуллиги йўқолиб, экстрапирамидал мушак ригидлиги, ушлаб олиш, хартум ва бошқа рефлекслар пайдо бўлади.

Ақлий заифликка олиб келувчи жараёнга қуйндагилар қўшилади: Нутқ, санок ва таниб олишнинг бузилишлари. Ўсиб борувчи амнезия, конфабуляциялар. Амнестик дезориентировка. Диккат, идрок, атроф-мухитни билишнинг бузилишларининг эрта бошланиши ва ўсиб бориши. Психотик бузилишлар 30-40% ҳолатларда учрайди: рудиментар васваса, параноял ва галлюцинатор синдромлар. Кичик камровли зарар етказиш, рашк, таъкиб, васваса гоъларни.

Оқибати – руҳий фаолиятнинг бутунлай бузилиши, тўлик чорасизлик ва тотал афазия.

Текшириш усуллари Лаборатор ♦ Қоннинг тўлик клиник ва биокимёвий таҳлили. Қонда B_{12} витамини ва фолат кислота миқдори ♦ Қалқонсимон без фаолиятини текшириш ♦ Фон Вассерман реакциясига ва ОИТС га қон таҳлили Махсус текширувлар ♦ ЭКГ – аритмияни инкор этиш ♦ ЭЭГ – сигнал узатишнинг диффуз сусайиши ♦ КТ, МРТ – пўстлок атрофияси, мия коринчаларининг кенгайиши, гидроцефалия, инфарктлар, субдурал гематомалар, ўсмаларни инкор этиш ♦ Мидриатиклар юборилганда, кўз қорачикларининг ҳаддан ташқари кенгайиб кетиши ♦ Аро Е гени Е4 аллели нуксонини аниқлаш.

Даволаш. Специфик даволаш усули йўқ. Дори воситаларини ёмон ўзлаштириш сабабли уларни кам миқдорда қўллашга ҳаракат қилинади. Ацетилхолинэстераз ингибиторлари ♦ Ипидакрим 10-20 мг.дан кунда 1-3 маҳал. Даволаш муддати камида 2 ой Антидепрессантлар – депрессия синдромида ♦ Серотонинни нейронда ушлаб қоладиган танлов ингибиторлари (флуоксетин, сертралин, пароксетин) Глутаматергик тизим модуляторлари (мемантин 10 мг. кунда 2 маҳал 2 ой давомида) Церебролизин 5-10 мл. вена ичига 20-25 кун давомида Нейролептиклар (фенотиазин, бутирофенон унумлари ёки атипик антипсихотиклар (рисперидон)) алаҳсираш ва галлюцинатор бузилишда. Даволаш кичик дозалардан бошланади ва самара пайдо бўлгунча доза аста-секин ошириб борилади Карбамазепин 100 мг. кунига 3 маҳал кучли кўзғалиш ва агрессияда

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Авруцкий Г.Я. Недува А.А., «Лечение психических больных» М.: Медицина 1981.
2. Артемчук А.Ф. “Алкоголизм у лиц молодого возраста” Киев: Здоров’я, 1985.
3. Бухановский А.О. с соавт. “Общая психопатология.” Ростов-на-Дону. 1998.
4. Вудс Ш.. “Психиатрия в вопросах и ответах” Санкт-Петербург, 1998.
5. Дмитриева Т.Б “ Клиническая психиатрия”,М.1999.
6. Каплан Г.И, Сэдок Б.Д, «Клиническая психиатрия» М. 1994 т 1-2.
7. Личко А.Е, Битенский В.С. «Подростковая наркология». Медицина, 1991.
8. Лукачер Г.Я, Махова Т.А. “Неврологические проявления алкоголизма” М.:

Медицина, 1989.

9. Менделевич В.Д. «Клиническая медицинская психология». «Медпресс», 1999.
10. Морозов Г.В., Рожков В.Е., Бабаян Э.А. «Алкоголизм: руководство для врачей», М.: Медицина 1983.
11. Морозов Г.В. «Руководство по психиатрии» Т. 1,2. 1988.
12. Мурталибов Ш.А. ва бошқ. «Психиатрия маълумотнома» Т. 1993.
13. Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н. «Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе». Санкт-Петербург, 2000.
14. Райский В.А. «Психотропные средства в клинике внутренних болезней». М.: Медицина, 1982.
15. Снежневский А.В. «Руководство по психиатрии» Т. 1,2. 1983.
16. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999, том 1,2.
17. Фридман Л.С. с соавт. «Наркология». Санкт-Петербург, 1998.
18. Энтин Г.М. «Лечение алкоголизма». М.: Медицина, 1990.

ПАРКИНСОНИЗМ

Паркинсонизм полиэтиологик табиатга эга бўлган клиник синдром ҳисобланиб, титроқ, ригидлик ва акинезия билан характерланади. Унинг келиб чиқиши бош мия специфик локал тузилмаларининг жароҳатланиши билан боғлиқ: бу механизм асосида нигростриар тизим дофаминергик нейронларининг дегенерацияси ётади ва дофамин медиатори дефицитига олиб келади. Бу медиатор мия пўстлоқ ости соҳасида ҳаракат фаоллиги шаклланишида муҳим вазифа бажаради. Бу биокимёвий дефект холинергик тизим фаоллашуви, норадренергик ва серотонинергик тизимларнинг пасайиши билан кечади. Замонавий тамойилларга кўра паркинсонизм учта гуруҳга бўлинади:

1). *бирламчи (идиопатик) паркинсонизм* - паркинсон касаллиги ва наслий аутосом-рецессив ювенил паркинсонизм шакллари ўз ичига олади. Ушбу гуруҳ барча паркинсонизмни 70-80% ини ташкил қилади;

2). *иккиламчи (симптоматик) паркинсонизм* - церебрал жароҳатланиш асорати билан боғлиқ (қон-томирлар жароҳатланиши, дорилар таъсири, шостравматик, токсик, постэнцефалитик, бош мия ўсмаларидаги паркинсонизм). Иккиламчи паркинсонизмнинг учраши 10-15 %;

3). *марказий асаб тизимининг мультитизим жароҳатланиши натижасидаги паркинсонизм* (учламчи паркинсонизм ёки «паркинсонизм плюс»). Бу гуруҳга паркинсонизм билан бирга бошқа неврологик бузилишлар - миёча, экстрапирамидал, пирамидал, вегетатив каби бузилишлар билан кечадиган қуйидаги нейродегенератив касалликлар киради:

- ядро усти офтальмоплегияси (Стил- Ричардсон -Ольшевский синдроми);

- мультигимли атрофия;
- Шай-Дрейтжер синдроми;
- оливопонтocerebellar дегенерация;
- стриониграл дегенерация;
- Паркинсон деменцияси (Гуам синдроми);
- кортикобазал дегенерация;
- Альцгеймер касаллигидаги паркинсонизм.

Паркинсонизм клиник асосини учта белгилар мажмуаси ташкил қилади:

1. Титроқ (тремор) стереотипик, ритмик ва статик характерга эга (тинч ҳолатда кучаяди, фаол ҳаракат пайтида камаяди). Кўпроқ қўл ва оёқларнинг дистал қисмларида, пастки жағда кузатилади. Касаллик бошланишида тремор фақат ҳаяжонланганда ёки озгина жисмоний зўриқиш пайтида (қошиқ, ёки пиёла ушлаганда) намоён бўлади. Ривожланган босқичларида эса титроқ «танга санаш» кўринишида кузатилади.

2. Пластик ригидлик - мушаклар тонуси ошиши билан характерланади ва уларнинг пассив тортилиши намоён бўлиб, «тишли гилдирак» белгиси келиб чиқади (Негро синдроми). Паркинсонизм бошланишида ригидлик

фақат пронатор ва супинатор кафт мушакларида кузатилади.

3. Акинезия (гипокинезия) ҳаракат пасайиши намоён бўлиб, меъёрий тезликка эга ҳаракат давом этади. Брадикинезия (ҳаракат илдамлиги камайиши) ёки олигокинезия (ҳаракат сонининг камайиши) кузатилади. Юзда мимика камайиб, ниқобсимон юз ёки гипомимия пайдо бўлади.

Паркинсонизмнинг бошқа муҳим белгиларига қуйидагилар кирди:

- вазият бузилиши – классик вазият, манекен вазияти;
- юриш ўзгариши - бради ёки микробазия кўринишида;
- старт-рефлекс пасайиши, ҳаракат бошланишида турган жойда ҳаракат қилиш ва қўлларнинг ҳамроҳ ҳаракатлари йўқолиши-ахейрокинез;
- нутк бузилиши- монотон нутк, брадилалия ёки тахифазия (баъзан бўғинларни тўсатдан қисқариши). Айрим ҳолларда треморга ўхшаб нутк кузатилади;

- хуснихат ўзгариши - микрография;
- касалликнинг кечки босқичларида постурал нотурғунлик. Беморларда про-, ретро ёки латеропульсия кузатилиб, юрганда тўсатдан бир томонга кетиб қолиш;

- вегетатив бузилишлар - артериал гипотония, себорея, корин дам бўлиши, тиш ва сочларни тўкилиши, тирноқлар синиши, сийдик ажралиши бузилиши (никтурия ёки сийдик тутилиши), вазн йўқотиш, оғрик синдроми - елка бўғимларида, бўйин ва белда, оғрик, паркинсонизмга қарши дорилар бергандан сўнг оғрикнинг камайиши;

- когнитив бузилишлар - хотира, интеллект, фикрлаш пасайиши билан намоён бўлади. Брадифрения (психик жараёнларнинг секинлашуви) ёки акайрия (битта сўзни эзмалик билан такрорлаш) келиб чиқади;

- депрессия, айрим ҳолларда паркинсонизм шаклланишига олиб келади;
- уйку бузилиши инсомния, парасомния (сомнамбулизм) кўринишида;
- беморларда характер ўзгариб, эзма эгоцентризм, таъсирчанлик, брадифрения кузатилади;

- парадоксал кинезиялар - беморлар оғир акинезия фонида тўсатдан қисқа муддатга тез юриши, югуриб кетиши ва рақсга тушиши ёки олдинда кетаётган одам ҳаракатини такрорлаши мумкин.

Ташхислаш

Паркинсонизмни ташхислаш икки босқичда олиб борилади. Биринчи босқичда унинг синдромал ташхисини қўйиш. Паркинсонизм ташки қўриниши бўйича эссенциал тремор, аффектив бузилишлардан (апатия, депрессия, абулия) паратония, истерия, юриш апраксиясидан фаркланади. Иккинчи босқичда нозологик ташхис аниқланади. Бунда паркинсонизм шакллари, босқичи ва кечиши келтирилади.

Паркинсонизм турли шаклларини солиштирма ташхислаш

Бирламчи паркинсонизм учун характерли:

- касаллик бошланиши 50-65 ёш оралиғида;
 - паркинсонизмни учта белгиларидан (акинезия, титрок, ригидлик) камида иккитасининг бўлиши;
 - касаллик бошланишида белгиларни бир томонлама кузатилиши ёки ассиметрия;
 - леводопа дори воситалари билан даволаганда яққол ижобий натижа;
- Иккитамчи паркинсонизм қуйидаги хусусиятларга эга:*
- касалликни ўткир бошланиши ва кейинчалик намоён бўлишини стабиллаштириши ёки босқичма-босқич зўрайиши;
 - тоқсон моддалар билан алоқа борлиги ёки нейролептиклар ва дофаминергик жараёнга таъсир қиладиган бошқа дори воситалари билан даволаниш, бош мияда қон айланишининг бузилиши, бош мия жароҳати, мия гипоксияси;
 - энцефалит ўтказганлиги, кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар фаолияти бузилиши ва диссомния, вертикал қараш фалажи билан;
 - беморларда паркинсонизм синдромидан ташқари пирамидал, миёча ва спинал мотонейрон зарарланиш белгилари;
 - яққол вегетатив ва қон-томирли бузилишлар, жумладан, такрорий синкопа (айниқса, касаллик бошланишида) ҳолатлар.

Қон айланиши бузилиши натижасида кузатиладиган паркинсонизм – гипертония касаллиги, бош мия қон томирлари атеросклерози ёки иккаласи бирга келган ҳолларда келиб чиққан дисциркулятор энцефалопатияларда.

- ▶ цереброваскуляр етишмовчилик;
- ▶ юрак қон-томир дори воситалари билан даволашнинг самандорлиги;
- ▶ КТ ёки ЯМР текширувда ўрта мия тузилмаларида базал тугунлар соҳасида лакунар инфаркт ўчоғи.

Қон айланиши бузилиши натижасида кузатиладиган паркинсонизм, шунингдек, ўткир ёки ўткир ости бош мия қон айланиши бузилишида ҳам кузатилади. Касалликнинг эрта босқичларида ҳаракат координацияси бузилишлари, псевдобульбар синдром ва бошқа пирамидал ҳамда миёча етишмовчилик белгилари кузатилади. Паркинсонизмга хос бўлган тинч ҳолатдаги титрок кузатилмайди.

Токсик паркинсонизм – ўткир ёки сурункали заҳарланишлар - кўпроқ угар газ (СО), сероуглерод, марганец, қўрғошин, метил ёки этил спирти, маргулмиш метилфенилтетрапиридин, таркибида наркотик моддалар бўлган воситалар билан заҳарланишлар натижасида келиб чиқади.

Дорилар таъсиридаги паркинсонизм - бош мия дофаминергик рецепторларини блоклар қўядиган дориларни қўллаш натижасида келиб чиқади. Асосий сабаби нейролептик воситалар, камрок ҳолларда раувольфи, метилдофа (альдомет, допамин), галоперидол, раведорм, шиннаризин, пипольфен, ЯҚНВ, циклоспорин ва бошқа дорилар билан даволаш оқибатида келиб чиқади. Уларга клиник белгиларни тез намоён бўлиши (қун, соат ичида), кўп ҳолларда келтириб чиқарган дори воситалари

бекор қилингандан кейин тесқари таъсир қилиши, ихтиёрсиз ҳаракат - блефароспазм, қараш тоник тутқаноғи, орал гиперкинез, тризм, шунингдек,, бўйин, нафас, диафрагма мушаклари, пароксизмал дистонияси кузатилади.

Постравматик паркинсонизм – бош мия экстрапирамидал тузилмаларини бевосита механик жароҳатланиши ёки гипоксияси, постравматик гидроцефалия натижасида кузатилади. Унинг шаклларида бири Мартланд синдроми (боксчилар постравматик энцефалопатияси) ҳисобланади. Беморларда паркинсонизм белгиларидан ташқари, дизартрия ва атаксия, деменция кузатилади.

Постэнцефалитик паркинсонизм – эпидемик энцефалит асорати сифатида намоён бўлиб, бунда кўзни ҳаракатлантравчи нервлар функцияси бузилиши, гиперсомния кузатилади ва мия устун юқори қисмлари зарарланиши билан характерланади.

Реактив паркинсонизм - тўсатдан кучли руҳий зўриқиш натижасида сабабсиз келиб чиқади ва беморда руҳий зўриқиш ҳолати тўхтаса, паркинсонизм белгилари йўқолади.

Паркинсонизмни даволаш

Паркинсонизмни даволаш консерватив ва жароҳлик усулида олиб борилади.

Консерватив даволаш ўринбосар ва базис муолажалар ёрдамида олиб борилади. Фармакотерапия патогенетик бўлиб, нейронлар дегенерациясини пасайтиришга қаратилган ва умрбод олиб борилади. Унда базал тугунлардаги нейротрансмиттерлар мувозанатини коррекция (дофаминергик активликнинг ошиши ва холинергик активликнинг камайиши билан характерланади) қилинади:

Паркинсонизмга қарши воситаларнинг асосий гурӯҳлари:

▶ антиацетилхолинергик (холинолитиклар) - уларнинг таъсир механизми холинергик стизим функционал фаоллигининг пасайиши билан боғлиқ. Холинолитиклар паркинсонизмнинг эрта босқичларида монотерапия (айникса, ёш беморларда) препарати ҳисобланади. Бевосита титрокка ва камроқ миқдорда ригидлик ва акинезияга таъсир қилади. Амалиётда кўпроқ тригексифенидил (циклодол, паркопан, ромпаркин) кунда 1-2 мг.дан 3 марта тавсия этилади. Баъзан беморда оғиз қуриш, қорин дам бўлиши, сийдик келишининг тутилиши, аккомодация ва руҳий бузилишлар каби ножўя таъсирлар кузатилади;

▶ амантадинлар - таъсир механизми синаптик бўшлиқда дофамин ажралиши ва синтези билан боғлиқ. Улар паркинсонизмни даволашни эрта даврларида монотерапия кўринишида қўлланилади. Аксарият ҳолларда амантадин гидрохлорид(мидантан, симметрел) буюрилади. Оптимал дозаси кунда 300 мг.дан. Шунингдек,, томир ичига РК-Merz 200 мг.дан 3-7 кун давомида қўлланилади. Амантадинларнинг ножўя таъсири косметик характерга эга бўлиб, кўл ва оёқ терилари дистал қисмларида мраморлик кузатилади;

▶ моноаминооксидаза ингибиторлари (МАО) - уларнинг самарадорлиги дофамин оксидловчи парчаланишни тўхтатиши ва антиоксидант таъсир билан боғлиқ. В типидоги МАО селектив ингибиторлари гуруҳига селегилин (депренил, юмекс) киради. Кунда 10 мг.дан (1 таблеткадан 2 марта) буюрилади. Уларни касалликнинг эрта даврларида монотерапия кўрнишида ёки ДОФА препаратлари билан бирга кечки боскичларда қўллаш мумкин;

▶ дофамин рецепторлари агонистлари турли хил физик ва кимёвий хусусиятга эга бўлган Д1, Д2, Д3 рецепторларини специфик рағбатлантиради ва дофамин синтези ва ажралишига таъсир қилади. Амалиётда бромокриптин (достинекс, лизурид, перголид) кунда 15-25 мг ва неэрголин ҳосилалари (ропинерол, проноран, мирапекс) қўлланилади;

▶ катехол-О-метилтрансфераза ингибиторлари - таъсир механизми леводопани парчалайдиган фермент микдорини камайтириш билан боғлиқ. Ушбу гуруҳга энтакапон ва толкапон киради ва 400 мг.дан қўлланилади. Катехол-О-метилтрансфераза ингибиторлари монотерапия кўринишида кам самара беради. ДОФА препаратлари билан биргаликада қўллаш кунлик ва бир марталик дозани камайтириш имконини беради;

▶ ДОФА сакловчи препаратлар - улар амалиётда 1969 йилдан қўлланилади. Ҳозирги даврда ушбу гуруҳ паркинсонизмни даволаш асосий гуруҳ воситалари ҳисобланиб, бемор аҳволига ижобий таъсир кўрсатади. Сўнгги йилларда амалиётда уларда қуйидаги 2 та авлоди қўлланилади:

▶ тоза леводопа сакловчи (леводопа, допафлекс);

▶ леводопа периферик ДОФА-декарбоксилаза ингибиторлари билан биргаликда (карбидопа, ва бенсеразид) гематоэнцефалик осон ўтайдиган препаратлар. Уларга- синемет (наком), таркибида 250 мг. леводопа ва 25 мг. бенсеразид, 1:10 нисбатда, максимал кунлик дозаси 3-4 таблетка; мадопар - 125 (10 мг. леводопа ва 25 мг. бенсеразид, 4:1 нисбатда) мадопар - 250 (200 мг. леводопа ва 50 мг. бенсеразид, 4:1 нисбатда) киради.

Жарроҳлик усули - консерватив даво самарасиз бўлганда, паллидотомия, таламотомия, рангсиз шарга, таламусга, субталамик ядрога мия ичи стимуляторлари ўрнатиш каби жарроҳлик амалиётлари қўлланилади.

Ташхис қўйиш намуналари

✓ Паркинсон касаллиги, эрта бошланиши, акинетико-ригидлик шакли, IV функционал боскич;

✓ Паркинсон касаллиги, ригид-титрок шакли, III функционал боскич тез проградия кечиши, дори дискинезиялари хоресатетоз гиперкинез формасида;

✓ Дисциркулятор энцефалопатия II боскич, гипертония касаллиги III боскич фониди, паркинсонизм синдроми, акинетико-ригидлик шакли, II функционал боскич проградия релативланувчи кечиши.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Артемьев Д.В., Дамулин И.В., Терновой С.К. и др. Магнитно-резонансная томография головного мозга при болезни Паркинсона. //Журнал невропатолог. и психиатр.-1993.-№6.-С.27-29.
2. Артемьев Д.В., Яхно Н.Н. Этиология и патогенез болезни Паркинсона.//Рус. мед.журнал.-2001.-№9.-С.4-9.
3. Вейн А.М., Голубев В.Л., Берзыньш Ю.Э. Паркинсонизм.-Рига, 1981.
4. Иллариошкин С.Н. Паркинсонизм с ранним началом.//Атмосфера. Нервные болезни.-2006.-№3.-с. 14-20.
5. Левин О.С. Сосудистый паркинсонизм.//Неврологический журнал, №4, 1997.- С.42-51.
6. Левин О.С., Федорова Н.В., Шток В.Н. Дифференциальная диагностика паркинсонизма.// Журнал невропатолог. и психиатр.-2003.-№2.-С.54-60.
7. Литвиненко И.В. Болезнь Паркинсона. СПб 2006.
8. Маджидов Н.М., Маджидова Ё.Н., Кенджаева Г.С. и др. Вегетативные нарушения при сосудистом паркинсонизме. //Неврология.-2003.-№3-4.-С.27.
9. Пономарев В.В., Антонов И.П., Пономарева Е.Н. Паркинсонизм (Клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Минск. 2001.
10. Селихова М.В., Пятницкий А.Н., Аристова Р.А. и др. Дифференцированный подход к лечению пациентов с болезнью Паркинсона в раннем периоде. // Журнал невропатолог. и психиатр.-2004.-№4.-С.24-29.
11. Чехонин В.П., Баклаушев В.П., Дмитриева Т.Б. Моделирование болезни Паркинсона и объективизация дисфункции nigrostriарной системы.// Журнал невропатолог. и психиатр.-2004.-№1.-С.59-68.
12. Якимовский А.В., Пушнова Е.А., Ахмедова С.Н., Автономов В.В. Молекулярно-генетические и токсико-экологические основы этиологии и патогенеза болезни Паркинсона (паркинсонизма). // Журнал невропатолог. и психиатр.-1997.-№4.-С.69-73.
13. Jankovic J., Rajput A.H, McDermott M.P. et al. The evolution of diagnosis in early Parkinson's disease. Parkinson Study Group. // Arch. Neurol., 2000. - V. 57. - P. 369-372.
14. Koller W.C, Pahwa R., Lyons K.E. et al: Surgical treatment of Parkinson's disease // J Neurol Sci 167: 1, 1999
15. Mnchau A., Bhatia K.P. Pharmacological treatment of Parkinson's disease. Postgrad // Med. J. 2000; 76 (October): 602-610.
16. Muller J., Wenning G.K., Jellinger K. et al. Progression of Hoehn and Yahr stages in parkinsonian disorders: a clinicopathologic study. // Neurology, 2000. - V. 55. - P.
17. Waters C.H. Diagnosis and management of Parkinson's disease. 1999 - 240 P.
18. Zesiewicz T., Baker M.J., Wahba M. et al, Autonomic nervous system dysfunction in Parkinson's disease. // Current Treatment Options in Neurology, 2003. - V. 5. - P. 149-160.

АМАЛИЁТДА КЕНГ ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ҚЎШИМЧА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИНИНГ МЕЪЁРИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ

1-жадвал

Периферик қоннинг меъерий кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Бирлиги	СИ бирликда
Гемоглабин: эркаklar	13 – 17,5 г %	130 – 175 г/л (2,02 – 2,71 ммоль/л)
аёллар	12 – 16 г %	120 – 160 г/л (1,86 – 2,48 ммоль/л)
Эритроцитлар: эркаklar	1 мкл да 4,0 – 5,6 млн	$4 \cdot 10^{12}$ – $5,6 \cdot 10^{12}$ /л
аёллар	1 мкл да 3,4 – 5,0 млн	$3,4 \cdot 10^{12}$ – $5,0 \cdot 10^{12}$ /л
Ранг кўрсаткич	0,86 – 1,1	0,86 – 1,1
Лейкоцитлар ¹ : эркаklar	1 мкл да 4300 – 11 300	$4,3 \cdot 10^9$ – $11,3 \cdot 10^9$ /л
аёллар	1 мкл да 3200 – 10 200	$3,2 \cdot 10^9$ – $10,2 \cdot 10^9$ /л
1 мкл қондаги ² тромбоцитлар сони	180 000 – 320 000 ²	$180 \cdot 10^9$ – $320 \cdot 10^9$ /л
Ретикулоцитлар	2 – 12 %	0,5 – 1,2 %
ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги) ³ : эркаklar	1 – 14 мм / ч	
аёллар	2 – 20 мм / ч	
Гематокрит сони (қондаги шакланган элементларнинг умумий ҳажми): эркаklar	40 – 54 %	
аёллар	36 – 42 %	

Эслатма: ¹ Кун давомидаги лейкоцитлар сони (максимал – кечки соатларда); унинг ошиши – жисмоний меҳнатда, руҳий зўриқишда, оксилли овқатларни кўп истеъмол қилганда ва атроф-муҳит ҳароратининг кескин ўзгаришида кузатилади.

² Симпато-адреналин тизимининг кўзғалиши ва жисмоний машқлар кўрсаткични ўзгартиради.

³ Ҳомиладорлик пайтида, зардоб юборилгандан кейин ва очликда ошади.

2-жадвал

Лейкоцитлар формуласи

Хужайралар	%	1 мкл қондаги хужайра сони (минг)	СИ бирликда
Миелоцитлар	0	0	
Метамиелоцитлар	0	0	
Нейтрофиллар: таёқчайдролари	1 – 6	40 – 300	$0,04$ – $0,3 \cdot 10^9$ /л

сегментядроли	47 – 72	2000 – 5500	$2 - 5,5 \cdot 10^9/\text{л}$
Эозинофиллар ¹	0,5 – 5	20 – 300	$0,02 - 0,3 \cdot 10^9/\text{л}$
Базофиллар	0 – 1	0 – 65	$0 - 0,65 \cdot 10^9/\text{л}$
Лимфоцитлар	19 – 37	1200 – 3000	$1,2 - 3 \cdot 10^9/\text{л}$
Моноцитлар	3 – 11	90 – 600	$0,09 - 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$

¹ Кўпроқ паст бўлиши – эрталаб:

¹ Максимал – тунда

Эритроцитлар	Бирлиги
Эритроцитларнинг осмотик турғунлиги: минимал	0,48 – 0,46 %
максимал	0,34 – 0,32 %
янги қонда ўртача	0,20 – 0,40 %
қон давомида инкубирланган	0,20 – 0,65 %
Эритроцитларнинг ўртача ҳажми	$76 - 96 \text{ мк}^3$ $76 - 96 \text{ фл}^1$
1 эритроцитдаги ўртача гемоглабинлар тўплами	$27 - 33,3 \text{ пг}$ $0,42 - 0,52 \text{ фмоль/}$ эритр.
1 эритроцитдаги ўртача гемоглабинлар концентрацияси	$30 - 38 \%$ $4,65 - 5,89 \text{ ммоль/эритр.}$
Эритроцитлар диаметри	$5 - 6,9 \text{ мкм} - 12,5 \%$
	$7 - 8 \text{ мкм} - 75\%$
	$8,1 - 9 \text{ мкм} - 12,5\%$

¹ фл – фентолитр (10^{-13} л)

3 – жадвал

Фибринолиз ва қон ивиш тизими

Кўрсаткичлар	Бирлиги
Қон ивиш вақти:	5 – 10 минут
веноз	Бошланиши – 30 дақиқа – 2 минут,
капилляр	охири – 3 – 5 минут
Қон кетиш вақти	4 минутдан кўп эмас
Тромбоэластография: реакция вақти (R)	5 – 7 минут
коагуляция вақти (K)	3 – 5 минут

максимал амплитуда (МА)	45 – 55 минут
Плазмадаги рекальцификация вақти	60 – 120 дақиқа
Цитрат плазманинг гепаринга чидамлилиги	10 – 16 минут
75 % одамларда	10 – 14 минут
90% одамларда	10 – 16 минут
Оксалат плазманинг гепаринга чидамлилиги	7 – 15 минут
Плазманинг протаминсульфатга чидамлилиги	7 – 9 дақиқа
Плазманинг протромбин (тромбопластин) вақти	Индекс 90–105% ёки 12–20 дак.
Капилляр қоннинг протромбин (тромбопластин) вақти	Индекс 93–107 %
Антитромбин фаоллик	90 – 110 %
Протромбинга мухтожлиги	80 – 100 %
Плазманинг фибринолитик фаоллиги	3 – 4 соат
Плазмадаги фибриноген (тарозида ўлчаш усули)	200 – 400 мг% (2 – 4 г/л) ¹
Плазмадаги фибриноген (колориметрик усули)	250 – 300 мг% (2,5 – 3 г/л) ¹
Плазмадаги фибриноген (Рутберг буйича)	8 – 13 мг/мл (8 – 13 г/л) ¹
Плазмадаги фибриноген В	Аникланмайди
Фибринолитик омил (XIII)	40 – 50 бирл.
Тромбопластин генерацияси синамаси (плазма, тромбоцитлар, зардоб)	7 – 12 дақиқа
II омил концентрацияси (протромбин)	85 – 110 %
V омил концентрацияси (проакцелерин)	85 – 110 %
VIII омил концентрацияси	80 – 100 %
X омил концентрацияси	60 – 130 %
VII омил концентрацияси	65 – 135 %
Фибрин деградацияси маҳсулоти	Реакция манфий
Кисман фаоллашган тромбопластин вақти	35 – 50 дақиқа
Плазмадаги фибриномономернинг эриган комплекси	0,35 – 0,47 бирл.
Тромбоцитлар адгезивлиги	25 – 55 %

¹ Қавс ичида кўрсаткичлар СИ бирлигида келтирилган

БИОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛЛАР

4-жадвал

Оқсил ва оқсил фракциялари

Кўрсаткичлар	Бирлиги	СИ бирлигида
Қон зардобдаги умумий оқсил	6,5 – 8,5 г %	65 – 85 г/л
Альбуминлар	4 – 5 г %	40 – 50 г/л
Глобулинлар	2 – 3 г %	20 – 30 г/л
Фибриноген	0,2 – 0,4 г %	2 – 4 г/л

5-жадвал

Оқсил фракциялари¹

Кўрсаткичлар	А.А.Покровский (1969), нисб.%	Ф.И.Комаров ва б. (1982) нисб.%	В.Г.Колб ва б. (1976) (n=100)		
			нис. %	г %	СИ – г/л
Альбуминлар	56,6 – 66,8	51 – 61,5	61,5±0,7	4,97±0,07	49,7±0,7
Глобулинлар:					
α1	3 – 5,6	3,6 – 5,6	5,5±0,21	0,45±0,02	4,5±0,2
α2	6,9 – 10,5	5,1 – 8,3	6,7±0,20	0,56±0,02	5,6±0,2
β	7,3 – 12,5	9 – 13	9,2±0,24	0,76±0,02	7,6±0,2
γ	12,8 – 19	15 – 22	16,8±0,34	1,39±0,03	13,9±0,3

¹ Қонда 100 хилга яқин турли хил оқсил компонентлари мавжуд; коғозда ўтказилган электрофорез ёрдамида 5 та, агар гелида – 7 – 8, крахмал гелида – 16 – 18, иммуноэлектрофорез усулида – 30 дан кўп фракциялар фарқланади.

Диспротеин синамаларининг меъёрӣй кўрсаткичлари

Вельтман синамаси 0,4 – 0,5 мл Са эритмаси (5 – 7 пробиркада)

Сулема синамаси 1,6 – 2,2 мл симобли дихлоридда

Тимол синамаси 0 – 4 ед.

Қолдик азот ва унинг таркибий қисмлари

Кўрсаткичлар	мг / 100 мл	СИ бирлигида	Барча қолдик азотдаги унинг қолган таркибий қисмлари %
Қолдик азот	20 – 40	7,06 – 14,1 ммоль/л	100
Мочевина	20 – 40	3,3 – 6,6 ммоль/л	50 (46 – 60)
Азот аминокислот	2,0 – 4,3	1,43 – 3,07 ммоль/л	25
Сийдик кислота	2 – 6,4	0,12 – 0,38 ммоль/л	4
Креатин: эркаклар	0,2 – 0,7	13 – 53 мкмоль/л	5
аёллар	0,4 – 0,9	27 – 71 мкмоль/л	2,5
Креатинин: эркаклар	1 – 2	0,088 – 0,177 ммоль/л	
аёллар	0,5 – 1,6	0,044 – 0,141 ммоль/л	
Аммиак	0,03 – 0,06	21,4 – 42,8	
Қолган оксилсиз моддалар (полипептид, нуклеотид ва б.)			13
Ксантопротеин реакцияси	20 бирл.		
Креатин: қонда	3 – 4 мг %	229 – 305 мкмоль/л	
плазмада	1 – 1,5 мг %	76,3 – 114,5 мкмоль/л	
Қондаги азот мочевина (мочевина: 2,14)	9 – 14 мг %	3,18 – 4,94 ммоль/л	

Липидларнинг плазмадаги таркибий қисми

Липидлар фракцияси	Бирлиги	СИ бирлигида
Умумий липидлар ¹	350 – 800 мг %	4,6 – 10,4 ммоль/л
Фосфолипидлар	150 – 380 мг %	1,95 – 4,9 ммоль/л
Липидли фосфор	6,1 – 14,5 мг %	1,97 – 4,68 ммоль/л
Нейтрал ёғлар	0 – 200 мг %	
Триглицеридлар (қон зардобиди ²)	50 – 150 мг %	0,565 – 1,695 ммоль/л

Эстерифицирланган ёғ кислотаси	20 – 50 мг %	0,71 – 1,75 ммоль/л
Эркин ёғ кислотаси	0,3 – 0,8 мэкв/л	0,3 – 0,8 мкмоль/л
Умумий холестерин ²	120 – 250 мг %	3,11 – 6,48 ммоль/л
Эркин холестерин	40 – 90 мг % (умумийдан 30 – 40 %)	1,04 – 2,33 ммоль/л
Холестерин эфирлари	90 – 135 мг %	2,33 – 3,49 ммоль/л
Эркин холестерин/холестерин эфири=0,55-0,60	(умумийдан 60 – 70 %)	
α-Липопротеид (25-30%) (юқори зичликли липопротеидлар)	220 мг %	2,2 г / л
эркаклар	125 – 425 мг %	1,25 – 4,25 г / л
аёллар	250 – 650 мг %	2,5 – 6,5 г / л
β-Липопротеидлар (65-75 %) (паст зичликли липопротеидлар)	300 – 450 мг % 35 – 55 бирл. оптик зичлиги (турбидиметрик усул)	3 – 4,5 г / л

¹ Наҳорда текширилиши лозим

² Ўзгариши ёшга боғлиқ

8-жадвал

Ёшга боғлиқ ҳолда қон зардобдаги умумий холестерин миқдори

Ёши, йилларда	Миқдори (Keys et al., 1950)		Ёши, йилларда	Миқдори (Fredrickson et al., 1967)	
20	101 – 189	2,6 – 4,9	0 – 19	120 – 230	3,1 – 5,9
30	108 – 218	2,8 – 5,7	21 – 29	120 – 240	3,1 – 6,2
40	128 – 237	3,3 – 6,2	30 – 39	140 – 270	3,6 – 7,02
50	145 – 270	3,8 – 7,02	40 – 49	150 – 310	3,9 – 8,06
60	165 – 258	4,3 – 6,7	50 – 59	160 – 330	4,2 – 8,9
70	129 – 246	3,4 – 6,4			

9-жадвал

Қон зардобдаги липопротеидлар таркиби

Таркиби	Липопротеидлар типи			Хиломикронлар
	ЮЗЛП	ПЗЛП	ЖПЗЛП	
Нисбий зичлиги	1063 – 1210	1010 – 1063	1010 – 930	930

Молекуляр масса	180 – 380 минг	2 200 000	3 – 128 млн	—
Хамма оксиллар (%)	50 – 57	21 – 22	5 – 12	2
Хамма липидлар	43 – 50	78 – 79	88 – 95	98
Эркин холестерин (%)	2 – 3	8 – 10	3 – 5	2
Эстерифицирланган холестерин (%)	19 – 29	36 – 37	10 – 13	4 – 5
Фосфолипидлар (%)	22 – 24	20 – 22	13 – 20	4 – 7
Холестерин (умумий): Фосфолипидлар, %	1,0	2,3	0,9	1,1
Триглицеридлар, %	4 – 8	11 – 12	50 – 60	84 – 87

10-жадвал

Қонда углевод алмашинувнинг меъерий кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Бирлиги	СИ бирлигида
Қондаги гликоген	12 – 21 мг %	
Қондаги канд: Хагедор-Йенсен усули ¹ қонда	80 – 120 мг % улардан: ~ 15 – 30 мг % - редуцирланган модда	4,44 – 6,66 ммоль/л
плазмада	55 – 95 мг % - глюкоза	3,05 – 5,27 ммоль/л
Ортолуидин усули ² : қонда	60 – 100 мг %	3,33 – 5,55 ммоль/л
плазмада	60 – 100 мг %	3,33 – 6,1 ммоль/л
Гликозирилган гемоглабин:	4 – 6 %	
ҚД компенсация даврида	7 % гача	
ҚД декомпенсация даврида	7 % дан куп	
Глюкозооксидаз усули ³ : Қондаги глюкоза миқдори	56 – 94 мг %	3,10 – 5,21 ммоль/л
Плазма ва зардобдаги глюкоза	55 – 100 мг %	3,05 – 5,55 ммоль/л
Фруктоза	0,1 – 0,5 мг %	0,56 – 2,77 ммоль/л
Зардобдаги галактоза	2 – 17 мг %	0,11 – 0,94 ммоль/л
Сут кислотаси	9 – 16 мг %	0,99 – 1,78 ммоль/л

Пировиноград кислотаси	0,4 – 0,8 мг %	45,6 – 91,2 ммоль/л
Ацетон	Йўқ	
β-оксимасляная кислота	2,5 – 6 мг %	0,43 – 1,033 ммоль/л

¹ Текширув усули носпецифик: глюкозадан ташқари глутатион, креатинин, суг кислотаси, аскорбин ҳамда глюкоурон кислоталари ва бошқа кўрсаткичларни аниқлаши мумкин.

² Тўлиқ специфик эмас.

³ Специфик усул, аммо 3 кун олдин аскорбин кислотаси ва тетрациклин каторидаги антибиотиклар қабул қилишни тўхтатиш лозим.

11-жадвал

Углевод сақловчи оксиллар ва уларнинг қондаги таркибий қисмлари

Кўрсаткичлар	Бирлиги	СИ бирлигида
Гликопротеидлар	120 – 160 мг %	1,2 – 1,6 г/л
Серомукоид: таркибида гексоз бўлган	22 – 28 мг %	0,22 – 0,28 г/л
турбидиметрик усул	0,13 – 0,20 мг %	
Сиал кислотаси	135 – 200 шартли бирликда 62 – 73 мг % N-ацетилнейрамин кислота	2,0 – 3,36 ммоль/л

12-жадвал

Қондаги пигмент алмашинувининг меъёрий кўрсаткичлари

Умумий билирубин	0,65 (0,5 – 1,2) мг %	11,12 (8,6 – 20,5) мкмоль/л
Богланган билирубин	0,15 мг %	2,57 мкмоль/л
Богланмаган билирубин	0,50 мг % (умумийнинг 75 %)	8,6 мкмоль/л

13-жадвал

Қондаги минерал алмашинувининг меъёрий кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Бирлиги	СИ бирлигида
Зардобдаги кальций	9 – 12 мг % (4,5 – 6 мэкв/л)	2,25 – 3,0 ммоль/л
Қон зардобдаги магний	1,7 – 2,4 мг % (1,5 – 2,0 мэкв/л)	0,70 – 0,99 ммоль/л
Зардобдаги хлор иони	340 – 390 мг % (95 – 110 мэкв/л)	95,9 – 109,9 ммоль/л

Зардобдаги ноорганик фосфор	2 – 4 мг % (1,2 – 2,3 мэкв/л)	0,65 – 1,30 ммоль/л
Зардобдаги темир	70 – 170 мкг %	12,5 – 30,4 мкмоль/л
Эркин трансферрин	0,150 – 0,230 мг %	0,0015 – 0,0023 г/л
Умумий трансферрин	0,300 – 0,400 мг %	0,0030 – 0,0040 г/л
Зардобдаги мис	70 – 140 мкг %	11,02 – 22,04 мкмоль/л
Церулоплазмин	27 ± 1,44 мг %	0,27 ± 0,014 г/л
Калий: плазмадаги	13,6 – 20,8 мг% (3,48–5,3 мэкв/л)	3,48 – 5,3 ммоль/л
эритроцитлардаги	305 – 374 мг % (77,8–95,7 мэкв/л)	77,8 – 95,7 ммоль/л
Натрий: плазмадаги	300 – 360 мг% (130,5–156,6 мэкв/л)	130,5 – 156,6 ммоль/л
эритроцитлардаги	31 – 50 мг % (13,48 – 21,75 мэкв/л)	13,48 – 21,75 ммоль/л
Литий	0,35 – 1,4 мг % (0,5 – 2 мэкв/л)	0,5 – 2 мкмоль/л

14-жадвал

Қоннинг кислота-асос ҳолати кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	СИ бирлигида
Водород иони концентрацияси (рН): эркаклар	7,36 – 7,42
аёллар	7,37 – 7,42
Парциал босим CO ₂ (рCO ₂): эркаклар	35,8 – 46,6 мм сим. уст.
аёллар	32,5 – 43,7 мм сим. уст.
Буфер асоси (ВВ)	44,9 – 51,9 мэкв / л қонда
Асоснинг ортиқчилиги (ВЕ): эркаклар	2,4 – 2,3 мэкв / л қонда
аёллар	3,3 – 1,2 мэкв / л қонда
Стандарт бикарбонат (SB)	18,8 – 24,0 мэкв / л плазмада
Ҳақиқий бикарбонат (AB)	21,3 – 24,8 мэкв / л плазмада
Умумий CO ₂	21 – 26 мэкв / л плазмада

Қондаги ферментлар фаоллигининг меъёрий кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Бирлиги	СИ бирлигида
Қон зардобидаги α – амилаза	12 – 32 мг крахмал / (мг·соат)	12 – 32 г / (соат · л)
Аспаратаминотрансфераза	8 – 40 бирл.	0,1 – 0,45 ммоль / (соат·л)
Аланинаминотрансфераза	5 – 30 бирл.	
Умумий лактатдегидрогеназа	0,8 – 4,0 мкм пируват / (мг·соат)	0,1 – 0,68 ммоль / (соат·л)
Мочвиностабил лактатдегидрогеназа	Умумий 25 – 36 %	0,8 – 4,0 ммоль / (соат·л)
Холинэстераза	160 – 340 мкм уксус кислота / (мг·соат)	
γ -Глютамилтранспептидаза		160 – 340 ммоль / (соат·л)
Липаза	0,28 МЕ /л	
Умумий ишқорий фосфатаза	1 – 3 мкмоль паранитрофенол / (мг·соат)	0,6 – 3,96 ммоль / (соат·л)
Умумий ишқорий фосфатаза	0,5 – 1,3 мкмоль ноорганик фосфор / (мг·соат)	
Ишқорий фосфатаза изоферментлари	Умумийнинг 20 % гача	1,0 – 3,0 ммоль / (соат·л)
Умумий нордон фосфатаза	0,025 – 0,12 мкмоль ноорганик фосфор / (мг·соат)	
Трипсин	1 – 4 мкмоль / (мл·мин)	
Фруктозо-1-фосфатальдолаза	0 – 1 бирл.	
Фруктозо-1,6-фосфатальдолаза	3 – 8 бирл.	
Сорбитолдегидрогеназа	0 – 0,02 мкмоль / (мг·соат)	
Эритроцитлардаги глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа	Манфий	60 – 240 мкмоль / (мл·соат)
Умумий креатинфосфокиназа	10 – 110 МЕ	
КФК изоферментлари: ВВ	Йўқ	0,60 – 66 ммоль
МВ	Умумий 4 – 6 %	ноорганик фосфор /
ММ	Умумий 94 – 96 %	(соат·л)

**Ўпка вентиляциян фаолияти асосий кўрсаткичларининг
меъёрий ва патологик ҳолатлардаги даражалари(%)**

Кўрсаткичлар	Меъёр	Ўзгаришлар		
		Ўртача	сезиларли	кескин
ЎТС	> 90	84 – 70	69 – 50	< 50
ЖНХ1	> 85	74 – 55	54 – 35	< 35
ЖЧНХ1/ЎТС	> 65	59 – 50	49 – 40	< 40
ЎМВ	> 85	75 – 55	54 – 35	> 35
ЎУС	90 – 110	116 – 125	125 – 140	> 140
МХТ25	Э > 81,6	69,8 – 52,8	52,8 – 35,9	< 35,9
	А > 80,0	67,2 – 41,8	41,8 – 33,3	< 33,3
МХТ50	Э > 77,2	62,6 – 32,6	32,6 – 22,7	< 22,7
	А > 76,1	60,8 – 30,8	30,8 – 20,8	< 20,8
МХТ75	Э > 72,4	54,8 – 41,1	41,1 – 27,4	< 27,4
	А > 72,7	55,3 – 41,6	41,6 – 27,9	< 27,4

Эслатма: ЎМВ-ўпка максимал вентиляцияси; ЎУС - ўпканинг умумий сигими; Э-эркаклар; А-аёллар.

-ЎЖЖС – ўпканинг жадаллашган ҳаётий сигими 25% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик (МХТ25) – йирик бронхлар ўтказувчанлиги.

-ЎЖЖС 50% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик (МХТ50) – ўрта бронхлар ўтказувчанлиги

-ЎЖЖС 75% чиқарилгандан кейинги максимал ҳажмий тезлик (МХТ75) – майда бронхлар ўтказувчанлиги

**Вентиляция бузилишларининг турлари ва
уларда кўрсаткичларининг ўзгариши**

Вентиляция бузилишларининг турлари	Кўрсаткичларининг ўзгариши
Обструктив	ЎТС > ЖЧНХ1 > ЖЧНХ1/ЎТС
Рестриктив	ЎТС < ЖЧНХ1 < ЖЧНХ1/ЎТС
Аралаш	ЎТС = ЖЧНХ1 < ЖЧНХ1/ЎТС

Ошқозон шираси таркибининг меъёрий кўрсаткичлари

Секреция кўрсаткичлари	Секреция турлари			
	Базал	Кейингиси	Субмаксимал	Максимал
Ширани ҳажми, мл	50 - 100	50 – 110	100 – 140	180 – 200

Умумий кислоталик, ммоль/л	40 – 60	40 – 60	80 – 100	100 – 120
Эркин хлорид кислота, ммоль/л	20 – 40	20 – 40	65 – 85	90 – 110
Боғланган хлорид кислота, ммоль/л	10 – 15	10 – 15	10 – 15	10 – 15
Умумий хлорид кислота маҳсулоти, кислотанинг дебит-соати, ммоль мг	1,5 – 5,5	1,5 – 6,0	8 – 14	18 – 26
	55 – 200	60 – 220	300 – 500	650 – 950
Эркин хлорид кислотанинг дебит-соати, ммоль мг	1 – 4	1 – 4,5	6,5 – 12	16 – 24
	40 – 150	40 – 160	250 – 540	600 – 900
Пепсин Туголуков бўйича: концентрация, мг/л	200 – 400	200 – 450	500 – 650	500 – 750
Дебит-соат, мг	10 – 40	10 – 50	50 – 90	90 – 160

19-жадвал

Дуоденал зондлашни меърадаги лаборатор кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Секреция фазалари				
	1. А ўт суюқлиги, дуоденал ўт суюқлиги	2. Одди сфинктерини ёпилиш фазаси	3. А1 ўт суюқлиги, пуфакли рефлюксни яширин даври	4. В ўт суюқлиги, пуфакли ўт	5. С ўт суюқлиги, Жигар ўт суюқлиги
Давомийлиги, минут	10 – 15	4 – 6	3 – 6	20 – 30	30 гача
Микдори, мл	10 – 20	—	4 – 6	30 – 60	—
Зичлиги	1008 – 1012	—	—	1016 – 1034	1007– 1010
Тиниклиги	Бироз ялтираган	—	Бироз ялтираган	Тиник	Тиник

Рангги	Сарик-тиллеранг	—	Сарик-тиллеранг	Жигарранг, зайтун ранг	Оч – лимон рангда
Микроскопия	Лейкоцитлар ва эпителиал хужайралар – кўрув майдонида якка	—	Лейкоцитлар йўқ ёки кўрув майдонида якка	Кўрув майдонида лейкоцитлар 10 гача	Лейкоцитлар ва эпителиал хужайралар – кўрув майдонида якка
Липопротсинли (липидли) комплекс, г / л	1120 – 1480	—	—	6600 – 7300	2400– 2900
Билирубин, ммоль/л	0,34 – 0,42	—	0,51 – 1,02	3,4 – 6,8	0,17 – 0,34
Холестерин, ммоль/л	1,3 – 2,8	—	—	5,2 – 15,6	1,1 – 3,1
Холатлар, ммоль/л	17,4 – 52,0	—	—	57,2 – 184,6	13,0 – 57,2
Холато/холестеринли коэффициент	6,5 – 6,7	—	—	8,0	6 – 7
Дифениламин синамаси, бирлик.	—	—	—	0,069–0,079	0,037 –0,073
Трипсин 180 – 1800 ммоль/соат-л; уробилин йўқ					

20-жадвал

Плеврадаги экссудат ва транссудатга хос бўлган ўзгаришлар

Белгилари	Экссудат	Трассудат
Касаллик белгилари	Ўткир	Аста - секин
Кўкрак кафасидаги отриклар	Характерли	Характерли эмас
Тана ҳароратининг ошиши	Характерли	Характерли эмас
Умумий лаборатор белгилари (ЭЧТ ошиши, биохимик яллиғланиш белгилари)	Характерли ва жуда яққол	Характерли эмас, баъзан суст бўлиши мумкин
Суюкликнинг ташқи кўриниши	Ҳира, лимон-сарик рангда (серозли ва сероз-фибриноз экссудат), баъзан геморагик, йирингли, хидли	Тиник, бироз сарик, хидсиз

Оқсил	> 30 г / л	< 20 г / л
Плеврал суюқликдаги оқсил/ кон плазмасидаги оқсил	> 0,5	< 0,5
ЛДГ	> 200 ЕД/л ёки > 1,6 г/л	< 200 ЕД/л ёки < 1,6 г/л
Плеврал суюқликдаги ЛДГ/ кон плазмасидаги ЛДГ	> 0,6	< 0,6
Глюкоза микдори	< 3,33 ммоль/л	< 3,33 ммоль/л
Нисбий зичлиги	> 1,018 кг/л	< 1,015 кг/л
Суюқликдаги холестерин/кон зардобдаги холестерин	> 0,3	< 0,3
Ривальт синамаси	Мусбат	Манфий
Лейкоцитлар сони	> 1000 1 мм ³	< 1000 1 мм ³
Эритроцитлар сони	Ўзгарувчан	< 5000 1 мм ³
Цитологик текшириш	Кўпроқ нейтрофил лейкоцитоз	Кўп бўлмаган мезотелийлар

21-жадвал

Турли касалликларда плевра суюқлигида кузатиладиган ўзгаришлар

Плеврал суюқлик турлари	Касалликлар
Транссудат	Юрак етишмовчилиги, ўткир гломерулонефрит, нефротк синдром, Жигар циррози, микседема, сўрилиш етишмовчилиги синдроми.
Сероз-фиброзли экссудат	Парапневмоник плеврит, ўпка сили, плевра карциноматози, ўпка артерияси тромбоземболияси (ўпка инфаркти), кўкрак ичи лимфа тугунлари шикастланишидаги ёмон сифатли лимфома, диафрагма ости абсцесси, панкреатит, сурункали актив гепатит, СКЮ, ревматоид артрит, плевра мезотелиомаси, ўпка саркоидози, Дресслер синдроми.
Геморрагик экссудат	Плевра карциноматози, ўпка инфаркти, плевра мезотелиомаси, панкреатит, терминал буйрак етишмовчилиги.

Йирингли экссудат	Парапневмоник плеврит ва метапневмоник плеврит (плевра эмпиемаси), экзоген плеврит (травматик, операциядан кейинги), диафрагма ости абсцесси.
Ёғли экссудат	Кўкрак қафасидаги лимфа тутунларининг ёрилиши (травмалар, кўкрак қафаси операциялари, ёмрн сифатли ўсмалар ва лимфомаларда кўкрак ичи лимфа тутунларини шикастлаши).

22-жадвал

Эхокардиограммада кузатиладиган меъёрий кўрсаткичлар

Кўрсаткичлар	Ўлчами
Диастола охирида ўнг қоринча бўшлиғи	0,9 – 2,6 см
Чап бўлмача бўшлиғи (қоринча систоласига ўтишида)	1,9 – 4 см
Диастола охирида чап қоринча бўшлиғи	3,5 – 5,7 см
Чап қоринча орқа девор қалинлиги	0,9 – 1,1 см
Чап қоринча орқа деворнинг систолик ҳаракатдаги амплитудаси	0,9 – 1,4 см
Қоринчалараро тўсик	0,8 – 1,0 см
Чап қоринча оғирлиги	120 – 150 г
Чап қоринчанинг охириги диастолик ўлчами	4,5 – 5,5 мл
Чап қоринчанинг охириги диастолик ҳажми	92 – 177 мл
Чап қоринчанинг охириги систолик ўлчами	2,8 – 4,0 мл
Чап қоринчанинг охириги систолик ҳажми	62 – 88 мл
Зарб ҳажми	30 – 89 мл
Чап қоринчанинг қон отиб бериш кўрсаткичи	55 – 70%
Митрал қопқоқчада фиброз, кальциноз, вегетация, пролапс	—
Митрал тешик юзаси	4 – 6 см ²
Сепарация (расхождение) створок	2,3 – 2,8 см
Аортал қопқоқчада фиброз, кальциноз ва вегетация	—
Аортал қопқоқчани систолик даврида очилиши	1,6 – 2,0 см
Аорта илдизи диаметри	1,6 – 2,6 см
Аорта равоғи диаметри	2,0 – 3,7 см

Уч тавақали копоқчада фиброз	—
Ўпка артериясида клапан фибрози	—
Чап бўлмача диаметри	2,8 – 3,5 см
Ўнг қоринча диаметри	3,5 – 3,9 см
Ўнг қоринча олдинги девори	0,5 см гача

23-жадвал

**Допплерэхокардиографияда оқим тезлигининг
меъёрий кўрсаткичлари**

Катгаларда	Болаларда	Структурани текшириш
Митрал клапан	1,0 (0,8 – 1,3)	0,9 (0,6 – 1,3)
Уч тавақали клапан	0,6 (0,5 – 0,8)	0,5 (0,3 – 0,7)
Ўпка артерияси	0,9 (0,7 – 1,1)	0,75 (0,6 – 0,9)
Чап қоринча	1,0 (0,7 – 1,2)	0,9 (0,7 – 1,1)
Аорта	1,5 (1,2 – 1,8)	1,35 (1,0 – 1,7)

Қалқонсимон без гармонларининг меъёрдаги кўрсаткичлари

тирсотроп гармон – 0,4 – 6 Miu/Ml Умумий тироксин: эркак – 4,4 – 10,8 мкг/дл Аёл – 4,8 – 11,6 мкг/дл

Қондаги иммуноглобулинларнинг меъёрий кўрсаткичлари

Ig G: 65,6 - 147,6 мкмоль/л (8 - 18 г/л)Ig A: 5,6 - 27,9 мкмоль/л (0,9 - 4,5 г/л)Ig M: 0,6 - 2,8 г/л Ig D: 0,26 - 0,78 мкмоль/л Ig E: 0,3 - 30 нмоль/л

Катгаларда: < 100 U / ml

1 - 5 ёшгача болалар: < 60 U / ml

6 - 9 ёшгача болалар: < 90 U / ml

10 - 15 ёшгача болалар: < 200 U / ml

Умумий сийдик таҳлили

диурез: 800 – 1500 мл

Нисбий зичлиги: 1010 – 1025

Рапгги: оч – сарик

Тиниқлиги: тиниқ

Реакцияси (РН): нейтрал, бир оз нордон, бир оз ишқорий, 4,5 – 8,0,
ўртача 6,0 атрофида

Оқсил: аниқланмайди

Сийдикнинг микроскопик чўкмаси

эпителий: бир оз миқдорда
 Жигар эпителийси: йўқ
 Эритроцитлар: препаратда 0 – 2
 Лейкоцитлар: кўрув майдонида 0 – 3 (эркак) ва 0 – 6 (аёл)
 Цилиндрлар: кўрув майдонида гиалинлар - 0 – 1, эритроцитар, лейкоцитар, донали, мумсимон – аниқланмайди.
 Шиллик: озрок миқдорда
 Бактериялар: 1 мл да 10^3
 Ноорганик чўкмалар: нордон реакцияда-сийдик кислота кристаллари, уратлар; ишкорий реакцияда-фосфатлар
 Осалатлар: ҳар қандай реакцияда. Тузлар сийдикнинг кам миқдорида ҳам аниқланади.

Сийдикнинг биокимёвий таркибий қисмлари

оксил: аниқланмайди.
 Қанд: аниқланмайди.
 Ацетон: 0,05 г/л дан кам
 Кетон таначалари: 0,05 г/л дан кам
 Уробилин таначалари: йўқ (қунига 6 мг дан ошмайди)
 Билирубин: аниқланмайди.
 Аммиак: аниқланмайди.
 Порфобилиноген: 2 мг/л гача
 Гемоглабин: аниқланмайди
 Креатинин: 4,42 – 17,6 ммоль/қунига
 Мочевина: 233 – 587, 7ммоль/қунига
 Сийдик кислота: 2,36 – 5,9 ммоль/қунига

Креатинин клиренси (Реберг синамаси) нинг меъерий кўрсаткичлари

Коптокчалар фильтрацияси: 80 – 120 мл/дақиқада
 Каналчалар реабсорбцияси: 97 – 99 %

Нечипоренко синамасининг меъерий кўрсаткичлари

лейкоцитлар: 1 мл да 4000 гача (кўрув майдонида 0,5)
 Эритроцитлар: 1 мл да 1000 гача (кўрув майдонида 0 - 2)
 Цилиндрлар (гиалинли): препаратда 1 – 2 (1 мл сийдикда 50 гача)

Зимницкий синамасининг меъерий кўрсаткичлари

Сийдикни кунлик миқдори ичилган суюқликнинг 65 – 75 % ни ташкил этади.

Кундузги диурез 2/3 – 3/4 кунига ташкил этади

Сийдикни нисбий зичлиги: 1004 - 1024

Нажас микроскопияси

Мушак толалари: аниқланмайди ёки баъзида ҳазм қилинган мушак толалари аниқланади.

Бириктирувчи тўқима: аниқланмайди.

Нейтрал ёғлар: аниқланмайди.

Ёғ кислоталари: аниқланмайди.

Совун: озрок миқдорда

Ўсимлик ҳужайралар:

а) ҳазм қилинган – якка ҳужайра ва ҳужайралар гуруҳи,

б) турли миқдорда ҳазм қилинмаган ҳужайралар.

Крахмал: аниқланмайди.

Йодофил флора: аниқланмайди.

Шиллик, эпителий: аниқланмайди.

Лейкоцитлар: препаратда якка

**Тошкент шаҳридаги республика ихтисослаштирилган тиббиёт
муассасалари**

№	Муассаса номи	Манзили	Алоқа телефон-лари	Хизмат кўрсатиш тури
1	Акушерлик ва гинекология илмий текшириш институти клиникаси	Х. Абдулаев кўчаси, 132 а	263-78-30 263-78-33	Акушерлик ва гинекология бўлимлари
2	В.В. Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази	Фарход кўчаси, 10	277-25-22 277-26-05	Ихтисослаштирилган жарроҳлик бўлимлари
3	Вирусология илмий текшириш институти клиникаси	Юнусобод даҳаси, Муродов кўчаси, 3-квартал	224-83-26 224-23-71	Ўткир гепатит ва бошқа вирусли касалликлар бўлимлари
4	Гематология ва кон қуйиш илмий текшириш институти клиникаси	Қатортол кўчаси, 138	278-79-35 278-25-84	Катталар ва болалар гематология бўлимлари
5	Дерматология ва венерология илмий текшириш институти клиникаси	Фаробий кўчаси, 3	214-50-98 214-50-85	Дерматология ва венерология бўлимлари
6	Педиатрия илмий текшириш институти клиникаси	Олимпия даҳаси, Чимбой кўчаси, 3	229-38-40 229-38-47	Терапевтик йўналишдаги болалар касалликлари бўлимлари
7	Республика болалар руҳий неврологик шифохонаси	Олмача кўчаси, 1	267-73-58 267-73-50	Туғма руҳий ва неврологик касалликлар бўлимлари
8	Республика ихтисослаштирилган кардиология маркази	Осиё кўчаси, 4	237-38-16 237-38-44	Ихтисослаштирилган кардиология бўлимлари
9	Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия маркази	Учтепа тумани, 14-квартал	217-49-34	Кўз касалликлари бўлимлари

10	Республика ихтисослаштирилган терапия ва реабилитация маркази	Хуршид кўчаси, 4	234-33-21 234-55-00	Ихтисослаштирилган терапия бўлимлари
11	Республика ихтисослаштирилган урология маркази	Хўжаева кўчаси, 1-тор кўча	150-65-67	Урологик касалликлар бўлимлари
12	Республика клиник шифохонаси	С. Аъзимов кўчаси, 74	233-03-66 233-42-32	Жарроҳлик, ички касалликлар ва физиотерапия бўлимлари
13	Республика наркология маркази	Чилонзор тумани, Фарход кўчаси, 3А	274-87-46 274-44-91	Алкоголизм ва наркоманияга чалинган беморларга ёрдам кўрсатиш бўлимлари
14	Республика нейрохирургия маркази	Тошкент трактор заводи шаҳарчаси, Хумоюн даҳаси, 40	264-96-10	Нейрохирургия бўлимлари
15	Республика онкология илмий маркази	Фаробий кўчаси, 383	246-25-25	Ихтисослаштирилган онкология бўлимлари
16	Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази	Фарход кўчаси, 2	277-34-69 150-46-00	Барча йўналишлар бўйича катталар ва болаларга шошилинич ёрдам кўрсатиш бўлимлари
17	Тошкент педиатрия тиббий институти клиникаси	Ж. Обидова кўчаси, 223	260-32-40	Жарроҳлик ва терапия йўналишидаги болалар касалликлари бўлимлари
18	Тошкент тиббиёт академияси 1-клиникаси	Фаробий кўчаси, 2	150-94-97	Ихтисослаштирилган ички касалликлар бўлимлари
19	Тошкент Тиббиёт Академияси 2 - клиникаси	Фаробий кўчаси, 2	150-95-00 150-95-67	Ихтисослаштирилган жарроҳлик марказлари ва бўлимлари
20	Тошкент Тиббиёт Академияси 3 - клиникаси	Тараққиёт кўчаси, 103	233-62-26 289-43-62	Терапия, кардиология, стоматология ва жарроҳлик бўлимлари
21	Травматология ва ортопедия илмий текшириш институти клиникаси	Тараққиёт кўчаси, 78	233-10-82 233-10-32	Травматология ва ортопедия касалликлари бўлимлари

22	Фтизиатрия ва пульмонология илмий текшириш институти клиникаси	Ш. Алимов кўчаси, 1	278-04-70 278-51-40	Фтизиатрия ва пульмонология бўлимлари
23	Эндокринология илмий текшириш институти клиникаси	Х. Абдулаев кўчаси, 56	262-23-68 262-25-53	Эндокринология (қандли диабет, бўқоқ) касалликлари бўлимлари
24	Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш институти клиникаси	Учтепа тумани, Решетов кўчаси, 2	243-18-22 243-36-05	Юқумли касалликлар бўлимлари

ХОТИМА

Мухтарам ҳамкасб! Сиз ҳозиргина қўлингиздаги ушбу китоб билан танишиб чиқдингиз ва шифокорлик фаолиятингизда учраган қатор ҳолатлар ечимини топдингиз деган умиддамиз. Қизиқаётган ва жавобини излаётган муаммоларингиз қўлланмада исботларга асосланган тиббиёт ҳамда ушбу фаннинг сўнгги ютуқларига таянилган ҳолда содда ва равон тилда баён этилган. Шу сабабли уни кўп марта такрор варақлайсиз ва китоб халқимиз саломатлигини сақлашда ҳамда тиклашда яқин ёрдамчингизга айланади деб ўйлаймиз. Баён этилган синдромларнинг айримлари бир вақтнинг ўзида бир нечта касалликларда учраши сабабли айрим бобларда такрорланиш ҳоллари бўлиши мумкин. Бу эса Сизнинг билимларингиз мустаҳкамланишига хизмат қилади. Қўлланмани яқунлар эканмиз, УАВ кундалик иш фаолиятини асосий қисмини касалликларнинг олдини олишга қаратиши лозим эканини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз.

Биз қўлланмада у ёки бу касалликни даволашда жаҳондаги етакчи мутахассислар томонидан кўп марказли кузатувларда самарадорлиги исботланган дориларни қўллашни тавсия этдик. *Аmmo шу билан бир қаторда, амалий тиббиётда қўлланиладиган дори воситаларининг тез янгилашиб туриши, фойдаланишга бўлган кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни ўзгаришини эътиборга олиб, уларни буюришдан олдин дорига илова қилинган йўриқномаи синчковлик билан ўрганишни маслаҳат берамиз. Чунки Фрэнсис Бэкон таъкидлаганидек, баъзан айрим дорилар таъсири касалликдан кўра ёмонроқ оқибатларга олиб келади.*

Мамлакатимизда бозор иқтисодиёти тамойилларини шаклланиши барча соҳалар каби дори бозорида ҳам катта рақобат туғдирди. Шу сабабли дори ишлаб чиқарувчи компанияларнинг вакиллари ўз маҳсулотларини фаол тарғибот қиладилар. Лекин ушбу дориларнинг барчасини ҳам самараси исботланмаган, бинобарин бемор ҳаёт сифатини яхшиламайди умрини узайтирмайди. Барча шифокорларнинг ва шу жумладан, умумий амалиёт врачларининг асосий вазифаларидан бири беморларга самараси исботланган ҳамда бир вақтнинг ўзида тегишли гуруҳдаги нархи арзон дорилардан бирини тавсия этишдан иборатдир. Умид қиламизки, врачлик касамёдида таъкидланганидек, Сиз доим беморлар томонида бўласиз. Шу сабабли хотимани **Й.Хиснинг: «Шифохоналарда касалликлар қоладилар, беморлар эса келадилар ва кетадилар, умумий амалиёт врачлари фаолиятида эса беморлар қоладилар касалликлар эса келадилар ва кетадилар»**, - деган жумлалари билан яқунламоқчимиз.

АБДИФАФФОР ГАДАЕВ

Умумий Амалиёт Врачлари учун маърузалар тўплами

Муҳаррир: *Акрам Деҳқон*

Техник муҳаррир: *Алишер Азизов*

Босмахонага 2010 йил 2 февралда топширилди.
Босишга 2010 йил 2 мартда рухсат этилди.
Бичими: 60x84 $\frac{1}{32}$. «Times New Roman» гарнитурасида
офсет босма усулида босилди.
86 шарт. б.т. 69,5 ҳисоб нашр. таб.
Адади 1000 нусха 34-сон буюртма.

«Муҳаррир нашриёти»

«Муҳаррир нашриёти» матбаа бўлимида чоп этилди.
100160, Тошкент ш., Элбек кўчаси, 8-уй.