

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI FAN, TA’LIM VA
INNOVASIYALAR VAZIRLIGI**
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Bilim sohasi – Ijtimoiy ta’minot va sog‘liqni saqlash-500000

Ta’lim sohasi - 510000 «Sog‘liqni saqlash»

O‘QUV QO‘LLANMA

**“BOLALARDA TUG‘MA, ORTTIRILGAN YURAK
KASSALLIKLARINI TASHXISI, DAVOSI,
PROFILAKTIKASI, DISPANSERIZATSIYASI”**

Fan - «Ambulator poliklinik pediatriya»

Ta’lim yunalishi - 5510200

«Pediatriya ishi»

Davolash ishi - 5510100



**“KAFOLAT TAFAKKUR”
TOSHKENT - 2023**

UDK: 616-053.2-056.54

BBK: 57.3

Sh78

TUZUVCHILAR:

Shomansurova E.A.

-ToshPTI Oilaviy shifokorlik№ 1, JT, FM
kafedrası mudiri t.f.d.,prof.

Ulug'ov A.I.

-ToshPTI Oilaviy shifokorlik№ 1, JT, FM
kafedrası dotsenti t.f.n.

Fayziev O.N.

-ToshPTI Oilaviy shifokorlik№ 1, JT, FM
kafedrası dotsenti t.f.n.

Isaxanova N.X.

- ToshPTI Oilaviy shifokorlik№ 1, JT, FM
kafedrası assistenti

Yunusov D.M.

- ADTI "Bolalar kasalliklari prpedevtikasi va
poliklinik pediatriya kafedrası assistenti

Yahudayev E.M.

- ADTI Bolalar kasalliklari propedevtikasi davolash
fakulteti, dotsenti

TAQRIZCHILAR:

Yuldashev R.N.

- ADTI Ichki kasalliklar propedevtikasi
kafedrası professori

Aliyev A.L.

-ToshPTI Fakultativ pediatriya
kafedrası dotsenti t.f.n.

ISBN: 978-9910-9447-5-8

5067



© SHOMANSUROVA E.A., ULUG'OV A.I., FAYZIEV O.N.,
ISAXANOVA N.X., YUNUSOV D.M., YAHUDAYEV E.M.
© KAFOLAT TAFAKKUR-2023

АННОТАЦИЯ

В учебном пособии освещены основные критерии диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики, диспансеризации сердечно-сосудистых заболеваний так же в пособие включены контрольные задания, тестовые вопросы, специально разработанные алгоритмы которые позволяют эффективно организовать самостоятельную работу студентов. Учебное пособие предназначено для студентов медицинских институтов и соответствует программе 6-го курса.

ANNOTATSIYA

O'quv qo'llanmada bolalarda uchraydigan yurak qon tomir kasalliklarini tashxisot, davolash, profilaktika, dispanserizatsiya mezonlari asoslari yoritilgan. Shuningdek o'quv qo'llanmaga talabalarining mustaqil ishini samarali tashkil etish imkonini beruvchi, maxsus ishlab chiqilgan algoritmlar, nazorat topshiriqlari, test savollari kiritilgan. O'quv qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun mo'ljallangan va 6- kurs o'quv dasturiga mos keladi.

ANNOTATION

The textbook covers the main criteria for diagnosis, differential diagnosis, prevention, clinical examination of cardiovascular diseases, as well as control tasks, test questions, specially developed algorithms that allow you to effectively organize the independent work of students. The study guide is intended for students of medical schools and corresponds to the 6 th year program.

KIRISH

Tugʻma va orttirilgan yurak kasalliklar bolalarda va kattalarda uchraydigan kasalliklar tizimida muxim oʻrinni tutadi. Tugʻma ortirilgan yurak kasalliklarini erta tashxislash va davolash va profilaktikasi hozirgi rivojlanib borayotgan tibbiyoda asosiy vazifalaridan biri hisolanadi. Bu kasalliklarni vaqtida davolamaslik bemorlarni nogironlikka olib keladi. Davlatning kelajagi soglom avlodga bogʻliq. Jismonan va ruhiy yaxshi rivojlangan kelajak avlod jamiyatni yanada rivojlanish va mustahkamlash uning rivojlanishini taʼminlash masalalarini hal qilishga qodir. Bolalar salomatligini muxofaza qilish nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammodir. Mamlakatimizda va boshqa mamlakatlarda bolalarni jismonan rivojlanishi va har tomonlama bilim olish uchun qulay shart sharoitlar yaratilgan. Oʻzbekistonda bolalar va onalar salomatligini muxofaza qilish Oʻzbekiston Respublikasi hukumatining diqqat markazida boʻlgan va boʻlib turadi. Yosh avlod va oilaga gʻamxurlik qilish, onalik va bolalikni muxofaza qilish. Oʻzbekiston Konstitutsiyasida mustahkamlab qoʻyilgan va bola tugʻilgandan boshlanadi. Yildan yilga hukumat sogʻliqni saqlash va aholi salomatligini mustahkamlashga qaratilgan ijtimoiy tadbirlarga ajratilgan mablagʻlarini koʻpaytirmoqda. Profilaktikaga etibor tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda, qishloq oilaviy poliklinikasi, shahar oilaviy poliklinikasining moddiy texnik bazasi mustahkamlanmoqda, bolalarni tibbiy koʻrikdan oʻtkazish muntazam yoʻlga qoʻyilmoqda. Oʻquv qoʻllanma tugʻma va orttirilgan yurak kasalliklarini erta tashxislash 6-kurs talabalari uchun pediatriya dasturiga mos ravishda yozilgan..

I BOB

Yurak shovqinlarining asosiy xarakteristikasi

Yurak shovqinlari har xil kasalliklarni qiyosiy tashxislashda va diagnostikasida muxim ahamiyatga ega. Yurak shovqinlari yurakda eshitiladigan har qanday shovqin bulib, bu yurak tonlaridan farq qilib 0.1sek ortiq davom etadi.

Yurak ustidan eshitiluvchi shovqinlar farqlanadi:

- intrakardial (klapanlar bilan bog'liq va bog'liqemas)
- fiziologik (sistolik, o'pka arteriya ustida);
- Funksional (asosan sistolik, diastolik Grexem- Stilla dan tashqari),
- organik (sistolik va diastolik)

Ekstrakardial shovqinlar

- perikard ishqalanish shovqini
- pleвроperikardial shovqinlar

Shovqinlar qachon yuzaga keladi?

Yurak shovqinlarini yuzaga kelishida qonning turbulentligi yoki yurakning qismlari(xord, klapanlarini, papillyar mushaklar va b.q) tebrnashi muximdir.

Asasan turbulentlik yuzaga keladi:

1. Qon quyilishishi va haydalishida tomirlarda torayish kuzatiganda.

2. Qon tomirlarini nofiziologik kengayishida.

3. Tug'ma va ortirilgan tug'ma nuqsonlarda

4. Qonni realogik holati o'zgarganda: qonni qovushqokligi harakatlanishi kamayganda va b.q.

1. Qon quyilishishi va haydalishida tomirlarda torayish kuzatiganda.

O'pka arteriyasi, aorta chiqish joyi stenozi.(qonni haydashdagi sistolik shovqin),

Mitral yoki uch tabaqali tirqshi stenozi (diastolik shovqin).

Shunga o'xshash yurak klapanlarini yetishmovchili hosil buladi. (regurgitatsiya shoqinliri – sistolik va diastolik).

2. Qon oqimi bo'ylab patologik kengayishlar anevrizmlarning bo'shlig'iga qon kirganda shovqin yuzaga keladi.

3. Shovqinlarni yuzaga kelishidagi boshqa sabablar:

1.Klapanlar qapqoqlarini va papilyar mushaklarini tebranishi natijasida shovqinlar yuzaga keladi va 3-5 % tashkil qiladi.

2.Endokardagi o'zgarish ya'ni endokadni silliqiligini o'zgarishi yurak shovqinlarini yuzaga kelishiga sabab bo'lishi mumkin va 02 -1.0% tashkil qiladi.

Yurak shovqinlarini taxlil qilish tartibi:

1. Yurak shovqinlarini yurak faoliyatini fazalriga bog'likligini aniqlash.

2. Shovqinni kuchini aniqlash.

3.Shovqinni yurak tonlariga nisbatan bogliqligini.

4. Shovqinni shaklini aniqlash.

5.Shovqinni eng yaxshi eshitiladigan nuqtasini aniqlash.

6. Shovqinni qaerga uzatilishini

7. Nafas fazasini va jismoniy yuklamani shovqin xarkteriga tasirini aniqlash.

8. Kerak bo'lsa shovqinlar bir necha kun, hafta oy,yillar davomida kuzatib tekshirilib boriladi.

Shovqinlar xarakteristikasi.

1. Yurak shovqinlarini yurak faolitini fazalriga bog'likligini aniqlash.

- Sistolik shovqin.
- Diastolik shovqin.

2. Shovqinni kuchini aniqlash.

- Batamom tinch holatda va kuchli etibor berib eshitilsa, bu shovqin kuchsiz shovqin deb ataladi.

- Diqqatni jamlamasdan erkin xolatda yurak tonlaridan kuchsizrok bo'lsa bunday yurak shoqini o'rta kuchlilikdagi shovqin hisoblanadi;

- Yurak tonlariga teng yoki ton kuchidan ohsa kuchli shovkin deb ataladi;
- Quloqni teshib yuboradiganga o'xshab eshitiladigan shovqin bu kuchli shoqin .

3. Yurak shovqinini yurak tonlariga bog'liqligini aniqlash.

- tonlarni deformatsiyalaydi, ton bilan qo'shib ketadi.
- tonlarni deformatsiyalamaydi, tonlardan aloxida eshitiladi.

4.Shovqinni shaklini aniqlash.

Shakli buyicha shovqinla farqlanadi.

- pasayi boruvci tondan boshlanadi eshiishi bosqa tonda kamayadi

- kuchayib boradi: yurak fazasida paydo buladi tonnda kushayadi va ton bilan qushilib ketadi.

- rombsimon: tondan so'ng yuzaga keladi faza o'rtasida o'zinig maksimal kuchaesh nuqtasiga yetadi va yana keyingi tonga susayadi;

-lentali(tasmali) : shovqin bir tondan boshqa tongacha butun fazani to'liq egaallaydi.

5.Yurakni hamma joini yaxshilab eshitib shovqinni eng yaxshi eshitiladigan nuqtasini aniqlash.

6. Shovqin yurak chegarasidan tashqarida uzatilish joyini aniqlash:

7. Nafas fazasi ,funksional sinamalar yuklamasi shovqin xarakteriga ta'sirini aniqlash.

8.Kerak bo'lganda shovqinlar dinamikasini kun,hafta,oy, yil davomida kuzatib borish.

Ko'pchilik sog'lom bolalarda yurak va tomirlarining yurak faoliyati davrida yoshiga nisbatan moslashib borsa turbulentlik yuzaga kelmaydi va yurak shovqinlvhari kuzatilmaydi. Bolalikda (1-10%) o'sish jarayonida vaqtinchalik nomutanosiblara duch kelishi mumki va ku'pinch o'pka arteriyasi nisbiy torayishi kuzatiladi. Hayotining ushbu davrida o'pka arteriyasi ustida sistolik shovqin eshtilishi mumkin. Shovqin

- past yoki o'rta balandlikda
- shovqin yurak tonlarini buzmaydi.
- uzatilmaydi

Funksional shovqinlar.

Funksional shovqinlarga shunday yurak shovqinlar bular yurak foaliyati o'zgarishi tufayli yuzaga keladi va teriotoksikoz, neyrosirkulyator distoniya, kamqonliklarda va b.h. kuzatiladi.

Xususiyati:

1. Yurakda o'zgarish bulmagan holda qon aylanishini tezlashi bilan bog'liq buladi.

2. Bunday bolalarda yurak klapanlarida, qon quyilish va qonni haydalishida to'siq bulmaydi. Ko'pchilik kardiologlar funksional shovqinlarga klapanlarni nisbiy yetishmasligi natijasi bilan bog'laydi.

- yurak mushaklarini yallig'lanish (miokarditlar)
- yurak bo'lmacha va qorinchalarini gipertrofiyasi va dilatatsiyasi).

Ko'pchilik kardiologlar funksional shovqinlarga mitral klapan prolapsini ayrim turlarini ham kiritishadi bunday turlarida qonni regurgitatsiyasi uncha ko'p bo'lmaydi.

Funksional shovqinlarni muxim jixatlari:

- funksional shovqinlar faqat sistolik shovqinlar bo'lishi mumkin.
- funksional shovqinlar past yoki o'rta balandlikda bo'ladi.
- funksional shovqinlar yurak tonlariga ta'sir qilmaydi.
- funksional shovqinlar sistolani yarmidan kamini egallaydi.
- funksional shovqinlar yurak chegarasidan tashqariga uzatilmaydi.
- funksional shovqinlar o'zgaruvchan, kuchaymaydi.

Asosiysi:

- yurakni klapanida yallig'lanish yo'q.
- qon quyilish va haydalish yo'lida torayishlar yo'q.
- fiziologik bulmagan anastamoz beelgilari yo'q.

Organik shovqinlar.

Organik shovqinlar farqlanadi:

- regurgitatsiya shovqinlariga
- qonni haydash natijasida hosil buladigan shovqinlarga.
- tug'ma va ortirilgan nuqsonlar natijasida yuzaga keladigan shovqinlarga.

Regurgitatsiya shovqinlari – asosiy sababi yurak klapanlarini yetishmasligi.

Ular bulishi mumkin:

1) sistolik ung va chap atrioventrikulyar klapani yetishmasligi bilan bog'liq.

2) diastolik o'pka va aorta yarim oysimon klapanlarini yetishmasligi bilan bog'liq.

Qonni haydash shovqini - tomirlar torayshi va yurak teshiklarini stenozi bilan bog'liq:

1) qonni haydash sistolik shovqin – o'pka arteriyasi va aorta chiqish joyida stenozi.

2) diastolik shovqinlar - mitral va uch tabaqali klapani stenozi bilan bog'liq.

Patologik soustlar.

Patologik soustlar bazi tug'ma yurak nuqsonlarida sodir bo'ladi.

- qorinchalar aro to'siq nuqsoni. (QATN),
- bo'lmachalar aro to'siq nuqsoni (BATN),
- arterial nayni ochiqligi (ANO) va b.q.

Qiyosiy tashxisoti.

Organik

- yurak mushaklari va klapanlarida organik yalig'lanish distrofik o'zgarishlar, ateroskleroz qayd etilishi

- yurak nuktalarida shovqinni yaxshi eshitilish
- shovqinlar dag'al, esuvchi, doimiy
- shovqinlar yurak chegarasidan tashqarida uzatiladi.
- konservativ davodan so'ng yuqolib ketmaydi.
- mushuk xirrilashi qayd etiladi.
- yurak klapanlarini jaroxati palpatsiya perkussiya natijalari kuzatiladi.
- bemorni holati shovqinni eshitilida muxim o'rin tutadi.

a) sistolik – yotgan holatda b) diastolik – tik turganda

-yuklama ta'sirida kuchayadi.

Funksional

- yurakda organik jaraxotlarni yo'kligi.
- yaxshi ishitiladigan nuktasi yuq
- yumshoq, musiqali
- turg'un emas, o'zgaruvchan
- yurak chegarasida tashqarida uzatilmaydi
- jismoniy yuklamadan sung susayadi yeki yuqolib ketadi
- yurak jarohatini boshqa belgilari kuzatilmaydi
- asosiy yaxshi eshitilishi holati yo'q

Shovqin belgilari	Organik shovqin	Funksional shovqin
Yurak sikli fazalariga bog'liqligi	Sistolik va diastolik	Sistolik
Eshitish nuqtasi	Qaysi klapani yalig'lanishi ga bog'liq	O'pka arteriyasi va yurak chўqqisida
Bemorni yoshi	Yoshlarda va kattalarda	Kup hollarda yoshlarda (bolalar, o'smirlar)
Shovqin xarakteri	Dag'al	Nozik, yumshoq
Shovqinni eshitilishi	Baland eshitiladi	Past eshitiladi
Davomiyligi	Davomli	Qisqa
Uzatilishi	Yurak chegarasidan tashqarida eshitiladi	Yurak chegarasidan tashqarida eshitilmaydi
Jismoniy zo'riqsh va tanani holatiga bog'liqligi	Yuqolib ketmaydi	Yuqolib ketishi mumkin yeki kuchayadi
Yurak nuqsonni boshqa belgilari	Yurak chegaralari, tonlari, Exo KGda o'zgarishlar qayd etiladi	Qayt etilmaydi

II BOB

Tug‘ma yurak nuqsonlari

Vitiurn cordis congenitum

Tug‘ma yurak nuqsoni – patologik holat bo‘lib har xil zararli omillarni homilaga ta’siri natijasida yurak va magistral tomirlarda u yoki bu nuqsonlarni rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Tug‘ma yurak nuqsonlari tug‘ma nuqsonlar ichida muxim o‘rin egallaydi. Tug‘ma yurak nuqsonlari hamma davlatlarda va Rsiyada 1000 ta tug‘ilgan chaqaloqlarda 2.4ta dan 14.2 taga to‘g‘ri keladi. Tirik tug‘ilgan chaqaloqlar o‘rtasida anti va internatal ulim kursatkichi juda yuqori bulib 0.7 -1.2% ni tashkil qiladi. Bu kasalliklarni hozirgi davrda tashxisoti, mos ravishda xirurgik davo koreksiya usuli judayam muxim. Agar o‘z vaqtida davo o‘tqazilmasa bola xayotini 1 chi yilida 55% bolalar, 5 yoshgacha bulgan bolalarda o‘lim 85 % tashkil qiladi. Kasallikni klinikasini, tashg‘isot usullarini bilish uz vaktida tashxislash va davolash, asoratlarni va erta nogironlikni oldini oladi.

Jahon sog‘liqni saqlash ma’lumotlariga ko‘ra yangi tug‘ilgan chaqaloqlar ichida tug‘ma yurak nuqsonlari 1% tashkil qiladi. TYuN da 5-6 ta bolalar o‘limi 100000 axoliga to‘ri keladi..

Tug‘ma yurak nuqsoni patogenezi jadvali.

Keltirib chiqaruvchi omillar.
Homiladorlik davrida onaning o‘tkazgan kassaliklari: kizilcha, gripp, O‘RVI, surunkali kassaliklar, ish faoliyati bilan bogliq zararli omillar, dori vostalari, chekish, spirtli ichimliklar, homiladorlikni og‘ir o‘tishi, nasliy moyillik.
Hamiladorlik davrini 2 chi va 6 chi haftalarida embriogenezni buzilishi.
Gemodinamikani buzilishi
U yoki bu yurak nuqsonni klinik –funktional belgilarini paydo bo‘lishi.

ARTERIAL NAYNING OCHIQLIGI (ANO) – bu nuqsonda qon aortadan bekilmagan nay orqali o‘pka arteriyasiga o‘tadi.

Epidemiologiya. ANO 1000 tirik tug‘ilgan bolalarga nisbatan 0.14 -0.3 tani tashkil qiladi. Hamma TYuN ichida ANO 6-7% tashkil qiladi. ANO asosan qiz bolalarda ko‘p uchraydi. 5-10% holatlada ANO boshqa TYuN bilan birga keladi. Ayrim hollarda bu nuqson kompensatsiyalangan nuqson sifatida qaraladi (fallo tetradasi, o‘pka arteriyasi stenozi, aorta koarktatsiyasi, aort atreziyasi); boshqa

holatlarda gemodinamik buzilishlarni kuchaytiruvchi nuqson hisoblanadi (aorta yeyidan sungi torayishda, QATN, BATN)

Anatomik mohiyati.

BNO – aorta bilan o'pka arterisini bog'lovchi tomir.

BNO gemodinamikasi:

- Kislorodga to'yingan qonni bir qismi Batalov nachasi orqali o'pka arterichiga va so'ng o'pkaga o'tadi;
- Qo'shimcha qonni haydalishi hisobiga o'pka tomirlarida dimlanish kuzatiladi.
- O'pkadan miyordan kup miqdodagi qon chap bo'lmachaga quyilishi natijasida chap bo'lmacha va chap qorincha gipertrofiyasi rivojlanadi;
- Kam miqdordagi qon katta qon aylanish doirasiga quyiladi.

TASHXISOT MEZONLARI

I. Anamnez

ma'lumotlari:

Gneologik anamnezida tug'ma va ortirilgan yurak va tomirlar nuqsonlari qayt etilganligi; homiladorlikni 1chi 3oyida davrida onaning o'tkazgan kasalliklari (krasnuxa, kor, vetryanka, toksoplazmoz), homilaga radiaktiv nurlanishlarni, toksik ximik omilarni ta'siri, homiladorlikni toksikoz paytida ovqatlanishning buzilishinig poligipovitaminozga olib keladi, erta kech homiladolik, tug'ish davridagi asoratlar, ota va onalarning yoshdagi farqi, yaqin qarindoshlilik, chaqloqlik davrida asfiksiya xurujini o'tqazganligi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, balani tez tez o'pka bronx kasalliklari bilan og'rishi.

II. Klinik mezonlari:

- tez charchash, zuriqshdan so'ng hansirash.
- teri ranpar, yiglaganda tananing pastki qismini ko'karishi, terini va shilliq qavatlarini turg'un ko'karishi o'pka gipertenziyasi hisobiga.
- buyin tomirlarin pulsatsiyasi yuqori, tez, sakrovchi puls, yurak bukrisi, kuchli yurak turtkisi, yurak asosida sistolo-diastolik titrash.
- yurak chegarasi chapga kengaygan, tomir tutami chegarasini kengayishi.
- o'pka arteriyasi ustida II tonn aksenti va ikkilanishi.
- dag'al, "mashina shovqiniga o'xshash", uzluksiz, tush suyagidan chapda 2 chi qavurg'alar oralig'ida o'pka arteriya ustida eshitiluvchi buyin tomirlariga kurak oralig'iga uzatiluvchi sistolo-diastolik shovqin;
- qon aylanishni chap qorincha turi buyicha buzilishi simptomlar
- AQB - sistolik bosim oshishi, diastolik bosim kamaygan

III. Paraklink me'zonlar:

1. Instrumental-grafik:

- a) FKG - to'sh suyagidan chapda 2 chi qovurg'alar oralig'ida yuqori amplitudali, romsimon sistolo-diastolik shovqin, II ton amplitudasini kuchayishi.
- b) EKG – chap qorincha dimlanish belgilari, kiyinchali ikala qorinchada dimlanish belgilari (o'rtacha o'pka gipertenziyada); o'ng qorincha gipetrofiyasi.

v) EXO KG – chap bo‘lmacha va chapqorincha bushlig‘i hajmini kattalashuvi, mitral klapan harakatini amplitudasini oshishi.

2. Rentgenologik:

- O‘pka tomir rasmini kuchayishi.
- Chap qorincha va chap bo‘lmacha gipertrofiyasi hisobiga yurak hajmini kattalashuvi, o‘pka gipertenziviyasi rivojlanishi natijasida ung qorincha gipertrofiyasi.
- O‘pka arteriyasi yeyini bo‘rtishi, aortani kengashi kuzatiladi,

Qiyosiy tashxis.

aorto o‘pka to‘siq nuqsoni. koronar arteriya teshikligi, aortal yetishmovchiligi, qorinchalar aro to‘siq defekti bilan kelgandagi nuqsonlar bilan o‘tkaziladi .

Davo. Chala tug‘ilgan bolalarga spesifik konservativ davo 48 ichida indometatsinni 3 ta dozasi (0.2,0.1,0.1)tomir ichiga yubrish bilan o‘tqaziladi 24 soat davomida effekt kuzatilmasa qo‘shimcha 3 marta 0.1mg/kg 24 soat interval bilan tavsiya etiladi. Davo natijasi -70 -80% ni tashkil kiladi. Operatsiyani o‘tqazish davri 6-12oydan 3–5 yoshni tashkil qiladi. Operatsiyadan sungi ulim1% tashkil qiladi. Nuqsonni batraf kilishda endovaskulyar usulda, 3mm diametrli maxsus spirallar va maxsus okklyuderlar o‘ullaniladi.

BNO asorati. Uzoq muddatli kichikqon aylanish doirasi dimlanish o‘pka gipertenziviyasiga oloib keladi. Buning natijasida o‘ng qorincha va chap qorincha gipetrofiyasi rivojlanadi, arterialgipoksemiya, surunkali o‘ng yoki total yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Uncha katta bo‘lmagan nay ochiqligida bakterial endokard rivojlanishi mumkin. Kam hollarda BN anevrizmi va uning trombozi infeksiya tushishi natijasida yorilishi mumkin.

Operatsiyadan sungi asoratlar: qon ketish, tomirlar jaroxati, laringial va diafragmal nervlarni jarohati, infeksiyon endokardit, yurak yetishmovchiligi. Nayni kateter bilan bekilishi natijasida bulishi extimoli bo‘lgan asoratlar: qoldiq shunt, spiralni qo‘zg‘alib ketishi,katetir yuboriladigan son tomirlari trombozi.

Operativ davoga ko‘rsatma

BNO operativ davoga to‘lik kursatma hisoblanadi. Operatsiya uchun optimal yosh 2-5 yil. Asoratlangan turida bolani yoshi qarshi ko‘rsatma bo‘lmaydi.

Aloxida BNO okklyuderlar bilan yopiladi.

Xirurgik korreksiya vaqtinchalik tavsiya etilmaydi:

1.Agar BNO okkulder bilan yopish uchun juda kattat bo‘lsa.

2.Agar nayda anevrizm, endoartrit qayd etilsa okklyuder bilan berkitish ruxsat etilmaydi.

Kasallikni prognozi. Xirurgik yo‘li bilan tuzatgandan so‘ng, asoratlar bulmasa, bunday bolalarning rivojlanish miyorda buladi. Katta BNO bulgan chala tug‘ilgan bolalarda qisqa vaqt ichida bronxopulmnal displaziya rivojlanadi/

BO'LMACHALAR ARO TO'SIQ NUQSONI.

Epidemiologiya. BATN ni 1000 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlarga 0.1 -0.53 ta to'g'ri keladi. Kasllarni ayol jinsiga ko'pchilikni tashkil qiladi (2:1). TYuN urtasida BATN 10 -12% foiz aniqlanadi. Rivojlanmaganlik darajasiga bog'liq holda birlamchi va ikkilamchi, bulmachalararo BATN farqlanadi.

Sababi. Birlamchi BATN katta razmerdagi nuqson bo'lib $1/3-1/2$ qismining tashkil qiladi va to'siqni pastki qismida joylashadi. Bu nuqson ko'p hollarda Daun sindromi bilan birga keladi. Ikkilamchi BATN bulmachalararo to'siqni markazida joylashadi, yurak nuqsonini bunday turi o'pka arteriyasklapani stenozini bilan keladi. Aloxida ikkilamchi BATN autosomnodominant tip buyicha nasldan naslga o'tadi. Birlamchi va ikkilamchi BATN kombinatsiyalangan holda kelishi mumkin. Ayrim holatlarda bitta umumiy bulmacha shakllanishi mumkin. Ochiq oval teshik bu bulmachalar o'rtasidagi aloqa bo'lib homilaga u orqali qon pastki vena tomirlaridan to'g'ridan to'g'ri chap boshlarcha qo'yiladi. Bola tug'ilgandan sung bosim chap bo'lmachada o'ng bo'lmachaga nisbatan yuqori. Bola hayotining birinchi oxirlariga kelib BATN 3-7%, 1 yoshda 2% saqlanib qoladi.



Anatomik xususiyati.
Qorinchalarga to'siqda bir yoki bir nechta teshiklar borligi.

GEMODINAMIKASI XUSUSIYATLARI.

O'ng bo'lmachaning katta sig'imi va kengayishi tufayli undagi bosim chap bulmachaga qaraganda 3- 5mm sm.us. kamroq. Bundan tashqari o'ng qorinchaning unga o'ng bulmachadan qon oqimini qarshiligi chap qorinchaning qon oqimi qarshiligidan kamroqdir. Shuning uchun BATN da qon chapdan o'nga o'tishi kuzatiladi. Uutayotgan qon hajmi 10-15l/daqiqada tashkil qiladi va bu nuqsonni katta kichikligiga bog'lik. O'pkaning katta zaxira sig'imi va tomirlarining past qarshiligi tufayli kichik qon aylanish doirasida yuzaga kelgan gipervolemiya o'ng qorinchada birdan bosim oshib ketishiga va o'ng qorincha yetishmovchiligini rivojlanishiga olib kelmaydi. Birinchidan o'ng qorinchaning hajmining ortiqcha yuklamasi uning ishini bir necha marta oshirishni rag'batlantiradi. O'ng qorincha gipertrofiyasi rivojlanadi. Ammo uzoq muddat ortiqcha miqdorda qon o'pka tomirlariga kirishi o'pka gipertensiyasini rivojlantiradi. Bu bosqichda o'pka gipertenzivasi funksional xarakterga ega, o'pkada tomirlar qarshiligi da yoki bir oz

kamaygan. Keyinchalik o'pka arteriolalarining organik obstuksiyasi rivojlanadi. Vakt utishi bilan o'ng qorinchadagi yuklama yana kuchayadi bu uning yetishmovchiligiga va qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Shunga ko'ra nuqsonning birinchi klinik belgilari 2-3 yoshligida paydo buladi. Bemorlarning urtacha umr ko'rish davomiyligi odatda 40 yildan oshmaydi.

TASHXISOT MEZONLARI.

I. Anamnez ma'lumotlari:

II. Gneologik anamnezida tug'ma va ortirilgan yurak va tomirlar nuqsonlari qayt etilganligi, homiladorlikni 1chi 3oyida davrida onaning o'tkazgan kasalliklari (krasnuxa, kor, vetryank, toksoplazmoz), homilaga radiaktiv nurlanishlarni ,toksik, ximik omilarni ta'siri, erta kech homiladolik; tug'ish davridagi asoratlar; oa va onalarning yoshdagi farqi, yaqin qarindoshlilik; chaqloqlik davrida asfiksiya xurujini o'tqazganligi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi. balani tez tez o'pka bronx kasalliklari bilan og'rishi.

II. Asosiy klinik sindromlar:

Gipoksemik sindrom: jismoniy rivojlanishdan orqada qolish,teri va shilliq qavtini rangparligi, tez charchash, yurakni tez urishi.

Kardialogik

- Aritmik o'ng Giss tutami blokadası, ekstrasistoliya va b.q.);
- O'pka gipertenziyasi sindromi – hansirash, yutal ,tez tez o'pka bronx kassaliklari bilan og'rish;
- bulmachalar aritmiyasi, emboliya sindromi - periferik vena yoki kichik chanoq vena trombozlari bilan, uzoq mudat venoz tomir katetirlari bilan bog'liq xaf omili BATD da xisoblanadi.
- O'ng qorincha yitishmovchiligi – pereferik markazlashgan shishlar.

BATN qonni haydashini hisobga olgan holda o'pka gipetenziasini darajasini, miokardni qisqari holati buyicha tasnifi(V.I.Burakovskiy F.N.Romashov)):

1- bosqich (simptomsız) -bemor uzini yaxshi sezadi shikoyati yo'q no'ksonni birdan bir belgisi kuruvda to'sh suyagidan chapda II-III qovurg'alar orasida sistolik shovqinni aniqlanishi.

2- bosqich BATN ga xos bo'lgan simptomlar: yurakni o'ng bulmlarini gipertrofiyasi, o'pka arteriyasi stvolini kengayishi bilan xarakterlanadi.

3 - bosqich aritmik bosqichi bemorlarda chap bo'lmachadan o'ng bo'lmachaga qon haydalganda rivojlanadi.Kuruvda yurak kattalashgan va ritm buzilishlari (ekstrasistoliya,korincha usti paroksizmal taxikardiyasi,mersatel aritmiya) va bo'lmachalar ichi va qorinchalar ichi o'tkazuvchanligini buzilishi aniqlanadi.

4 - bosqich (kon aylanishni buzilishi boskichi) 25 -30 yoshdan kattalarda chap qorincha yetishmovchili, o'pka tomirlar sklerozi, yurak hajmini kattalashishi, o'ng qorincha yetishmovchili belgilari xos. Bu bosqichda bemorlar jismoniy yuklamaga tolerantligi susaygan. Bemorlar bu bosqichda nogiron hisoblanadi.

5 - bosqich (terminal)yuqori o'pka gipertenziyasi qonni o'ng bulmachadan chap qorinchaga o'tishi bemorda ko'karish rivojlanadi va kichik va katta qon aylanish doirasida buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Fizikal tekshiruvlar xususiyatlari.

- ♥ Teri qoplamasi rangpar, jismoniy rivojlanishdan oqadan qolishi mumkin.
- ♥ Yurak hajmi kattalashgan ung bo'lmacha hisbiga
- ♥ O'pka arteriyasi ustida II tonni aksenti va ikkiga ajralishi
- ♥ II-III qovurg'alar oraligid tush suyagidan chapda yumshoq sistolik shovqin o'pka arterisini nisbiy stenozi hisobiga.
- ♥ Uncha katta bo'lmagan nuqsonda uch tabaqali klapandan diastolik shovqin eshitiladi.

III. Paraklinik:

Qo'shimcha tekshiruv usullari malumotlari.

- ♥ EKG - pravogramma. α burchak $+90$ dan $+150^0$ gacha. Ung ko'krak tarmoqlarda yuqori amplitudali R va o'ng Giss tutami ayoqlarini to'liq bo'lmagan blokadasii.II va III tarmoqlarda utkir, kattalashgan P

♥ Rentgenogramma

- ♥ To'g'ridan to'g'ri proksiyada o'pka rasmini kuchayishi aniqlanadi, o'pka ildizi pulsatsiyasi kuchayishi, yurak soyasi o'ng bulimlar hisobiga kattalashgan, darajasi qonni miqdriga bog'liq. O'ng kardiovaskulyar burchak yuqoriga siljigan. O'pka arteriyasining yoyi bo'rtib chiqan. Aorta soyasi kichraygan.
- ♥ Qayta EXO KG tekshiruvi har 2-3yilda o'ng korincha hajmini,funksiyasini o'pka arteriyasida bosimni boxolash tekshiruv o'tqazilishi kerak..
- ♥ EXOKG tekshiruv natijalari ishonchli bumasa MRT tekshiruv usili o'ng qorincha hajmi,shuntning hajmini,o'pka venalari nuqsonlarini ko'rishga imkoni bo'ladi

Davo. xirurgik korreksiyaga ko'rsatma: yurak yetishmovchiligi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolish, o'pka kasalliklari. Agar o'pkadagi bosim va tizimdagi bosim nisbati 2:1bo'lganda xirurgik davoga kursatma bo'ladi. Konservativ davo effektiv bo'lganda xirurgik davoni bola 3-5 yoshga yetkunga qadar orkaga surish

mumkin. Ikkilamchi BATN ni tikish bilan yopiladi. Birlamchi BATN zaplata bilan yopiladi.

Asoratlari. BATN asoratlari o'pka gipertensiyasi sklerotik bosqichda Eyzemenger Sindrom (o'pka gipertenziviyasi, arteriyasini kengayishi bilan ungdan chapga shunt almashishi, doimiy ko'karishlarni paydo bulishi). Eyzemenger sindromini sungi bosqichlarida o'ng qorincha miokardini distrofiyasi va sklerozi qayd etiladi. Buning natijasida oldin o'ng qorincha sung total yurak yetishmovchiligi kuzatiladi. Operatsiyadan sungi asoratlari: utkir yurak yetishmovchiligi, yurak ritmini buzilish, infeksiyon endokardit.

QORINCHALARARO TO'SIQ NUQSONI (QATN)

Epidemiologiyasi. QATN 1000 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 1.5 –3.5 tan, 4.5 - 7 ta chala tug'ilganlarda uchraydi. TYuN bilan tug'ilgan bolalarda QATN 15 - 20% ni tashkil qiladi. QATN membrana qismida shoylashgan turi 80%ni tashkil qiladi. Mushak qismida joylashgan turi 5- 20% tashkil qildi. QATN ni kelibchiligi multifaktorial xarakterga ega. Genetik xaf omillari: yaqin qarindoshlarida yurak anomaliyalarni ko'p uchrashi. Bemor onasidagi xaf omillar: qandli diabet, fenilketonuriya, onani spirtli ichimliklar istimol qilishi. QATN yuzaga kelish to'liq o'rganilmagan. Membrana qismida joylashgan nuqson peregorodkani yaxshi rivojlanmasligidan, mushak qismidagi nuqson to'siq to'qimalarini nobud bo'lishidan yuzaga keladi.

Anatomik mohiyati.

- Chap va o'ng qorinchalar to'siq ochiqligi.

QATN gemodinamikasi:

Sistolik bosim chap qorinchada bir necha barobar yuqori o'ng qorinchaga nisbatan. Shuning uchun sistolada qorinchalardan bir biriga arteriovenoz qonni o'tishi kuzatiladi..

Gemodinamikani buzilishi defektning hajmiga bog'liq. Kichik nuqsonlarda (aorta xalkasi diametrini 25%) qon chapdan o'nga o'tadi, aorta xalkasi diametrini 25% yuklama oshib ketmaydi. To'sh suyagi chap chegarasida sistolik shovqin eshitiladi.

O'rta hajmli nuqson - (aorta xalkasi diametrini 25-75%) kam va o'rta hajmdagi qon chap qorinchadan o'ng qorinchaga utadi. Chap qorincha va o'pka arteriyasida kam yoki o'rtacha yuklamani oshishi kuzatilishi mumkin. Bunday holatda bemorlarda kassalik belgilari kuzitilmasligi mumkin yoki o'rtacha yurak yetishmovchiligi qayd etiladi.

Kichik nuqson o'lchamlari bilan qonni quyilish ahamiyatsiz. Shuning uchun o'ng yurak va o'pka arteriyalarida bosim sezirarli darajada oshadi oshmaydi.

Katta hajmdagi nuqsonlarda – chap qorinchadan o'ng qorinchaga ko'p miqdorda qonni o'tishishi kuzatiladi. Buni natijasida chap qorinchaga qonni qayta utishi kuzatiladi. Shuning hisobiga chap qorincha ortiqcha yuklamada ishlaydi va miyordan ko'p miqdorda qonni haydaydi. Ma'lum miqdordagi qon chap qorinchadan

o'ng qorinchaga o'tadi va o'ng qorinchani kengayishi kuzatiladi. Agar kichik qon aylanish doirasidagi dimlanish bartaraf etilmasa morfologik o'zgarishlar ya'ni kichik arteriyalar o'rta kavatini qalinlashuvi va tomirlar toryishi va tomirlar oblitiratsiyasi yuzaga keladi.

O'pka gipertenziyasi kuchayib borsa o'ng qorinchaga sistolik yuklama ortadi va o'ng qorincha gipertrofiyasi yuzaga keladi. Kichik qon aylanish doirasida tomirlar qarshiligi katta qon aylanish doirasi tomirlar qarshiligiga tenglashadi. Buning natijasida chap qorinchadan qon o'ng qorinchaga o'tishi susayadi. Yurak hajmi kichiklashadi, kichik qon aylanish doirasidagi bosim katta qon aylanish doirasidagi bosim tenglashadi. O'pka arteriyasi gipertenziyasi o'ng qorinchada sistolik bosimni oshishiga olib keladi va o'ng qorincha gipertrofiyasini yuzaga keltiradi.

TASHXISOT MEZONLARI.

I. Anamnez ma'lumotlari:

II. Gneologik anamnezida tug'ma va ortirilgan yurak va tomirlar nuqsonlari qayt etilganligi; homiladorlikni 1chi 3oyida davrida onaning o'tkazgan kasalliklari (krasnuxa, kor, vetryanka, toksoplazmoz), homilaga radiaktiv nurlanishlarni ,toksik ximik omilarni ta'siri; erta kech homiladolik; tug'ish davridagi asoratlar, ota va onalarning yoshdagi farqi, yaqin qarindoshlilik; chaqloqlik davrida asfiksiya xurujini o'tqazganligi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, balani tez tez o'pka bronx kasalliklari bilan og'rishi.

II.Klinik mezonlar:

- Tez tez charchash, jismoniy zo'riqishdan so'ng hansirash;
- Yurak bukrisi, yurak turtkisini kuchayishi, 3-5- qavurg'alar oralig'ida, tush suyagi chegarasidan chapda sistolik titrash.
- Yurakni nisbiy chegarasini ung va chapga siljishi;
- I ton yurak cho'qisida yaxshi eshitilmaydi, sistolik shovqin to'sishi hisobiga, o'pka arteriyasi ustida II tonn aksenti, dag'al sistolik shovqin yurak ustida 3-4 qavurg'alar oralig'i to'sh suyagidan chapda yaxshi eshitiladi, tush suyagida kuchayadi, buyin katta tomirlariga uzatilmaydi;
- Katta hajmli nuqsonda yurak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

III. Paraklinik mezanlar:

1. Instrumental-grafik:

FKG –3-4 kavurg'alar oralig'ida tush suyagidan chapda yuqori amplitudali sistolik shovqin , o'pka arteriyasi ustida II ton amplitudasi kuchaygan;

EKG - yurakni chap bulimida dimlanish keyinchalik o'pka gipertenziyasi rivojlanish natijasida o'ng bo'limida dimlanish;

EXOKG-chap bo'lmacha va chap qorincha kengaeshi;

Rentgenologik:

- O'pka rasmini kuchayishi, yurak chap va ung tomonga kattalashgan. O'pka arteriyasi yoyining bo'rtib ketishi.

Qiyosiy tashxis

QATN ni BATN, uncha katta bo'lmagan BNO, mitral klapan yetishmovchiligi, aorta stenozi bilan qiyosiy tashxis o'tqazish kerak.

Davo. Qon aylanishni yetish movchiligida davo umumiy tamoilarga asoslanadi. Xirurgik davoga ko'rsatma; yurak yetishmovchiligi, jismoniy rivojlanishshdan orqada qolish, respirator kasalliklarni qaytalanishi. Bu holatlarda operativ davo bola haetini birinchi olti oyliklarida o'tkaziladi. Katta yoshdagi bolalarda o'pka qon aylanish va tizimda qon aylanishi 2:1nisbat qayd etilsa xirurgik davoga kursatma bo'ladi. Katta nuqson yurak yetishmovchiliksiz lekin dopplerografiya tekshiruvda o'pka arteriya bosimi oshganda erta radikal operatsiya 1 yoshgacha o'tqazilishi kerak. Keyingi paytlarda mushak qismida joylashgan ko'p sonli va kam hollarda membranada joylashgan nuqsonlarni kateter orqali okklyuder bilae yopiladi. O'pka arteriyasi torayishida polliativ jarroxlik operatsiyasi faqat qorincha septal nuqsonini tubdan tuzatishni qiyinlashtiradigan birga keladigan nuqsonlar va anomaliyalar bo'lgan taqdirdagina amalga oshiriladi.

Asoratlari. QATN o'rta katta turida kichik qon aylanishi gipervolemiyasi kompensator tomirlarni toryishi va o'pka arterisida bosimni oshishi kuzatiladi. Uzoq davom etgan o'pka gipertenziyasi va kichik qon aylanish doirasi gipervolemiyasi o'pka arteriollari, kichik va o'rta tomirlar devorlarida morfologik o'zgarishlarni olib keladi Surunkali arteriit, fibrozi, skleroz rivojlanadi. O'pka gipertenziyasini sklerotik bosqichida o'pka arterisini kengayishi, o'pka arteriyasida bosim sistemali arterial bosimdan 60 -70% oshadi. Bosim o'ng qorinchada chap qorinchaga nisbatan oshadi. So'ng qon o'ng qorinchadan chap qorinchaga o'tadi. O'rta va katta hajmdagi QATN membrana qismida joylashsa Eyzenmenger sindromi rivojlanadi.

Unga xos: - umumiy o'pka qarshiligi bilan og'ir o'pka giertenziyasi.

- Venoz qonni arterial qonga qo'lishi va ko'karish.;
- O'pka arteriyasini kengayishi va kichik qon aylanish doirasi atrof tomirlarida qonni kamayishi;
- Ko'krak qafasini rentgenogrammasida o'pka rasmini kambag'alla shuvi (« amputatsiya sindromi»), o'pkaarteriyasi yoini bo'rtishi;
- Uchunchi va to'rtinchi qovurg'alar oralig'ida to'sh suyagidan chapda–sistolik shovqin va sistolik titrashni yuqolishi, o'pka arteriyasi klapanini yetishmovchiligi diastolik (Grexima–Stilla) shovqini yuzaga keladi;
- O'pka gipertenziyasi belgisi II tonni aksenti. Surunkali gipoksiya klinik belgilari - qo'l barmoqlarida baraban tayoqchalari, va tirnoqlarda soat shishasi- ga o'xshash o'zgarishlar. Mushak qismida uncha katta bo'lmagan to'siq nuqsonida o'ng qorinchaga tushadigan qon kam miqdodr shuni xisobiga kichik qon aylanish doirasida dimlanish kuzatilmaydi.

ALOHIDA O'PKA ARTERIYASI KLAPANI STENOZI.

Anatomik mohiyati.

O'ng qorinchadan qonni haydash yo'lida to'siq.

AO'AKS si gemodinamikasi:

- O'ng qorinchadan qonni haydash yo'lida to'siq bo'lishi;
- O'ng qorinchada bosimni oshishi;
- Yurak siklini qonni haydash davrini uzayishi tomonga o'zgarishi;
- O'ng qorincha va o'pka arteriyasi o'rtasida gradient sistolik bosim (sistolik bosim o'pka arteriyasida miyorda yoki ozroq kamaygan).
- o'ng qorincha gipertrofiyasi va diastolik bosimni oshishi;
- o'ng qorincha gipertrofiyasi va dilatatsiyasi;
- kam hollarda oval teshikni dilatatsiyasi va o'ng bo'lmachadan qonni chap bo'machaga o'tishi va kukarishni rivojlanishi.

TASHXISOT MEZONLARI

I. Anamnestik:

- I. Gneologik anamnezida tug'ma va ortirilgan yurak va tomirlar nuqsonlari qayt etilganligi; homiladorlikni 1 chi 3 oyida davrida onaning o'tkazgan kasalliklari (krasnuxa, kor, vetryanka, toksoplazmoz), homilaga radiativ nurlanishlarni, toksik ximik omilarni ta'siri, erta kech homiladolik, tug'ish davridagi asoratlar, ota va onalarning yoshdagi farqi, yaqin qarindoshlilik; chaqloqlik davrida asfiksiya xurujini o'tqazganligi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, balani tez tez o'pka bronx kasalliklari bilan og'rishi.

II. Klinik mezanlar:

- Jismoniy zo'riqishdan so'ng hansirash, og'ir xolatlarda yurak sohasida og'riq koranar qon aylanishni yetishmasligi hisobiga.
- Oval teshikni ochiqqligida - lablarni ko'karishi, yurak saxaida ko'krak qafasini bo'rtishi ("yurak bukrisi");
- Buyin vena tomirlarini bo'rtishi va pulsatsiyasi, yurak turkisini kuchaeshi, yurak ustida sistolik titrash;
- Yurakni hajmi o'ng tomonga kattalashuvi;
- I ton kuchaygan, o'pka arteriyasi ustida II ton eshitilmaydi yoki juda susaygan, sistolik shovqin, o'pka arterisi ustida yaxshi eshitiladi, umrov suyagiga uzatiladi va kurak oralig'i sohasiga yaxshi eshitiladi, ayrim bemorlarda nozik diastolik shovqin eshitiladi bu o'pka arterisini klapani yetishmovchiligidan dalolatberadi;
- A/B - o'zgarmaydi.

II. Paraklink mezanlar:

1. Instrumental-grafik:

- a) FKG- registruetsya rombsimon balan amplitudali sistolik tush suyagidan chapda 2chi qavurg'alar oralig'ida. Shovqin I tondan bir necha vaqtdan so'ng

sistolaning ikkinchi yarmida joylashgan, II ton ikkiga bo'lingan, II tonni o'pka komponenti susaygan.

- b) EKG - yurakni o'ngga gipertrofiyasi, o'ng yurakning ortiqcha yuki va gipertrofiyasi darajasini aks ettiradi. ST oraliq izoleniyadan pastga siljigan va T tishni o'ng ko'krak tarmoqlarda manfiy bo'lishi o'ng qorinchada bosim yuqoriligidan dalolat beradi.
- v) EXO KG – klapan stenozini aniqlaydi uning anatomik tuzilishini bayon qiladi.

Rentgenologik:

- Yurak soyasi kattalashgan: o'ng qorincha gipertrofiyasi va o'ng qorincha va o'ng bo'lmacha dilatatsiyasi, yurak chap chegarasi tashqariga siljigan. Yurak "Golland bashmaka" shaklini oladi. Udlinenie i выпячивание дуги легочной артерии. Tomirlar rasmi mierda;
- O'pka arteriyasini kengayishi o'pka rasmini miyoda va kammag'allashuvi alohida o'pka arteriyasi stenozini rentgenologik belgisi hisoblanadi.

Differensial tashxis.

Alohida o'pka arteriyasi stenozini klinik tekshiruv usullar yordamida tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. AO'AS BATN, tetrada Fallo, tarkibida o'pka arterisi stenozi bo'lgan murakkab yurak nuqsonlari bilan o'tqaziladi.

FALLO TETRADASI

Anatomik tuzilishi. - o'ng qorincha chiqish qismini stenozi, katta qorinchalararo to'siq nuqsoni, aorta dekstrapozitsiyasi, o'ng qorincha miokardi gipertrofiyasi.

Gemodinamika:

- O'ng qorinchadan qon toraygan o'pka arteriyasiga o'tadi va qorinchalararo to'siq ustiga utirgan aortaga o'tadi;
- Chap qorinchadan (arterial) va o'ng qorinchadan (venoz) qon aortaga kiradi. Buning natijasida kichik qon aylanish doirasiga va ko'p miqdorda o'ng qorinchadan aortaga haydalishi natijasida sianoz yuzaga keladi.
- O'ng qorincha gipertrofiyasi rivojlanishida o'ng qorinchani aorta bosimiga moslashuvi ta'sir qiladi.
- Asta sekin katta qon aylanish va o'pka o'rtasida, bronx, kukrak qafasi, plevra, perikard, pishevod, diafragma arteriolarini kengayishi bilan kompensator kollateral qon aylanish yuzaga keladi.

TASHXISOT MEZONLARI

I. Anamnestik mezonlar

Gneologik anamnezida tug'ma va ortirilgan yurak va tomirlar nuqsonlari qayd etilganligi; homiladorlikni 1chi 3oyligi davrida onaning o'tkazgan kasalliklari (

krasnuxa, kor, vetryanka, toksoplazmoz), homilaga radiativ nurlanishlarni ,toksik ximik omilarni ta'siri; toksikoz davrida ovqatlanishni buzilishi hisobiga poligipovitaminoz rivojlanishi;og'ir kechgan akusherlik anamnez (abortlar, homilani tashlash); erta kech homiladolik, tug'ish davridagi asoratlar, ota va onalarning yoshdagi farqi, yaqin qarindoshlilik, chaqloqlik davrida asfiksiya xurujini o'tqazganligi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, balani tez tez o'pka bronx kasalliklari bilan og'rishi.

II. Klinik mezonlar:

- Bola hayotini birinchi oyligidan teri qavatini ko'karishi, ko'p hollarda bola 1 yoshga yetganda va undan so'ng jismoniy zo'riqqanda, yig'laganda, qichqirganda, emotsional zo'riqqandan so'ng yuzaga keladi. Ma'lum bir jismoniy faoliyatdan keyin kuchli zaiflik kuzatiladi.
- Hansirash - ko'karish xuruji (gipoksemik): birdaniga ko'karish kuchayadi hansirash, taxikadiya, bezovtalik, kamquvatlilik,kam holarda bemor hushini yuqotadi. Gipoksimik xuruj davomiyligi bir necha daqiqadan 10-12 soatni tashkil qiladi. Miyada qon aylanishi buzilishi mumkin.
- Jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi. Tirnoq va tirnoq falanglarining qalinlashishi va shaklini o'zgarishi, tomirlar va peshonadagi teri kapillyar tarmoqlarining kengayishi, epigastral pulsatsiyayasi.
- Yurak chegarasi ozroq kengaygan;
- II ton o'pka arteriya ustida susaygan. To'sh suyagidan chapda 2-3 qovurg'alar oralig'ida sistolik shovqin, shovqinni intensivligi o'ng qorincha chiqish joyini torayishiga va o'pka arteriyasini torayishiga bog'liq;
- qon aylanishi buzilishi simptomlari kam hollarda kuzatiladi;
- Q/B miyorda yoki ozraq pasaygan.

II. Paraklink:

1. Qon analizi - kompensator politsitemiya.

2. Instrumental-grafik:

- a) FKG: II ton ikkilangan, arterial klapani yopilish shovqini chap tush suyagi yonida sistolani to'liq egallovchi va sistola oxirida susayuvchi rombsimon shovqin;
- b) EKG - yurak o'qi o'nga siljigan o'ng qorincha gipertrofiyasi. Kuchli o'ng qorinchani kengaygayish kuzatilmaydi. P tish kupchilik bemorlarda standart tarmoqarda kattalashgan, o'ng qorinchada o'tkazuvchanlik susaygan;
- v) EXO KG - aorta o'ngroqqa joylashgan va aorta asosi va o'ng qorincha kengaygan, chap qorincha chap bo'lmacha hajmi kichraygan, o'ng qorincha gipertrofiyasi, qorinchalararo to'siqda EXO signallar doimiy qyd etilmydi, o'ng qorincha chiqish joyi toryishi.

3. Rentgenologik:

- Yurak hajmini uncha kattalashmagan, o'ng qorincha devorlarini gipertrofiyasi ung qorincha bo'shliqlari o'rtacha kengayishi, yurak

poyobzal shaklini eslatadi, yurakni oʻrtacha chapga silljigan, oʻpka surati noaniq tasvirlangan, ayrim bemorlarda oʻpka ildizi dimlanish, kollateral qon aylanishi yaxshi rivojlangan bolalarda oʻpka tomirlar rasmi keragicha rivojlangan, kam hollarda kuchaygan..

Differensial tashxis

Fallo tetradasini katta tomirlar transpozitsiyasi bilan qiesiy tashxis oʻtkaziladi.

AORTA KOARKTATSIYASI. (AK)

Anatomik xususiyati –aortaning tugʻma segmentar torayishi .

Gemodinamika:

- Toraygan joydan yuorida bosim baland yuqori;
- Chap qorinchada bosim kuchini balandligi;
- Toraygan joydan pastda Q/B past;
- Qon aylanish kollateral xisobiga amalga oshadi.

TASHXISOT

MEZONLARI.

I.Klinik mezonlar:

- Ishtaxani sustligi, oʻsish va rivojlanishdan orqada qolish, bezovta, yurak yetishmovchilik, davo efefekt bermasligi;
- Son arteriyalarida tomir urishini qayd etilmasligi va sustligi;
- Chap qorincha hisobiga yurakni kattalashishi;
- Shovqinlarni tashxisot uchun muxim emasligi. Kup hollarda chap umrov suyak chuqrchasida va kuraklar oraligʻi sohasida sistolik shovqin eshitiladi;
- Q/B tanani pastki qismda past tanani yuqori qsmi bilan solishtirganda

II. Paraklinik meʼzonlar:

1. Instrumental-grafik:

- a) EKG - chap qorincha gipertrofiyasi ;
- b) EXO KG - chap qorincha miokardi gipertrofiyasi.

2. Rentgenologik:

-yurak hajminikattalashuvi, aorta dugasini kengashi va aortani yuqoriga koʻtariluvchi aorta yoyini pulsatsiyasi.

- oʻpka tomir surati kuchaygan.

- oʻpka arteriyasi dugasini boʻrtib shishishi.

Differensial tashxis

Fibroelastoz bilan oʻtqazish kerak.

Tashxis etaloni:

Tug'ma yurak nuqsoni, aorta koarktatsiyasi, nisbiy kompensatsiya bosqichi, qon aylanishni buzilishi.

Atrio-ventrikulyarnaya kommunikatsiya - ochiq atrioventrikulyar kanal (AVK) –TYuN, uni komponentlari hisoblanadi; birlamchi bo'lmachalar aro to'siq nuqsoni, mitral va uch tabaqali klapan qapqoqlarini ikkiga bo'linishi, qorinchalar aro to'siq nuqsoni. AVK qisman va to'liq ko'rinishda bulishi mumkin.

Epidemiologiya. AVK TYuN ni 3-4% va kritik TYuN 6% ni tashkil qiladi. Bemor bolalarda 60-70%ni AVBni to'lik shakli kuzatiladi. Bemorlarning 50% da Daun sindromi kuzatiladi.

AVK Gemodinamikasi. Qisman AVB da gemodenamik buzilishlar mitral klapanda qonni regurgitatsiyasi va bulmachalararo to'siqdan konni o'tishi kuzatiladi. Ko'pchilik holatlarda ko'p miqdoda qon chapdan o'nga o'tadi, kichik qon aylanish doirasida gipervolemiya va ikala qorinchada dimlanish kuzatiladi. Qorinchalar sistolasi davrida chap qorinchadan qonni chap bo'lmachaga metral klapan yetishmovchiligi hisobiga qaytishi kuzatiladi, so'ngra bulmachalararo to'siq defikti hisbiga chap bo'lmachadan o'ng bo'lmachaga konni utishi qayd etiladi. O'rtacha o'pka gipertenziya kichik qon aslanish doirasida doimiy gipervolemiya natijasida yuzaga keladi. Yuqori o'pka gipertenziiyasi kasallikni oxirgi bosqichlarida rivojlanadi. AVK ni to'liq shaklida gemodinamikani buzilishi aniventrikulyar klapanlarni yetishmovchiligi bulmachalararo tusiq defekti va qorinchalararo to'siq nuqsoni natijasida qon o'tishi yuzaga keladi. Kasallikning bunday shaklida yurakka yuklama ona qornida yuzaga keladi balki yurak etishmovchilikka olib keladi. Qonni ko'p miqdorda chapdan o'nga haydalishi natijasida yana qonni o'pka arteriyasiga haydalishi yurakni o'ng va chap bo'limlarida yuklamani oshiradi. Bosim chap va o'ng qorinchalarda bosim tenglashadi va erta yuqori o'pka gipertenzisiga olib keladi. To'lik bulmagan AVK shaklida klinik simptomatika metral yetishmovchilikni darajasiga bogliq.

I.Klinik me'zonlar

- Regurgitatsiya sezilarli bo'lganda chaqaloqlik davrida yurak yetishmovchilik belgilari yuzaga kelishi mumkin. O'RI chuzilgan kechishi qayd etiladi, bolalar haetini birinchi oyligidan jismoniy rivojlanishdan orqada qola boshlaydi.
- bola tug'ilganidayoq emizilganda tez charchaydi, terlash, yurak yetishmovchiligi kuchayadi.
- bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, ularda kayta O'RI va pnevmaniya rivojlanadi.
- fizikal tekshiruvda chap tomonlama yurak bukrisi, IV qavurg'alar oralig'ida yoki yurak cho'qqisi ustida sistolik titrash aniqlanadi.
- Auskultatsiyada 2 xil shovqin eshitiladi; II qovurg'a oralig'i to'sh suyagidan chapda o'pka arteriyasini nisbiy stenozi shovqini va yurak cho'qqisida va to'sh suyagi chap chegarasida mitral klapani yetishmovchiligi sistolik shovqini.
- AVK ni to'liq shaklida bola haetini 1 chi oyligini oxirlarida ahvoli og'irlashadi, qachonki o'pka tomirlarining rezistentligi susayganda va o'pkata qon aylanish kuchayganda.

– yurak tonlari kuchaygan, o'pka arteriyasi gipertenziyasi natijasida o'pka arteriyasi ustida II tonni aksenti eshitiladi, to'sh suyagi chap chegarasi dag'al sistolik shovqin(qorinchalararo to'siq nuqsoni), chap aksilyar sohaga uzatiluvchi klapan yetimovchiligi sistolik shovqin. Mitral klapani yetishmovchiligi shovqini qorichalar aro to'siq nuqsoni shovqini bilan qo'shib ketadi. Yuqori o'pka gipertenziya (Eyzenmengersindromi) bola haetining 1chi yilini oxirida rivojlanadi, haetining 2-chi yili oxirlarida o'pka tomirlarida kayta tiklab bo'lmaydigan o'zgarishlar yuzaga keladi.

II.Paraklinik

1.Instrumental –grafik

EKG - AVK ni to'liq bo'lmagan shaklida yurak elektr o'qi chapga og'ishi chaqaloqlarda ham kuzatiladi. Levogramma ko'p hollarda o'ng qorincha dimlanishi belgilri bilan namayon buladi. Mitral klapan yetishmovchiligida chap bo'lmacha va chap qorincha dimlanish belgilari yaqqol nomoyon bo'ladi. AVK ni to'liq shaklida yurak elektr o'qi chapga og'ishi va ikala qorincha va chap bo'lmachada dimlanish aniqlanadi.

2. Rentgenologik – AVK ni to'liq bo'lmagan shaklida arterial va venoz ruslada o'pka rasmini kuchaeshi. Mitral yetishmovchilik chap bo'lmacha va chap qorincha kengaeshi bilan nomoyon bo'ladi. AVK ni to'liq shaklida o'pka rasmi arterial tomirlarda salmoqli, vena tomirlarda kamroq kuchaygan. Yuqori o'pka gipertnziyasi belgilari aniqlanadi, yurak kattalashgan yurakni barcha kameralari hisobiga.

Differensial tashxis AVKni tuliq bo'lmagan shakli tug'ma mitral klapan yetishmovchiligi vaAVKni to'liq shakli bilan o'tkaziladi. AVK da bolalar o'limi yurak yetishmovchili, yuqorigipertenziyadan va fotal aritmiyadan kuzatiladi. Prichinami smerti pri

Davo.

AVK da medikamentoz davo asosan digoksin,kerak hollarda APF ingingibitorlari va siydik haydovchi dori vositalari balan yurak yetishmovchilikni oldini olishga yunaltiriladi. Rejali xirurgik dava bola 1-2 yoshga to'lganda o'tkaziladi. Kuchli rivojlangan mitral klapan yoki umumiy bo'lmacha yetishmovchiligida xirurgik davo ertaroq o'tkaziladi. Xirurgik davo qorinchalararo to'siqni septal plastik yopish va mitral va uch tabaqali qopqoqlarning bo'linish shovqlarini rekonstruksiya qilishdan iborat.

AVK ni to'liq shaklida xirurgik davo erta yoshda(hayotini birinchi oyida) Eyzenmenger sindromi rivolingunga qadar o'tqaziladi. Radikal operatsiya umumiy atrioventrikulyar kanalni mitral va uchtabaqali kanalga bo'lishdan iborat.

Asorati. No'ksonni kuchli rivojlangan turida yurak yetishmovchiligi, yurak ritmini buzilishi, infeksiyon endokardit.

Prognoz. prognozi qoniqarsizligicha qolmoqda.Nuqsonni tipik kechuvida birinchi olti oyligida bolalar o'limi 27% ni, bir yoshga tulgunga qadar 40% ni tashkil qiladi. Kiengi 4 yilida 10% bolalar o'limi qayt etiladi. Juda kam hollarda Alohida hollarda bemorlar katta yoshgacha yashab qoladilar,ammo jiddiy nogiron bo'lib qoladilar.

Tug'ma yurak no'qsonlari tasnifi
(Мардер, . К.Ф.Ширяева, 1965)

1	2	3
Kichik qon aylanish doirasini kambag'alashuvi.	Alohida o'pka arteriyasi stenozi	Fallo kasalligi, trikuspidal atreziya, to'liq tomirlar transpozitsiyasi o'pka arteriyasi stenozi, umumiy arterial stvol, Ebshteyn kasalligi
Katta qon aylanishini kambag'allashuvi bol'shogo kruga krovo-obrasheniya	Alohida o'pka arteriyasi stenozi. Aorta kaortatsiyasi	
Gemodinamika kani buzilishisiz	Dekstrakardiya, tomirlar joylashuvi anomaliyasi, Tolochi- nova-Roje kasalligi,	

Adaptatsiya fazasi – bola organizmining yurak qontomir tizimni vaqtinchalik noadekvat sharoitiga moslashuvi. Yurak faoliyati bu fazada mustahkam bulmaydi va bolani rivojlanish jarayonida jismoniy zo'riqish fonida o'tkir respirator virusli infeksiya va boshqa infeksiyalar fonida qon aylanish yetishmovchiligi tez revojlantadi.

Kasallikni bu bosqichida uchraydigan asoratlari hisoblanadi:

1. Qon aylanishni buzilishi (erta yoki birlamchi) I, II_A, II_B, III darajasi,
2. Distrofiya (gipoplaziya, gipotrofiya).
3. Gipostatik pnevmoniya.
4. Septik endokardit.
5. Interkurrent kasalliklarga moyillik.
6. Erta kichik qon aylanish doirasi gipertoniyasi.
7. Gipoksemik krizlar (poroki serdtsa I gipertoniyasi I gruppy).
8. Kollaptoid holatlar.
9. Aritmiyalar (ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya), to'liq yoki to'liq bo'lmagan atrio-ventrikulyar blokada.

Adaptatsiya fazasini davomiyligi asoratsiz turi 2-3 oy, asoratli turi 1.5 – 2 yilni tashkil qiladi.

Nisbiy kompensatsiya fazasi - organizmning hamma kompensator mexanizmlarini yuzaga kelishi va miokard gipertrofiyasi natijasida yuzaga keladi. Yurak faoliyati turg'un, bola organizmini infeksiyalarga rezistentligi yuqori, jismoniy rivojlanishi yaxshi,

Nisbiy kompensatsiya fazasi asoralari:

1. Septik endokardit.
2. Kichik qon aylanish doirasi gipertoniya.
3. Nisbiy gipoxrom kamqonlik.
4. Bosh miya va boshqa organlar tomirlari trombozi.
5. O'pka tuberkulyozi.
6. Gipoksemik artritlar.
7. Gemorragik sindrom vaskulit turi.
8. Gipertenzion sindrom (bosh og'rig'i, obmoroklar, burundan qon ketish).
9. Stenokardiya sindromi.

Nisbiy kompensatsiya fazasini davomiyligi bir necha oydan 20-30yilgacha davom etadi

Gimodinamikani buzilishi	Sianozsiz	Sianoz bilan	Kechish fazasi
1	2	3	4
Kichik qon aylanish doirasini boyishi	Arterial nayni ochiqqligi, qorinchalararo to'siq nuqsoni, bo'lmachalararo to'siq nuqsoni atrioventrikulyar kommunikatsiya	Ezenmenger kompleksi, magistral tomirlar transpozitsiyasi, umumiy arterial stvol.	1. Birlamchi adaptatsiya fazasi 2. Nisbiy kompensatsiya fazasi 3. Terminal- faza

Terminal faza - miokardda distrofik o'zgarishlarni yuzaga kelishi surunkali qon aylanishini buzilishi rivojlanishini asosi hisoblanadi.

Terminal fazanin asosiy asorati qon aylanishni buzilishi hisoblanadi va nuqson turiga bog'liq holda chap va ung qorinchali va aralash turiga, rivojlanish darajasiga ko'ra I, I_A, II_B, III faqlanadi. Bu fazada yuqorida qayd etilgan osaratlardan biri rivojlanish extimoli yuqori.

TUG'MA YURAK NUQSONLARINI ANIQLASHDA DIAGNOSTIK DASTUR

Minimal

- Biologik va genealogik anamnezini yig'ish va analiz qilish.
- Antropometrik ma'lumotlarini baholash.
- Kardiomegaliyani aniqlash.
- Organik xarakterli shovqinlar.
- Qon aylanish buzilichlar belgilari.
- A/B o'zgarishi.
- FKG
- EKG.

Maksimall

- EXO KT.
- 3 xil proeksiyada o'pkani rentgen tekshiruvi.

TUG'MA YURAK NUQSONI BILAN KASSALANGAN BOLALARNI DISPANSER KUZATUVI VA REABILITATSIYASI

Mutaxasislar kurvi soni	Kuruvda nimalarga etibor qilish keraksmotre obratit vnimanie	Qushimcha tekshiruv usullari	Sog'lomlashtirish ni asosiy usullar.	Kuzatuv davomiyligi	Profilakti - Chk emlashlar k p privivki
Pediatr, kardio-revmatolog I-faza - og'ir kechvuvida 1oyda 1 marta, II -faza - yilda 2marta; III- faza - 2-3 marta yilga. LOR, stomatolog - yilda 2 marta.Boqa mutaxasislar ko'rsatma buyicha.	ana vazniga, tez charchashga,hansirash,ko'karishlarga, pastoznost, shishlarga, jigarni kattalashishiga, hansirash ko'karish xurujiga, yurak urishiga tomir urishiga yurak hajmiga , QB, yurak tonlari,shoqinlar dinamikasiga	I fazada: FEKG, qon, peshob analiz , - 1 m a r t a 2-3 oyda., yurak rentgenogrammasi - 1 marta 1-1,5 yilda. II fazada: FEKG,qon, peshob analiz - yilda 2marta, yurakrentgenogrammasi - 1 m a r t a 2-3 yilda. III fazada: FEKG,qon, peshob nalizy Urak rentgenogrammasi yilda 3-4 marta va ko'satma buyicha	Surunkali uchoqlar sanatsiyasi. Interkurent kasalliklarni to'liq davolash. Yurakta metabolik jarayonlarni yaxshilash 1-2 marta yilida. Parxez davo, yurak glikozidlari, va-zodilatatorlar, siydik haydovchi dorilar, simptomatik davo ko'rsatma buyicha Antiaritmik dorilar ko'rsatma buyicha. Toza havoda kuniga 3-4 soat Maxaliy sanator davo	Vsyu jizn. Posle radikalnoy operatsii -1-2 goda	Kursatmaga binoan

TUG'MA YURAK NUQSONLARI MAVZUSI BO'YICHA TEST TOPSHIRIQLARI.

Klinik vaziyat № 1

Qabulingizga 5 yoshli qizchani olib kelishdi. Onasi so'zlaridan qizcha yugurganida yuragining tez urishiga va tez charchab qolishiga shikoyat qilayapti.

Savol 1. Qizchadagi holatning sabablari nimada deb o'ylaysiz?

- Shikoyatlari kamqonlik, TYuN, yurak yetishmovchiligi, miokardit bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Savol 2. Anamnezidan sizni nimalar qiziqtiradi?

- Onada homiladorlik qanday o'tgan, aynan esa: homiladorlik vaqtida o'tkazgan infeksiyalari – gripp, qizilcha va b, ayniqsa 1- trimestrda (kasal bo'lmagan), dori vositalari qabul qilganmi (yo'q), homiladorlik vaqtida alkogol iste'mol qilganmi (yo'q), chekish (yo'q), onaning surunkali kasalliklari bormi – tizimli qizil yugurik, qandli diabet (yo'q).
- Oilada kimdir TYuN dan aziyat chekadimi? (yo'q).
- Tug'ruq qanday kechgan? (normal). Tug'ilgandagi vazni (2800), muddatida tug'ilgan, darhol yig'lagan, ko'krakka darhol qo'yilgan. Ko'krakni yaxshi emgan. Emlashlar? (tug'ruqxonada barcha kerakli emlashlarni olgan)
- Qizcha qanday rivojlangan? Vazni yig'ishda orqada qolmaganmi? (onasi so'zlaridan qizcha doimo ozg'in bo'lgan). Yoshga ko'ra emlashlarni olganmi? (ha)
- Tez-tez kasal bo'lib turadimi? O'tkazgan kasalliklari? (barcha bolalar kabi yiliga 3-4 marta shamollab turadi, gripp bilan og'rigan).
- Yana qandaydir belgilar kuzatilganmi, masalan, ko'karib ketish (yo'q).

Savol 3. Klinik ko'ruvda nimalarga e'tibor qaratasiz?

- Tinch holatda : puls (130), nafas soni (32-34), AQB (90/60), temperaturasi (36,4)
- Vazni – (15 kg).
- Tashqi ko'ruvning boshqa belgilari: vazndan orqada qolish (ha), sianoz (yo'q), ter iva shilliq qavatlari rangparligi (ha), baraban tayoqchalari (yo'q), oyoqlarida shish (yo'q), tug'ma nasliy anomaliyalar/sindromlar –Daun, Shershevskiy-Terner s-m (yo'q)
- Ko'krak qafasi ko'ruvi, palpatsiyasi, perkussiyasi, auskultatsiyasi: yurak bukri (yo'q), yurak cho'qqisining ko'zga tashlangan siljishi (ha, biroz), sistolik titrash (yo'q), ko'zga tashlanuvchi bo'yindagi pulsatsiya (yo'q). Perkutor: (nisbiy to'mtoqlik chap chegarasi o'rta o'mrov chizig'idan 1sm tashqarida, ya'ni kengaygan). Auskultatsiyada: (II dan III – IV qovurg'alar orasida to'shning chap qirrasi bo'ylab sistola-diastolik shovqin, yurak asosida II ton aksenti)
- Abdominal soha ko'ruvi: jigar (og'riqsiz, qovurg'a yoyi bo'ylab joylashgan), qora taloq (paypaslanmaydi)

Savol 4. Nimaga shubha qildingiz?

- TYuN. Ochiq arterial yo'lak

Savol 5. O‘zingizning OP/QVP/QOP da qizchani kardiolog maslahatiga yuborishdan avval qanday kerakli instrumental tekshiruvlarni o‘tkaza olasiz?

- EKG, ko‘krak qafasi rentgenografiyasi

Klinik vaziyat № 2

Qabulingizga 5 oylik Alisher ismli farzandi bilan ona emlash olish uchun keldi. Alisher 3 oydan beri TYuN qorinchalararo to‘siq nuqsoni bilan «D» hisobida turadi. Kelgandagi vazni – 6800 g, bo‘yi 63 sm, NS daqiqasiga 35 marta, puls daqiqasiga 130 marta. 4 oyligida: vazni – 6000 g, bo‘yi – ko‘rsatilmagan. Anamnezidan: istisnosiz ko‘krak suti bilan emizib boqiladi. Tug‘ruqxonada Alisher VGV1, OPV0 va BSJ1 ni olgan. Klinik ko‘ruv ma‘lumotlari: terisi toza, sianoz yo‘q. Auskultatsiyada: sistolik shovqin, o‘pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo‘q. Qorni yumshoq, og‘riqsiz. Jigar qovurg‘a yoyi qirrasida, paypaslaganda og‘riqsiz. Najasi va peshobi ravon. EKG – YuQCh 130 marta, ritm sinusli, regulyar. Ko‘krak qafasi rentgeni – o‘pka surati kuchaygan. Psixomotor rivojlanishi: o‘giriladi, shiqildoqqa e‘tibor qaratadi, o‘z qo‘llarini tomosha qiladi.

Savol 1. Bolada TYuN ning dekompensatsiya simptomlari/yurak yetishmovchiligi bormi? (yo‘q). Agar ha bo‘lsa, unda qaysi? (dekompensatsiya simptomlari yo‘q)

Savol 2. Navbatdagi vaksinatsiyani o‘tkazasizmi? (Ha)

Savol 3. Qaysi emlashlarni oladi ? ((penta-1(AKDS-1,VGV-2,XIB.-1) OPV-1, Rota-1 (oral rotavirusli) PNEVMO-1))

Savol 4. Emlashni olish uchun nimalar qarshi ko‘rsatma bo‘lishi mumkin? (dekompensatsiya simptomlari – yurak yetishmovchiligi – ↑puls/yoki YuQCh, ↑NS, o‘pkaning pastki bo‘limlarida xirillashlar, jigarning kattalashishi, vazn qo‘shmaslik, psixomotor rivojlanishdan orqada qolish)

Savol 5. Undagi TYuN ni hisobga olib Siz, UASh sifatida, uning holatida nimani va har qanchada nazorat qilasiz? (1 yoshgacha – har oyda, 1yoshdan 3 yoshgacha – har 3 oyda, 3yoshdan 5 yoshgacha – har 6 oyda. Jismoniy – vaznga qo‘shilish dinamikasi va psixomotor rivojlanishi, ovqatlanishini nazorat qilish muhim. Muntazam ravishda reja asosida (yiliga 1-2 marta) kardiolog va ko‘rsatma bo‘yicha kardioxirurg maslahatiga yuborish. yiliga 1 marta – umumiy qon taxlili, umumiy peshob taxlili, EKG. EXOKG – kardiolog ko‘rsatmasiga ko‘ra. Bakterial endokardit profilaktikasi).

Klinik vaziyat № 3.

Zulfiya 3 yoshda. Unga tug‘ilganidan qorinchalararo to‘siq nuqsoni (QATN) tashxisi qo‘yilgan. Onasi bolaga o‘tkazilgan shamollashdan keyin bog‘chaga borish uchun ma‘lumotnoma so‘rab keldi. Ko‘ruvda onaning shikoyatlari yo‘q. Zulfiya bog‘chaga boradi. Oila sharoitiga ko‘ra ularning oilasi Andijondan Toshkentga ko‘chib kelgan. Ambulator kartasi yo‘qolgan. Unda faqat, 1,5 yoshligida qilingan, EXOKG xulosasi bor, u yerda: TYuN. Gemodinamikaning buzilishsiz izolyatsiyalangan QATN tashxisi qo‘yilgan.

Savol 1. UASh Zulfiyani «D» hisobiga olish kerakmi? Yoki UASh uni kardiolog maslahatidan so'ng «D» hisobiga qo'yadimi? Agar yo'q bo'lsa, nima uchun? Agar ha bo'lsa, nima uchun? (ha, UASh Zulfiyani kardiologga yubormasdan qo'yilgan tashxis bo'yicha «D» hisobiga qo'yadi, chunki Zulfiyaning ahvoli qoniqarli, kardiologga zudlik bilan murojaat qilishni talab etmaydi. Biroq dispanser kuzatuv rejasiga kardiolog maslahatini kiritib qo'yadi).

Savol 2. Qanday holatda UASh Zulfiyani kardiolog maslahatiga yuboradi? (yurak yetishmovchiligi simptomlari paydo bo'lganida va/yoki YuE davolashda samara bo'lmaganida– yurak glikozidlari, diuretiklar, APF ingibitorlari – kaptopril; bakterial endokardit qo'shilganida, aortal yetishmovchilikda. Shuningdek o'pka gipertenziasining simptomlari paydo bo'lganida).

Savol 3. Zulfiyada TYuN da paydo bo'lishi mumkin bo'lgan yurak yetishmovchiligi simptomlarini sanab bering? (tez charchash, hansirash, taxikardiya, yurakning tez urib ketishi, vazn qo'shilmasligi, jigarning kattalashishi).

Savol 4. Oxirgi 2 yilda Zulfiyaga hech qanday tekshiruvlar o'tkazilmagan. Oilaviy poliklinikada qanday tekshiruv usullarini va qaysi maqsadda o'tkazasiz? (anamnez yig'ish – TYuN ning xavf omillari yoki sabablarini aniqlash, klinik ko'ruv – YuE simptomlarini aniqlash; umumiy qon taxlili – Hb, temir tanqisligi kamqonligini inkor qilish va nazorat qilish; umuiy peshob taxlili – siydik yo'llari infeksiyasini o'z vaqtida aniqlash, EKG – chap qorincha gipertrofiyasini aniqlash, aritmiyalar; ko'krak qafasi rentgeni– o'pka surati va yurak soyasi o'lchamini nazorat qilish).

Savol 5. UASh sifatida Zulfiyaning onasiga qanday tavsiyalar berasiz? (ratsional ovqatlanish, vaznni nazorat qilish, adekvat jismoniy faollik, muntazam ravishda UASh qabuliga tashrif buyurish, emlashlar, rutin taxlillarni va instrumental tekshiruvlarni o'z vaqtida topshirish, qaysidir muolajalar, manipulyatsiyalar va o'tkir infeksiyalarda antibakteria profilaktikani olib borish).

Klinik vaziyat № 4.

UASh QVP da navbatchilikda bo'lganida 18.00 da 6 yoshli Bekzodning uyiga chaqiruv bo'ldi. Bekzod tug'ilganidan TYuN Fallo tetradasida «D» hisobida turadi. Ko'ruv vaqtida Bekzodda teri va shilliq qavatlarining sianozi, tinch holatda kuchli hansirash aniqlandi. Bola oyoqlarini ko'krak sohasida yig'ib olgancha ko'rpachada yotipti. Oilada Bekzoddan tashqari yana uch farzand bor. U oilada eng kattasi Onasi uy bekasi. Otasi 3 yildan oldin Rossiyaga ishlashga ketgan.

Savol 1. Bekzodda qanday holat? (Og'ir Fallo tetradasida hansirash-sianotik xuruji)

Savol 2. Nima deb o'ylaysiz, Bekzoddagi bunday holatning sababi nimada, va u nima uchun majburiy holatda yotibdi? (o'ng qorincha infundibulyar bo'limining keskin spazmi ro'y bergan, bu venoz qonning barcha xajmining qorinchalararo to'siq nuqsonidan aortaga o'tishiga olib kelgan va MAT da gipoksiyani kuchaytirgan. Majburiy holat tizimli tomirlar qarshiligini oshirib, bolaning holatini yaxshilashga yordam beradi).

Savol 3. Bekzodga qanday shoshilinch yordam ko'rsatasiz? (tinchlantirish, tugmachalarni yechish, imkoni boricha tomir ichiga sekin-asta! beta-adrenoblokator propranalol 0,1% v r/d 0,1 mg yoki 0,1 ml/kg dan yuborish)

Savol 4. Propranalol ta'sir etuvchi moddani saqlagan preparatlarning boshqa nomlarini ayting (anaprilin, obzidan, inderal).

Savol 5. Propranaloldan so'ng Bekzodning ahvoli yaxshilandi. Hansirash va sianoz kamaydi. Bekzodni zudlik bilan shifoxonaga yotqizasizmi? Agar ha bo'lsa, nima uchun? Agar yo'q bo'lsa, nima uchun? Sizning keyingi taktikangiz? (zudlik bilan shifoxonaga yotqizish uchun zarurat yo'q, chunki propranaloldan so'ng ahvoli yaxshilandi, hansirash-sianotik xuruj bartaraf qilindi. Shuningdek oiladagi sharoit – oilada 3 yosh bola, otasi ham Rossiyada. Shuning uchun xurujdan tashqari vaqtda Bekzodga sutkada 0,5-1mg/kg dan kuniga 3-4 mahal propranalol tabletkasini tavsiya etish mumkin va Tuman Tibbiy Birlashmasi (TTB) kardiolog maslahatiga yuborish mumkin, so'ngra esa sog'liqni saqlash uchlamchi bo'g'iniga kardiolog/kardioxirurgga yo'llanma beriladi)

Klinik vaziyat № 5.

Profilaktik ko'ruv vaqtida 13 yoshli Maratda ko'krak qafasi auskultatsiyasida yurakda shovqin aniqladingiz. Shovqin o'rta intensivlikda, sistolik, to'shning chap qirradi bo'ylab, epitsentri II-III qovurg'alar orasida. Siz unga yengil jismoniy yuklama berdingiz – o'tirib-turish, shundan so'ng shovqin kuchaydi. Ko'krak qafasi perkussiyasida: chap chegarasi – o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab 5 qovurg'alar orasida, o'ng – to'sh o'ng qirrasidan 1,5 sm tashqarida, yuqori-2 qovurg'aning yuqori qirradi. Marat ozg'in ko'rinadi.

Savol 1. Maratda shovqin funksionalmi yoki organik? (organik).

Savol 2. Organik shovqinni tasdiqlovchi belgilarni sanab bering (Shovqin o'rta intensivlikda, sistolik, to'shning chap qirradi bo'ylab, epitsentri II-III qovurg'alar orasida. Siz unga yengil jismoniy yuklama berdingiz – o'tirib-turish, shundan so'ng shovqin kuchaydi. Shuningdek yurak chegarasining yuqoriga perkutor kengayishi).

Savol 3. Maratda TYuN mi yoki OYuN mi? (TYuN)

Savol 4. Qaysi ma'lumot TYuN dan OYuN ni differentsiatsiya qilishga yordam beradi? (anamnezidagi surunkali tonzilit, o'tkazilgan folikulyar angina, revmatizm)

Savol 5. Poliklinikangizda qaysi laborator va instrumental tekshiruvlarni o'tkazasiz? (EKG, ko'krak qafasi rentgeni, umumiy qon, peshob taxlillari)

Klinik vaziyat № 6

Go'zal 10 oylik. Unga tug'ilganidan tug'ma yurak nuqsoni (TYuN) qorinchalararo to'siq nuqsoni(QATN) tashxisi qo'yilgan. O'sish va rivojlanish monitoringi vazni qo'shilmaganligini ko'rsatdi. Qizcha ozg'in, o'tiradi, turadi, biroq mustaqil tura olmaydi. Emlashlarni olmagan. Tez-tez nafas yo'llari kasalliklari bilan og'rib turadi. Ikki marta pnevmoniya bilan og'rgan. Ko'ruvda: NS – tinch holatda 50 marta, puls daqiqasiga 140 marta. Jigar qovurg'a yoyidan 1,5 sm chiqib turipti. Kardiolog tavsiya qilgan digoksinni tutib turuvchi dozada kuniga 1 marta qabul

qiladi. Go‘zal asosan sutli aralashma va kuniga bir marta manniy bo‘tqasi berib boqiladi.

Savol 1. Bola hech qanday emlashlarni olmagan, Go‘zalga emlashni boshlaysizmi, Agar ha bo‘lsa, nima uchun? Agar yo‘q bo‘lsa, nima uchun? (yo‘q, chunki emlashga qarshi ko‘rsatma bor- yurak yetishmovchiligi).

Savol 2. Go‘zalda qanday dekompensatsiya belgilari bor va ular emlashga qarshi ko‘rsatma bo‘lib hisoblanadimi? (TYuN dekompensatsiya simptomlari – taxikardiya, hansirash, jigarning kattalashishi, digoksin qabul qilish, o‘sishdan orqada qolish).

Savol 3. UASh sifatidan Sizning taktikangiz? (kardiologik bo‘limga yotqizish zarur)

Savol 4. Shifoxonadan javob berilganidan so‘ng Go‘zalning uyiga bordingiz. Qizchani aholi qoniqarli, Hansirash yo‘q, Tomir urishi yoshiga mos. Jigar qovurg‘a yoyida. Go‘zal 500 g vazniga qo‘shgan. Dispanser kuzatuviga nimalarni kiritiasiz? (har oyda bolaning jismoniy rivojlanishini kuzatish, yurak yetishmovchiligi simptomlari – nafas soni, pulsi, vazn qo‘shishi, dori preparatlari – yurak glikozidlarini qabul qilishi va ularning nojo‘ya ta‘sirini nazorat qilish. 2 oyda 1 marta – umumiy qon, peshob taxlili, EKG, ahvoli og‘irlashganda kardiolog konsultatsiyasi. Bakendokardit profilaktikasi).

Savol 5. Go‘zalni parvarishlash uchun onaga maslahatlar bering (adekvat ovqatlanish – kuniga 2 marta sun‘iy aralashma, qolganlari – sariyog‘ qo‘shib guruchli, grechka, sulidan bo‘tqa; qatiq, kartoshka, qirg‘ichdan o‘tkazilgan sabzavotlar, go‘shmaydalagichdan chiqarilgan go‘sh, baliq, tovuq go‘sh, tvorog, tuxum sarig‘i. Kun tartibiga rioya qilish – ochiq havoda sayr qilish, dorilarni muntazam qabul qilish. Ovqat tayyorlashda va saqlashda gigiena qoidalariga rioya qilish.

Klinik vaziyat № 7.

Vera 4 yoshda. Tug‘ilganidan tug‘ma yurak nuqsoni (TYuN). Bo‘lmachalararo to‘siq nuqsoni (BATN) tashxisi qo‘yilgan. Oxirgi paytlarda Veraning onasi qizida burundan nafas olish qiyinlashganligini bildirdi. Ob‘ektiv ko‘ruvda: Veraning ahvoli qoniqarli, burun-lab uchburchagida yengil sianoz. Nafas soni daqiqasiga 30 marta, puls 110. O‘pkada vezikulyar nafas. Auskultatsiyada: yurakda sistolik shovqin. Nisbiy to‘mtoqlik chegarasi yoshiga mos ravishda. Qorni yumshoq, og‘riqsiz, jigar qovurg‘a yoyi bo‘ylab. Peshobi va najasi ravon. Vazni 14 kg.

Savol 1. Verada TYuN BATN bilan bog‘liq qon aylanishining yetishmovchiligi simptomlari bormi? (yo‘q).

Savol 2. Nima deb o‘ylaysiz, Verada burundan nafas olishning qiyinlashishi va burun-lab uchburchagida yengil sianoz nima bilan bog‘liq? (Verada adenoidlar, poliplar va burun bilan boshqa muammolar bo‘lishi mumkin)

Savol 3. Sizning taktikangiz? (adenoidlar, poliplar va burun bilan boshqa muammolarni inkor etish uchun LOR maslahatiga yuborish)

Savol 4. LOR shifokori Verada Adenoidlarni aniqladi va ularni olib tashlashni tavsiya qildi. Verada TYuN. BATN ni hisobga olib adenoidlarni olib tashlashdan

avval qanday choralarni qo'llaysiz? (bakterial endokardit profilaktikasi, aynan esa: umumiy taxlil, qon va peshob bakteremasi. So'ngra manipulyatsiyadan bir soat avval va takror 8 soatdan keyin amoksitsillin – 50 mg/kg).

Klinik vaziyat № 8

Qabulingizga 9 yoshli Zarina ismli qizchasi bilan ona keldi. Uning qizchasiga suzish basseytiga tashrif buyurish uchun ma'lumotnoma kerak. Anamnezidan shu narsa ma'lum bo'ldiki, uning shikoyatlari yo'q. Homiladorlik va tug'ruq normal kechgan. Chaqaloqlik davri yaxshi kechgan. Emlashlarni o'z vaqtida olgan. Maktabda yaxshi o'qiydi. O'tkazgan kasalliklari O'RVI, shamollash, temir tanqisligi kamqonligi - hisobda turadi. 6 oy avvalgi taxlilida Hb - 100. Umumiy ko'ruv – AQB 100/70, NS 20 marta min, Ps 100 marta min. Vazni 30 kg. Bo'yi 135 sm. Klinik ko'ruv: tersi toza, shilliq qavatlari rangparroq. O'pkada vezikulyar nafas. Yurak tonlari aniq, ritmik. Chap tomonda III qovurg'alar orasida kuchsiz, qisqa sistolik shovqin eshitiladi, jimsoniy yuklamada inetensivligi pasayadi. Auskultatsiyaning boshqa nuqtalariga uzatilmaydi. Perkutor: yurakning chap chegarasi chap o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab 5 qovurg'alar orasida. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jiga rva qora taloq paypaslanmaydi. Peshobi va najasi ravon.

Savol 1. Eshitilgan shovqin organikmi yoki funksional? Asoslab bering. (funksionalga o'xshaydi, chunki yurak tonlari o'zgarmagan, sistolik, diastolik emas, kuchsiz, qisqa, jimsoniy yuklamada inetensivligi pasayadi. Auskultatsiyaning boshqa nuqtalariga uzatilmaydi).

Savol 2. Funksional ekanligini bildiruvchi ob'ektiv ma'lumotlarni ayting (qizchaning vazni, bo'yi, rivojlanishi me'yorda, AQB, NS, pulsi normada, vaktsinatsiyalarni o'z vaqtida olgan).

Savol 3. Zarinaga qaysidir tekshiruvlarni tavsiya etasizmi yoki sport bilan shug'ullanish uchun ma'lumotnoma berasizmi? Agar ha bo'lsa, unda qaysi va nima uchun? (ha, Zarinani umumiy qon taxlilini tekshirish uchun yuboraman – Hb ni nazorat qilish lozim va TTK ni davolash uchun tavsiya beraman, yurak gipertrofiyasini inkor qilish uchun EKG ga yuboraman)

Savol 4. Umumiy qon taxlili Hb 112, leykotsitlar - $6 \cdot 10^9$, EChT 6 mm/s. EKG – YuQCh daqiqasiga 95 marta, ritm sinusli, EKG da gipertrofiya belgilari yo'q. Endi Zarinaga sport bilan shug'ullanish uchun ma'lumotnoma berasizmi yoki kardiologa yoki EXOKG ga yuborasizmi? (ha, Zarina sog'lom, suzish bilan shug'ullanishi mumkin. EXOKG ga zudlik bilan yuborish shart emas, biroq shovqinning organik ekanligini aniq inkor qilish uchun yuborish mumkin).

Klinik vaziyat № 9.

Sizni 4 yoshli O'ktam ismli bolaning uyiga chaqirishdi. Unga bir oy oldin Hindistonda tug'ma yurak nuqsoni (TYuN), qorinchalararo to'siq nuqsoni (QATN) bo'yicha jarroxlik amaliyoti o'tkazildi. Operatsiyadan so'ng uyga qaytishdi va bolani parvarishlash uchun onaga kasallik varaqasi kerak.

Savol 1. O'ktamda qanday ko'rsatkichlarni nazorat qilasiz? (t^0 , AQB, NS, puls, EKG, pulsoksimetriya, vazni, bo'yi, psixomotor rivojlanishi, jismoniy yuklamalarni ko'tara olishi, UQT, UPT, yurakda shovqin).

Savol 2. Operatsiyadan keyingi ijobiy natijalarni sanab bering? (tezroq o'sadi, vazni qo'shiladi, jismoniy faolligi yaxshilanadi, charchash, xolsizlik, hansirash yo'qoladi. Pnevmoniya, bronxirlarning residivi kuzatilmaydi. Ob'ektiv, klinik va gemodinamik ko'rsatkichlar me'yorlashadi, arterial qon bosimi, EKG me'yorlashadi. Yurakda shovqin yo'qolishi mumkin).

Savol 3. O'ktamda operatsiyadan so'ng qanday salbiy belgilar kuzatilishi mumkin? (TYuN sabab O'ktamning nafaqat yuragida, balki o'pkasida ham o'zgarishlar bo'lgan. Shuning uchun yurakni to'liq adekvat korreksiya qilingandan so'ng ham O'ktamni mutloq sog'lom deb bo'lmaydi. O'ktamda ruhiy va intellektual rivojlanishida ham o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Vaqtinchalik xotiraning pasayishi, atrofga qiziqishning yo'qolishi, ozib ketishi, qo'zg'aluvchan bo'lib qolishi mumkin).

Savol 4. O'ktamni parvarishlash va dispanser kuzatuvini bo'yicha qanday tavsiyalar berasiz? (Klinika kardioxirurgiya tomonidan tavsiya etilgan dori preparatlarini qabul qilishi nazorat qilish. 1-6 oylarda: bog'chaga bormaslik; kardiolog bilan birga har oyda ko'ruv o'tkazish va gemodinamik ko'rsatkichlarni nazorat qilish, o'z vaqtida laborator-instrumental tekshiruvlarni o'tkazish – UQT, UPT, EXOKG, EKG. 1-6 oylarda – jismoniy yuklamadan cheklash. Vitaminlarga boy mahsulotlarni iste'mol qilish. Ochiq havoda sayr qilish. davolovchi jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish maqsadga muvofiq. Immunizatsiyaga operatsiyadan so'ng 2 yildan keyin ruxsat beriladi).

Klinik vaziyat № 10.

Profilaktik ko'ruv 12 yoshli Volodyada ko'krak qafasi auskultatsiyasida yuragida noodatiy tovush eshitildi. Bu tovush sistola fazasidagi chertkini eslatadi. Tovush turgan holatda yurak cho'qqisida yaxshi eshitiladi. Jismoniy yuklamadan keyin kuchayadi. Perkutor: yurak chegaralari me'yorda. Ko'ruvda Volodya astenik tana tuzilishiga ega. Umurtqa pog'onasining qiyshayishi seziladi – skolioz. Vazni– 36 kg. Bo'yi – 163 sm. Ko'ruv vaqtida shikoyatlari yo'q. Biroq, uni biron narsa shikoyat qiladimi, deb so'ralganda, u jismoniy tarbiya mashg'ulotida yuragida og'riq yuzaga keladi.

Savol 1. Volodyada shovqin funksionalmi yoki organikmi? (organik).

Savol 2. Organik shovqinni tasdiqlovchi belgilarni sanab bering (noodatiy sistolik chertki, shovqin jismoniy yuklamadan keyin kuchayadi).

Savol 3. Organik shovqinga ko'rsatuvchi ob'ektiv ma'lumotlarni ko'rsating? (yoshiga/bo'yiga nisbatan past vazn, fizkultura vaqtida yurakda og'riq, skolioz).

Savol 4. Volodyada qaysi belgilar bo'yicha nima shubha qildingiz (Mitral klapan prolapsi (MKP). Sistolik chertki, jismoniy yuklamadan keyin kuchayadi, yoshiga/bo'yiga nisbatan past vazn, fizkultura vaqtida yurakda og'riq, skolioz).

Savol 5. Oilaviy poliklinikada qaysi laborator va instrumental tekshiruvlarni o'tkazasiz? (EKG, ko'krak qafasi rentgeni, umumiy qon va peshob taxlil).

Savol 6. MKP ning prognozi qanday? Sizning keyingi taktikangiz va maqsadingiz? (Umuman olganda, MKP prognozi ijobiy. Biroq Volodyani «D» hisobiga qo'yish, MKP asoratini – mitral klapan yetishmovchiligi, aritmiyalar, bakterial endokarditni oldini olish uchun kardiolog bilan birga kuzatuv rejasini tuzish lozim)

Klinik vaziyat № 11

7 yoshli Madina ismli qizchasi bilan ona qabulingizga keldi. Onasining so'zlaridan, oxirgi ikki haftadan beri qizchasi yuragining tez urishi, yuragining to'xtab qolishini his qilishi, tez charchab qolishi, ishtahasining pastligi, qorinda og'riqqa shikoyat qilayapti.

Savol 1. Qizcha holatining qanday sabablarini aytib bera olasiz?

- Shikoyatlari miokardit, tug'ma yurak nuqsoni, yurak yetishmovchiligi, kamqonlik, gijjalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Savol 2. Anamnezida nimalarga e'tibor qaratiladi?

- Onada homiladorlik qanday kechgan, ayniqsa, homiladorlik vaqtida o'tkazgan infeksiyalar – gripp, qizilcha va b., ayniqsa 1- trimestrda (kasal bo'lmagan), dori vositalari qabul qilganligi (yo'q), homiladorlik vaqtida spirtli ichimlik qabul qilganligi (yo'q), onada surunkali kasalliklar – tizimli qizil yugurik, qandli diabet (yo'q) bor-yo'qligi.
- Tug'ruq qanday kechgan? (me'yorida). Tug'ilgandagi vazni (2800), muddatida tug'ilgan. Darhol yig'lagan. Ko'krakka tug'ruqdan so'ng darhol qo'yilgan. Ko'krakni faol emgan. Emlashlar? (tug'ruqxonada barcha kerakli emlashlarni olgan).
- Qizcha qanday o'sib rivojlangan? Vazn yig'ishdan orqada qolmaganmi? (onasi qizchani to'ladan kelgan edi, deb aytdi. Vazndan orqada qolmagan). Yoshiga ko'ra emlashlar olganligi? (ha)
- Tez-tez shamollab turadimi? O'tkazgan kasalliklari? (barcha bolalar kabi, yiliga 1-2 marta shamollab turadi).
- Madina oxirgi 2 oyda qaysi kasalliklar bilan og'rigan? (Ha. Oxirgi marta gripp bilan og'ir xastalandi. Yuqori harorat uzoq muddat saqlanib turdi. Antibiotik olishga to'g'ri keldi. Mana bir oydirki chamasi grippdan tuzaldi, biroq hali ham Madina xolsiz, ishtahasi yaxshi emas, tez charchab qolayapti).

Savol 3. Klinik ko'ruvda nimalarga e'tibor qaratasiz?

- Tinch holatda hayot uchun muhim belgilar: puls (150), nafas soni (32-34), AQB (90/60), tana harorati (37,4)
- Vazni – (25 kg).
- Tashqi ko'ruvning boshqa belgilari: vazndan orqada qolish (yo'q), sianoz (yo'q), ter iva shilliq qavatlar rangparligi (ha), baraban tayoqchalari (yo'q), oyoqlarida shish (yo'q), bo'yinda ko'zga tashlanuvchi pulsatsiya (yo'q). Limfa tugunlari paypaslanmaydi.
- Ko'krak qafasining ko'ruvi, palpatsiyasi, perkussiyasi, auskultatsiyasi: yurak bukri (yo'q), yurak cho'qqisi maydonining siljishi yoki kengayganligi (ha, biroz), sistolik titrash (yo'q). Perkutor: (nisbiy to'mtoqlikning chap chegarasi o'rta

o'mrov chizig'idan tashqarida, ya'ni kengaygan). Auskultativ: (невыраженный систолический шум в области IV qovurg'alar orasida kuchsiz sistolik shovqin, tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya)

- Abdominal soha ko'ruvi: jigar (og'riqsiz, qovrug'a ravog'i bo'ylab), qora taloq (paypaslanmaydi).

Savol 4. Nima haqida o'yladingiz? Va sizning taktikangiz?

- O'tkir norevmatik kardit, kelib chiqishi virusli bo'lishi mumkin. Madinani tashxisni tasdiqlash uchun kardiologga yuborish va statsionar davolashni hal qilish lozim.

Savol 5. Kardiolog maslahatiga yuborishdan avval OP/QVP/QOP da qanday zarur laborator va instrumental tekshiruvlarni o'tkazishingiz mumkin?

- Umumiy qon taxlili, umuiy peshob taxlili, umumiy najas taxlili va gijja va lyambliya sistalariga tekshirish, S-rekativ oqsil, EKG.

Klinik vaziyat № 12

9 oylik Abduvoxid ismli o'g'li bilan ona qabulingizga keldi. Ular navbatdagi profilaktik ko'ruvga va emlashni olishga kelishdi. Abduvaxid 3 oyligidan beri Norevmatik kardit tashxisi bilan «D» hisobida turadi. Kelgandagi vazni – 8800 g, bo'y uzunligi 71 sm. Tinch holatda: nafas soni 32/min va puls 130/min. 3 oyligida: vazni– 6000 g, bo'y uzunligi – 53 sm. 6 oyligida: vazni – 7500 g, bo'y uzunligi – 68 sm. Anamnezidan: 6 oylikkacha istisosiz ko'krak suti bilan emizgan. Hozir bo'tqa, sabzavotlt pyure, go'sht va b. lar ko'rinishida qo'shimcha ovqatni qabul qilayapti. Tug'ruqxonada Abduvoxid VGV1, OPV0 va BSJ1 emlashlarni oldi. So'ngra o'tkazilgan miokardit sabab Abduvoxidga emlashlardan noma'lum muddatga tibbiy cheklov tayinlandi. Ko'ruvda: terisi toza, sianoz yo'q. Auskultatsiyada: shovqinlar eshitilmaydi, yurak tonlari aniq, ritmik. O'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jigari qovurg'a ravog'i bo'ylab joylashgan, og'riqsiz. Najasi va peshobi ravon. Umumiy qon taxlili – Hb – 115 g/l, EChT – 5 mm/s, leykotsitlar – 4,5x10. EKG – YuQCh daqiqasiga 130 marta, ritm sinusli, regulyar. Ko'krak qafasi rentgeni– o'zgarishlarsiz. Psixomotor rivojlanishi: o'tiradi, «ada», «oyi» deydi, jismlarni ikki barmog'i bilan oladi.

Savol 1. Bolada norevmatik karditning dekompensatsiya simptomlari/yurak yetishmovchiligi bormi? (yo'q). Agar bo'lsa, qanday? (dekompensatsiya simptomlari yo'q)

Savol 2. Bola navbatdagi emlashni oladimi? (Ha)

Savol 3. Qaysi emlashni olishi lozim? ((penta-1(AKDS-1,VGV-2,XIB.-1) OPV-1, Rota-1 (oral rotavirusli) PNEVMO-1))

Savol 4. Emlashni olishga nimalar qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin edi? (dekompensatsiya simptomlari - yurak yetishmovchiligi yoki miokarditning zo'rayishi).

Savol 5. Abduvoxidda rejali immunizatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'ladigan miokarditning simptomlarini sanab bering.

(Isitma, ↑puls/yoki YuQCh, ↑ChD - hansirash, sianoz, o'pkaning pastki bo'limlarida xirillashlar, jigarning kattalashishi, vazn qo'shmaslik, psixomotor rivojlanishdan

orqada qolish, injiqlik, bezovtalik, ovqatdan bosh tortish. Laborator va instrumental ko'rsatkichlarning o'zgarishi).

Klinik vaziyat № 13.

13 yoshli Ozod ismli bola OP ga murojaat qildi. Unga UShU bo'yicha sport seksiyasidagi mashg'ulotlar uchun tibbiy ma'lumotnoma kerak. Ko'ruvda Ozodning shikoyatlari yo'q. Maktabda o'qiydi. UASh ambulator karta bilan tanisha turib, uning 11 yoshda revmatik isitma bilan og'rganini aniqladi. Oxirgi ikki yil davomida u shifokorga murojaat qilmagan, kasalxonada yotmagan. Ozodning so'zlaridan, uning oilasi Rossiyada yashagan, unga bir marta EXOKG qilingan, tashxis qo'yilgan: Orttilgan yurak nuqsoni. Mitral klapan yetishmovchiligi, 1 -daraja.

Savol 1. Ozodga ma'lumotnoma berishdan avval UASh nima qilishi kerak? (shikoyatlari, kasallik anamnezini yig'ish, klinik ko'ruv o'tkazish)

Savol 2. Ozodning shikoyatlari yo'q. Anamnezidagi qaysi ma'lumotlar Sizni qiziqtiradi?

- takror revmatik atakalar (yo'q)
- bitsillin profilaktikasi – mavsumiy yoki har yilgi (ha, bitsillin-3, 6 hafta davomida 600 ming birlikdan haftasiga 1 marta)
- bitsillinga reaksiyasi (yo'q)
- angina – faringit, tonsilit, har qanchada (faqat gripp yoki shamollash 2 marta)
- poliklinikada «D» hisobida turadimi, yashash joyi bo'yicha kardiorevmatolog nazoratida bo'lganmi (ha)
- laborator va instrumental tekshiruv natijalari (faqat EXOKG)

Savol 3. Klinik ko'ruv vaqtida nimalarga e'tibor qaratasiz? (dekompensatsiya simptomlariga – yurak yetishmovchiligi simptomlari – hansirash, taxikardiya, ozib ketish, charchash; takroriy revmatik ataka simptomlarini aniqlash lozim – temperatura, bo'g'imda og'riq, xoreya, terida toshma, yurak chegaralarining kengayishi, yangi yurak shovqinining paydo bo'lishi).

Savol 4. Ko'ruv vaqtida Siz MKE ning dekompenatsiya simptomlari va takroriy revmatik atakani aniqladingiz. Siz Ozodga sport bilan shug'ullanish uchun ma'lumotnoma berasizmi? (ehtimol yo'q. Chunki laborator – UQT, UPT, S-reaktiv oqsil; va instrumental tekshiruvlar – EKG, ko'krak qafasi rentgeni o'tkazish lozim)

Savol 5. Ozodning barcha laborator-instrumental tekshiruv natijalari me'yorda. Sizning taktikangiz? (Ozodni «D» hisobiga qo'yaman, rejali tartibda kardiorevmatologi maslahatiga yuboraman, revma ataka profilaktikasi bo'yicha tavsiyalar beraman, Ushu sporti bilan shug'ullanish uchun ma'lumotnoma beraman).

Klinik vaziyat № 14.

UASh 8 yoshli Arina ismli qizchanning uyiga tashrif buyurdi. Uning 3 kundan beri tana harorati ko'tarilgan, boshi og'riyapti, xolsiz, bo'g'imlarida uchuvchan xarakterga ega og'riq bezovta qilayapti. Anamnezidan: 3 hafta avval folikullyar angina bilan og'rgan. 4 kun davomida azitromitsin qabul qilgan. Ahvoli yaxshilangach maktabga qatnay boshlagan. Ko'ruvda: t^0 37,6, puls daqiqasiga 110

marta, nafas soni daqiqasiga 22 marta. Terisi rangpar, tomog'i toza, giperemiyalangan. UASh qizchani tizza, boldir-to'piq va tirsak bo'g'imlari shishgan, qizargan, ushlab ko'rilganda issiq. Harakatlari chegaralangan. Yurak tonlari: taxikardiya, to'mtoqlashgan. Yurak cho'qqisida yengil, dag'al bo'lmagan sistolik shovqin eshitiladi, vertikal holatga o'tganda intensivligi kamayadi. Yurakning chap chegarasi so'rg'ich chizig'idan 1,5 sm tashqarida joylashgan. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Najasi va peshobi ravon, og'riqsiz.

Savol 1. Arinada nima shubha qilayapsiz va nima bilan qiyoslash lozim? (revmatik isitma). Difdiagnostikani orttirilgan yurak nuqsoni MKE, yuvenil revmatoid artrit, reaktiv artrit, biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari)

Savol 2. Arinada revmatik isitma rivojlanishining sababi nimada deb o'ylaysiz? (qo'zg'atuvchisi A guruxidagi streptokokk bo'lgan 3 hafta avval o'tkazilgan angina. Shuningdek Arina anginani antibiotik bilan davolashni oxiriga yetkazmagan. Davo kursi 10 kungacha bo'lishi lozim.)

Savol 3. Revmatik isitmaga xos simptomlarni ko'rsating (poliartrit/poliartralgia - tizza, boldir-to'piq va tirsak bo'g'imlari shishgan, qizargan, ushlab ko'rilganda issiq. Harakatlari chegaralangan. Yurak tonlari: taxikardiya, to'mtoqlashgan. Yurak cho'qqisida yengil, dag'al bo'lmagan sistolik shovqin; o'tkazilgan streptokokkli kasallik).

Savol 4. Yurak simptomatikasi revmomiokarditni bildiradi (nimaga?) yoki shakllangan orttirilgan yurak nuqsonini (nimaga?)

(Yurak yetishmovchiligi revmomiokarditni bildiradi. Chunki orttirilgan yurak nuqsonining shakllanishi uchun eng kamida og'ir revma ataka yoki takror atakalardan so'ng bir yil o'tishi lozim, yurakning klapanli apparati endokard patologik shikastlanadi).

Savol 5. Albatta UASh Arinani statsionar davoga yuboradi. Statsionardan chiqqandan keyin UASh ning keyingi taktikasi qanday bo'ladi? (o'z vaqtida «D» hisobga olish, kardiorevmatolog bilan birga kuzatuv rejasini tuzish, bitsillin profilaktikasi va aspirin qabul qilishni muntazam nazorat qilish, laborator va instrumental tekshiruvlar, bakterial faringit, tonzilitni o'z vaqtida aniqlash va davolash)

Klinik vaziyat № 15.

Siz UASh va maktabda profilaktik ko'ruv olib borayapsiz. Ko'ruv vaqtida 12 yoshli Ilyosda ko'krak qafasi auskultatsiyasida yurakda shovqin eshitdingiz. Shovqin sistolik, o'rtacha intensivlikda, puflovchi, epitsenti Vqovurg'alar orasida, qo'ltiq sohasiga irradiatsiyalanadi. Yurak cho'qqisida I ton sustlashgan. Perkussiyada: chap chegarasi – 5 qovurg'alar orasida so'rg'ich chizig'idan 1sm tashqarida. Vazni – 33 kg. Bo'yi – 143 sm. Oxirgi paytlarda jismoniy tarbiya darsida yuklamalarni bajara olmayapti, tez charchab qolayapti.

Savol 1. Ilyosdagi shovqin funksional yoki organikmi? (organik). Organik shovqinni tasdiqlovchi belgilarni sanab bering (shovqin sistolik, o'rtacha intensivlikda, puflovchi, epitsenti Vqovurg'alar orasida, qo'ltiq sohasiga irradiatsiyalanadi. Yurak cho'qqisida I ton sustlashgan. Yurak cho'qqisida I ton

sustlashgan. Perkutor: yurak chegarasi chapga kengaygan, jismoniy rivojlanishdan orqada qolayapti, vazni o'rtadan past, jismoniy yuklamalarni bajara olmayapti).

Savol 2. Ilyosda nimaga shubha qildingiz tug'ma yurak nuqsoni (qaysi?) yoki revmatik orttirilgan yurak nuqsoni (qaysi?) (OYuN. Mitral klapan yetishmovchiligi). Anamnezidagi qaysi ma'lumotlar TYuN dan OYuN ni differentsiatsiya qilishga yordam beradi? (anamnezidagi surunkali tonzilit, o'tkazilgan folikulyar angina, revmatik isitma, homiladorlikning kechishi, erta, maktabgacha yoshda rivojlanishining o'ziga xosligi, tez-tez shamollash)

Savol 3. Anamnez yig'ishda Siz Ilyosning angina bilan og'rimaganligi, revmatizm sabab shifoxonada davolanmaganligini aniqladingiz. Siz tomondan sanab o'tilgan revmatik isitmaning simptomlari bo'lganligini eslay olmaydi. Revmatik isitmaning qanday kechishi haqida o'yladingiz? Nima uchun? (latent kechishi, revmatik isitmaning faol fazasining yo'qligi va avval ham bo'lmaganligi, revmatik anamnez yo'q. Yurak nuqsoni darhol aniqlanadi va ko'pincha bu mitral klapan yetishmovchiligi).

Savol 4. Sizning taktikangiz? (Ilyosni «D» hisobga olish, va tashxisni tasdiqlash uchun zudlik bilan kardiorevmatolog maslahatiga yuborish va birgalikda kuzatuv va yil davomida bitsillin profilaktikasi rejasini tuzish)

Savol 5. Bitsillin qanday preparat? Bitsillin profilaktikasining maqsadi qanday? (bu revmatizmning ikkilamchi profilaktikasi uchun uzoq ta'sirga ega penitsillin preparatlaridan foydalanish, aynan esa streptokokkli infeksiyani bostirish, revmatik isitmaning residivlarini pasaytirish, revmatik jarayonni bostirish va OYuN shakllanishini oldini olish).

Klinik vaziyat № 16

2 yoshli Shoxsanam ismli qizi bilan ona qabulingizga keldi. Unga Norevmatik kardit tashxisi qo'yilgan. Onasi qizchaning hech qanday emlashlar olmaganligidan xavotirda, va qaysidir bo'lmasin emlashni boshlashni istaydi. O'sish va rivojlanishning muntazam monitoringining natijalari qizchaning vazni qo'shilmayotganligini bildiradi. Ko'ruvda qizcha ozg'in, terisi rangpar, qadam tashlashi dadil emas, yugurmaydi, 4 ta so'zni biladi, aji-buji rasm chizadi. Anamnezidan tez-tez nafas yo'llari infeksiyalari, pnevmoniya bilan og'rigan. Ko'ruvda: NS – tinch holatda 34 marta, puls daqiqasiga 140 marta. Auskultatsiyada: yurak tonlari bo'g'iq, 4-qovurg'alar orasida sistolik shovqin. Jigari 1,5 qovurg'a ravog'i ostidan chiqib turipti. Kardiolog tavsiya qilgan digoksinni tutib turuvchi dozada kuniga 1 marta qabul qiladi. Shoxsanam oila dasturxonidan ovqatlanadi.

Savol 1. Anamnezidan bola hech qanday emlashlarni olmagan. Siz emlashlarni boshlaysizmi? Agar ha bo'lsa, nima uchun? Agar yo'q bo'lsa, nima uchun? (yo'q, emlashlarni qilish yaramaydi, chunki, Shoxsanamda emlashlarga qarshi ko'rsatma bor - yurak yetishmovchiligi).

Savol 2. Shoxsanamda qanday dekompensatsiya belgilari mavjud? (taxikardiya, hansirash – NS me'yordan ko'p, jigar kattalashgan, digoksin qabul qiladi, o'sish va rivojlanishda orqada qolgan).

Savol 3. UASH sifatida sizning taktikangiz? (kardiologik bo'limga yotqizib, shifoxonada davolash zarur).

Savol 4. Statsionardan uyga chiqarilganda Shoxsanamning uyiga tashrif buyurdingiz. Ahvoli qoniqarli. Hansirash yo‘q. Puls yoshiga mos. Jigar qovurg‘a ravog‘ida. Shoxsanam vazniga 800 gramm qo‘shgan. Bolaning dispanser kuzatuviga nimani qo‘shasiz? (bolaning jismoniy rivojlanishi, yurak yetishmovchiligi simptomlari – NS, puls, vazn qo‘shilishi, dori preparatlari – yurak glikozidlari, qabul qilishini, ularning nojo‘ya ta‘sirini har oyda nazorat qilish, 2 oyda 1 marta – UQT, UPT, EKG, kardiolog maslahati rejali va ham ahvoli og‘irlashganda. Bakendokardit profilaktikasi).

Savol 5. Shoxsanamni parvarishlash bo‘yicha onaga maslahat bering. (adekvat, balanslangan ovqatlantirish - non va non mahsulotlari, yangi sabzavot-mevalar, sutli bo‘tqa – guruch, grechka, suli ko‘rinishida sariyog‘ qo‘shilgan sut va sut mahsulotlari; qatiq, tvorog. Albatta ratsionga oqsilga boy mahsulotlarni kiritish – go‘sht, baliq, tuxum, dukkaklilar. Kun tartibiga rioya qilish –uyqu, jismoniy yuklamadan cheklash, ochiq havoda sayr qilish, dorilarni regulyar qabul qilish. Ovqat tayyorlashda va saqlashda gigiena qoidalariga rioya qilish, shamollash yoki infeksiyon kasalliklarda o‘z vaqtida shifokorga murojaat qilish.

Klinik vaziyat № 17.

Lena 4 yoshda. Og‘ir kechgan qizilcha natijasida rivojlangan Norevmatik kardit tashxisi qo‘yilgan. Lena oxirgi bir yarim yildan beri «D» hisobda turadi. Oxirgi paytlarda Lenaning onasi qizchada burundan nafas olishning qiynlashganligi va lab-burun uchburchagida yengil sianozni aniqladi. Onasi bu miokardit sabab ahvolining og‘irlashganidan xavotirda. Ob‘ektiv ko‘ruvda: Ahvoli qoniqarli. NS 30/min, puls 110. O‘pkada vezikulyar nafas. Auskultatsiyada: yurak tonlari aniq, ritmik. Shovqinlar yo‘q. Nisbiy to‘mtollik chegaralari yoshga mos. Qorni yumshoq, og‘riqsiz, jigar qovurg‘a yoyi bo‘ylab. Peshobi va najasi ravon. Vazni 14 kg.

Savol 1. Lenada norevmatik miokardit bilan bog‘liq qon aylanishining yetishmovchiligi simptomlari bormi? (Yo‘q).

Savol 2. Lenadagi burundan nafas olishning qiynlashganligi va lab-burun uchburchagida yengil sianoz nima bilan bog‘langan? (Lenada adenoidlar, poliplar yoki burunda boshqa muammolar bo‘lishi mumkin).

Savol 3. Sizning taktikangiz? (adenoid yoki burundagi boshqa muammolarni inkor qilish uchun LOR shifokori maslahatiga yuborish)

Savol 4. LOR shifokori Lenada adenoidlar borligini aniqladi va ularni olib tashlashni tavsiya qildi. Norevmatik karditni hisobga olib, adenidlarni olib tashlashdan avval qanday tadbirlarni o‘tkazasiz? (bakterial endokardit profilaktikasi: umumiy qon taxlili, qon va peshob bak ekmasi, EKG. So‘ngra manipulyatsiyadan bir soat oldin va 8 soatdan keyin amoksitsillin – 50 mg/kg tavsiya qilish).

Klinik vaziyat № 18

Iyun oyi. Yozgi ta‘tilning boshi. 12 yoshli Klara ismli qizchasi bilan ona qabulingizga keldi. Uning qizchasiga suzish basseyniga qatnash uchun sog‘lig‘i haqida ma‘lumotnoma kerak. Ular, poliklinikangizdagi kardiorevmatolog o‘qishga ketganligi, so‘ngra esa ta‘tilga chiqish ketishi bois, sizga murojaat qilishdi. Oxirgi

ikki yildan beri o'tkazilgan revmatik isitmadan so'ng «D» hisobida turadi. Qizchanning shikoyatlari yo'q. O'zini yaxshi his qilayapti. Takroriy revma atakalar bo'lmagan. Yil davomida bitsillin profilaktikasini olib turadi. Maktabda yaxshi o'qiydi, jismoniy tarbiya mashg'ulotlariga qatnashadi, sinfdoshlari qatori yuklamalarni bajara oladi. Yiliga 1-2 marta O'RVI, shamollash bo'lib turadi, temir tanqisligi kamqonligi bo'yicha hisobda turadi. Oxirgi taxlil (3 oy avvalgi) Hb - 100. Umumiy ko'ruv:– AQB 100/70, NS daqiqasiga 20 marta, Ps 90 v min. Vazni 45 kg. Bo'yi 155 sm. Og'iz bo'shlig'ida tishlar kariesi. Klinik ko'ruv: teri qoplamasi toza, shilliq qavatlari pushti rangda. O'pkada vezikulyar nafas. Yurak tonlari aniq, ritmik. III qovurg'alar orasida chapda sistolik shovqin eshitiladi, kuchsiz, qisqa, jismoniy yuklamada intensivligi pasayadi. Irradiatsiyalanmaydi. Perkutor: yurakning chap chegarasi 5 –qovurg'alar orasida chap so'rg'ich chizig'idan 1 sm ichkarida. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jiga rva qora taloq paypaslanmaydi. Peshobi va najasi ravon. EXOKG da qo'shimcha xorda borligi ko'rsatilgan.

Savol 1. Yurakda shovqin eshitdingiz. Bu shovqin o'tkazilgan revmatik isitma, shakllangan orttirilgan yurak nuqsoni bilan bog'liqmi yoki funksionalmi? Asoslab bering. (funktionalga o'xshaydi, chunki yurak tonlari o'zgarmagan, shovqin diastolik emas, sistolik, kuchsiz, qisqa, jismoniy yuklamada susayadi, boshqa nuqtalarga irradiatsiyalanmaydi).

Savol 2. Klaradagi qaysi ob'ektiv ma'lumotlar yurakdagi shovqin o'tkazilgan revmatik isitma yoki shakllangan orttirilgan yurak nuqsoni bilan bog'liq emasligini ko'rsatadi? (vazni, bo'yi me'yorda, tez-tez kasallanmaydi, AQB, pulsi, nafas soni me'yorda, yuragi kattalashmagan, jismoniy yuklamani yaxshi ko'taradi. Eng muhimi, EXOKG ma'lumotlarida qo'shimcha xorda borligi ko'rsatilgan, bu esa yurakda shovqinni keltirib chiqaradi).

Savol 3. Klaraga yana qandaydir tekshiruvlar tavsiya etasizmi yoki sport bilan shug'ullanishi uchun ma'lumotnoma berasizmi? Agar ha bo'lsa, unda qaysi va nima uchun? (ha, Klarani umumiy qon taxlilini topshirishga yuboraman –Hb ni tekshirish kerak, temir tanqisligi kamqonligini, tishlar kariesini davolash bo'yicha tavsiya beraman. EKG ga yuboraman – yurakning kattalashganligi/gipertrofiyani inkor qilish lozim).

Savol 4. Umumiy qon taxlili Hb 112, leykotsitlar - $6 \cdot 10^9$, EChT 6 mm/ch. EKG – YuQCh daqiqasiga 95 marta, ritm sinusli, EKG da gipertrofiya belgilari yo'q. Endi Klaraga basseyin uchun ma'lumotnoma berasizmi yoki kardiorevmatologning o'qishdan, ta'tildan kelishini kutasizmi? (ha, Klara sog'lom va basseynga borishi va suzish bilan shug'ullanishi mumkin, ma'lumotnoma beraman).

Klinik vaziyat № 19.

15 yoshli Davronning ota-onasi qabulingizga kelishdi. 1 oy oldin Rossiyada unga postrevmatik orttirilgan yurak nuqsoni klapanli jarroxlik korreksiyasi o'tkazildi. Operatsiyadan so'ng ular uyga qaytishdi va uni parvarish qilish uchun otalardan biriga kasallik varaqasi kerak.

Savol 1. Davronda qaysi ko'rsatkichlarni nazorat qilish lozim? (t^0 , AQB, NS, puls, pulsoksimetriya, vazni, bo'yi, jismoniy yuklamani ko'tara olishligi, umumiy

qon taxlili, umumiy peshob taxlili koagulogramma ko'rsatkichlari, EXOKG, rentgen, yurakda og'riq va shovqin, yurakning tez urib ketishi, aritmiyalari).

Savol 2. Revmatik jarayon aktivligining qaysi belgilari/simptomlarini UASh Davronda nazorat qilishi lozim? (tana haroratining ko'tarilishi, xolsizlik, terlash, taxikardiya, hansirash, bo'g'imlarda og'riq, terapiyaga uzoq saqlanib turuvchi refrakter dekompensatsiya, leykotsitoz, EChTning oshishi, S-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi, sial kislotalar darajasining oshishi)

Vopros 3. Davronda keyinchalik operatsiyadan keyin qanday dinamikada kuzatilishi mumkin? (tana vaznini oshishi, jismoniy yuklamani ko'tara oladi, qon aylanish yetishmovchiligi simptomlari – hansirash, tez charchash kamayadi).

Savol 3. Davronda keyinchalik operatsiyadan keyin qanday asoratlarni kuzatilishi mumkin? (tromboemboliya, protez trombozi, infeksiyon endokardit, antikoagulyant terapiya sabab qon ketishi).

Savol 4. Davronda revmatizmning ikkilamchi profilaktikasini o'tkazish kerakmi? Agar ha bo'lsa, unda qaysi? (Ha, kerak. 3 yil davomida bitsillin profilaktikasining uzluksiz kursini o'tkazish lozim: har oyda bitsillin - 5 m/o 1,5 mln. birl. dan. Yiliga ikki marta odatda bahor va kuzda, 1-1,5 oy davomida aspirinning profilaktik kursini tavsiya etish lozim. Revmatizmning joriy profilaktikasi o'tkir yoki surunkali infeksiyon jarayonlarning zo'rayish davrida bitsillin bilan davolash kursini o'tkazishni ko'zda tutadi).

Klinik vaziyat № 20.

11 yoshli Tolib ismli o'g'li bilan ona qabulingizga keldi. Tolib 5 yoshdan futbol bilan shug'ullanadi. Onasi bolaning oxirgi 3 haftadan beri charchagan ko'rinishi, ozib ketganligidan xavotirda. Trenerning aytishicha Tolib mashg'ulot vaqtida dam olish uchun skameykaga tez-tez o'tirib oladi.

Savol 1. Tashxis qo'yish uchun Sizga qanday ma'lumotlar kerak bo'ladi?

- Oxirgi ikki oyda o'tkazgan kasalliklari (yo'q)
- Surunkali infeksiyon (tuberkulez) va noinfeksiyon kasalliklarning (astma, diabet) borligi (yo'q)

Savol 2. Klinik ko'ruv vaqtida nimalarga e'tibor qaratasiz?

- Tinch holatda: puls (130), nafas soni (28), AQB (90/60), temperatura (37,2)
- Vazni – 31 kg (bir oy avval vazni 35 edi). Bo'yi 145 sm
- Boshqa belgilari: sianoz (yo'q), ter iva shilliq qavatining rangparligi (ha), baraban tayoqchalari (yo'q), oyoqlarida shish (yo'q), ko'zga tashlanuvchi bo'yindagi pulsatsiya (yo'q). Limfa tugunlari paypaslanmaydi.
- Ko'krak qafasi ko'ruvi, palpatsiyasi, perkussiyasi, auskultatsiyasi: yurak bukri (yo'q), yurak cho'qqisi turtkisi maydonining siljiganligi kengayganligi (ha, biroz), sistolik titrash (yo'q). Perkutor: (nisbiy to'mtoqligining chap chegarasi o'rta o'mrov chizig'idan 1,5 sm tashqarida, ya'ni kengaygan). Auskultatsiyada: (shovqin yo'q, yurak tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya)
- Abdominal soha ko'ruvi: jigar (og'riqsiz, qovurg'a yoyi qirrasida), qora taloq (paypaslanmaydi).

Savol 3. OP da qanday tekshiruvlarni o'tkazasiz?

- Umumiy qon taxlili (EChT20 mm/s), umumiy peshob taxlili (me'yorda), umumiy najas taxlili va gijja tuxumlari, lyambliya sistalariga tekshirish (askaridalar), EKG (YuQCh 120, ritm sinusli, taxikardiya. Chap qorincha gipertrofiyasi belgilari. Miokardda repolyarizatsiya jarayonining kuchli ifodalangan buzilishi).

Savol 4. Nimaga shubha qildingiz? (Norevmatik kardit – parazitar kelib chiqqan)

Savol 5. Sizning taktikangiz. (miokarditni davolash uchun Tolibni zudlik bilan shifoxonaning kardiologik bo'limiga yotqizish – YuE simptomlarini bartaraf qilish va askaridozni davolash. Oilaning barcha a'zolariga, yangi tug'ilgan chaqaloq, homiladorlar va ko'krak bilan emizuvchi ayollardan tashqari, mebendazol(vermoks) bilan askaridozni davolash o'tkaziladi).

VAZIYATLI MASALA 1

Bola 6 oylik 1- chi homiladorlikdan tug'ilgan. Homiladorlikni 10 - chi haftaligida ona gripp bilan og'rikan, homilani tashlash xavfi kuzatilgan. Chaqaloq o'z vaqtida 3100g, 52 sm tana uzunligi tug'ilgan, birdaniga kichqrgan. Ko'krakka birinchi kuni qo'yilgan, bola sust emgan. Har oyda tana vazniga 400-500g qo'shilib borgan. 2-5 oyligida respirator infeksiya, 3 oyligida bronxiolit o'tkazgan..

Genealogik anamnez: onasida - surunkali tonzillit, otasi sog'lom; onasitomonidan qarindoshlarida: buvisi – yurak ishemik kasaligi bolezni serdsa, akasi 8 yosh - tug'ma yurak nuqsoni; otasi tomonidan qarindoshlarda: opasi - revmokardit, bobosi oshqozon rakidan vafot etgan, buvisida - gipertonik kasallik.

Kuruvda umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda. Bola bezovta, holsiz, bezovta, beshpokoyuny, teri qoplamasi ranpar, yig'laganda lab burun uchburchagida ko'karish yuzaga keladi. Oyoqlarda ko'krak qafasida teri osti yog' qavati sust rivojlangan. Qulog'ida araxnodiktaliya. Nafas soni 40 ta 1daqiqada, peurel nafas bitta, ikta kichik pufakli nam tarqalgan xirillashlar eshitiladi. Perkussiyada o'pka tovushi. Yurak turtkisi 4-5 qavurg'alar oralig'ida kuchaygan. Yurakni nisbiy chegarasi: o'ng – tush suyagi qirg'ogida, yuqori – II qavurg'alar oralig'i chapdan, chap – chap umrov suyagi chizig'idan 2sm tashqarida. Yurak tonlari baland, tush suyagidan chapda, II qavurg'alar oralig'ida, belga uzatiladi. Qorin yumshoq, jigar paypaslanadi, qavurg'a ravog'idan 1sm kengaygan. Peshob kelishi erkin..

Bemor 3 proeksiyada rentgenogramma va FKG tekshiruvdan o'tkazildi.

Bemorga ta'sir qiluvchi perenatal va postnatal omillarni ko'rsating.

1. Bemor rodosloviyasiga baho bering.
2. Taxminiy tashxis qo'ying.
3. Shu patologiya xos FKG va rentgenogrammadagi o'zgarishlarni ko'rsating.
4. Keying kuzatuv taktikasini aniqlang.

VAZIYATLI MASALA 2

Bolla 1yoshda, tana vazni 10 kg, ko'yilgan tashxis: tug'ma yurak nuqsoni, qorinchalar aro to'siq nuqsoni, birlamchi moslashuv fazasi. Asorati - qon aylanishning buzilishini IIB darajasi.

1. Davo tavsiya eting, dori vositalarini dozasini ko'rsating.
2. Davoni effektivligi nazorati buyicha tavsiya bering.

Test savollari

1.TYuN xos bo'lmagan variantni ko'rsating:

1. Tug'ilgandan inspirator hansirash qayt etilishi.
1. Tug'ilganda tana og'irligini miyorda bo'lishi.
2. Bola haetini yoshini 1-chi yilida tana vaznini kam miqdorda oshishi.
3. Yurakda doimiy sistolik shovqin.
4. Respirator kassalliklarga moilligi.

2.Arterial nayi ochiqligiga xos bulmagan javobni ko'rsating.

1. Tez tez o'pka bronx kassalliklar bilan ogrishi.
2. Yurak cho'qisida I tonni kuchayishi.
3. O'pka arteriyasida Kuchayishi va ikkiga bo'linishi.
4. II qavurg'alar orasida chapda sistolo-diastolik shovqin.
5. Yurak chegarasini kengayishi.

3. Qorinchalar aro to'siq nuqsoniga xos bo'lmagan javob variantini ko'rsating.

1. Kaytalanuvchi bronxit va zotiljam.
2. Yurak cho'qqisida I tonni susayishi.
3. O'pka arteriya ustida II tonni aksenti.
4. Sistolicheskoe drojanie v III-IV mejrebere sleva ot grudiny.
5. Pansistolicheskiy shum s epitsentrom v IV mejrebere sleva ot grudiny.

4. Aorta koarktatsiyasiga xos bo'lgan asosiy siptoni ko'rsating:

1. Astenik konstitutsiya.
2. Sinusli taxikardiya.
3. O'pka arteriyai ustida II tonn aksenti.
4. Son arteriyalarida tomir urishi qayd etilmaydi.
5. Qon bosimini o'zgarib turishi.

5. Fallo tetradasiga xos emas:

1. Aorta stenozi.
2. Qorinchalar aro to'siq nuqsoni.
3. Aorta dekstapozitsiyasi.
4. O'pka arteriyasi stenozi.
5. O'ng qorincha gipertrofiyasi.

6.Fallo tetradasi birlamchi moslashuv fazasiga xos emas:

- 1.Hansirash –ko‘karish xuruji.
2. Частые Bronxo‘pka kasalliklar bilan tez tez ogrishi.
- 3.Politsitemiya.
- 4.Relyativ kamqonlik..
- 5.Ruxiy rivojlanishdan orqada qolish.

7.Mitral klapan stenoziga xos bulmagan javobni ko‘rsating:

1. Akrotsianoz.
2. hansirash.
3. I tonni susayishi.
4. Qarsillovchi I ton.
5. Diastolik shovqin s presistolik kuchayish bilan.

8.Aorta klapani yetishmovchiligiga xos emas:

1. Puls yumshoq, kam to‘lalikda va qarshilikda .
2. Puls baland,tez susayuvchi. Tez tushib ketuvchi.
3. Kapillyarli puls.
4. Uzliksiz tonlar fenomeni.
5. Sistolik shovqin epid markazi II qavurg‘alar oralig‘i, to‘sh suyagidan chapda.

9.BATN nisbiy kompensatsiya fazasi, immunnprofilaktika muammosini yeching:

1. Emlashdan ozod qlish.
2. Umumiy qoidalariga asoslanib emlashni o‘tkazish.
3. Epidemiologik ko‘rsatmaga asosan o‘tqazish.

YOZMA VA OG‘ZAKI NAZORAT UCHUN SAVOLLAR VA JAVOBLAR

1. Bolalarda tug‘ma yurak nuqsonlarining taraqqalanganligi va kasallanish. Bolalarda eng ko‘p tarqalgan tug‘ma yurak nuqsonlari.

Javob: Yurakning og‘ir anomaliyalari - 1000 ta tirik tug‘ilgan chaqaloqlarning 6-8 ga to‘g‘ri keladi. Boshqa anomaliyalar, masalan, 2 tavaqali aortal klapan 1000 ta tirik tug‘ilgan chaqaloqlarning 10-20 tasida kuzatiladi. Deyarli 1:10 yangi tug‘ilgan chaqaloqlar yurakning tug‘ma anomaliyasiga ega. Eng ko‘p tarqalganlari qorinchalararo to‘siq nuqsoni(32%), ochiq arterial yo‘lak (12%), O‘pka arteriyasi stenozi 8%, bo‘lmachalararo to‘siq nuqsoni – 6%, aorta koarktatsiyasi – 6%, aorta stenozi – 5%, Fallo tetradası– 6%, magistral tomirlar transpozitsiyasi – 5%, atrioventrikulyar kanal.

2. Tug‘ma yurak nuqsonlarining (TYuN) sabablari

Javob: odatda noma‘lum. TYuN sporadik uchraydi. Nasldan naslga o‘tish sabab sifatida ko‘rsatiladi – oilada nuqson bir yoki bir nechta kishida bo‘lsa, yuqori bo‘ladi. Teratogen omillar: dori preparatlari, alkohol, onadagi kasalliklar yoki infeksiyalar

3. Homilaga teratogen ta‘sir ko‘rsatuvchi dori preparatlari

Javob: Narkotiklar, talvasaga qarshi preparatlar, litiy, estrogenlar, varfarin.

4. Tug‘ma yurak nuqsonlariga shubha qilinganda anamnez yig‘ishda beriladigan savollar **Javob:** onada homiladorlikning kechishi, homiladorlik vaqtida o‘tkazgan infeksiyon kasalliklari, ayniqsa 1 trimestrda, dori preparatlarini qabul qilish, alkogoliste‘mol qilish, chekishi, nasli, onaning surunkali kasalliklari, tug‘ruqning kechishi, tug‘ruqdan keyin bolani ko‘krakka tutish, bolaning emlash statusi, bolaning jismoniy va ruhiy rivojlanishi, bolaning tez-tez shamollashi, o‘tkazgan kasalliklari, TYuN da shikoyatlari – sianoz, charchash, ozib ketish, yurakning tez urishi va b.

5. Tug‘ma yurak nuqsonining (TYuN) antenatal diagnostikasining roli

Javob: gestatsiyaning 18-20 haftasida homila EXOKG keng qo‘llaniladi. TYuN ni erta aniqlash va homilador/ota-onalarga samarali maslahat olib borish imkonini beradi.

6. Homilada tug‘ma yurak nuqsonining rivojlanishiga ta‘sir ko‘rsatuvchi onaning surunkali kasalliklari

Javob: biriktiruvchi to‘qimaning tizimli kasalliklari: tizimli qizil yugurik. Boshqa kasalliklar – qandli diabet.

7. Homilada tug‘ma yurak nuqsonining rivojlanishiga ta‘sir ko‘rsatuvchi onaning infeksiyon kasalliklari

Javob: qizilcha, Koksaki virusi, gripp

8. Tug‘ma yurak nuqsonida emlashda qarshi ko‘rsatma

Javob: qarshi ko‘rsatma – agar mavjud TYuN fonida quyidagilar bo‘lsa: avvalgi vaksinaga og‘ir reaksiya kuzatilgan bo‘lsa, talvasa, infeksiyaning o‘tkir davri, isitma bilan yoki isitmasiz o‘rta va og‘ir darajadagi kasallikning o‘tkir davri, yurak yetishmovchiligining zo‘rayishi, og‘ir immuntanqislik holati (onkokasallik, ximioterapiya, OIV infeksiyasi).

9. Qaysi TYuN lar sianoz bilan kechadi?

Javob: sianoz bilan : Fallo tetradasi, magistral tomirlar transpozitsiyasi, o'pka tomirlarining anomal to'liq botishi, umumiy o'pka naychasi, yagona qorincha, Ebshteyn anomaliyasi

10. Qaysi TYuN lar sianozsiz kechadi?

Javob: Qorinchalararo to'siq nuqsoni, Ochiq arterial yo'lak, o'pka arteriyasi stenozi, bo'lmachalararo to'siq nuqsoni, aorta koarktatsiyasi, aorta stenozi

11. TYuN da asosiy umumiy shikoyatlar

Javob: hansirash, charchash, yurakning tez urishi, nafas yo'llarining tez-tez kasalliklari

12. TYuN da umumiy klinik belgilar

Javob: jismoniy rivojlanishdan orqada qolish, rangparlik/sianoz, yurak bukri, sistolik titrash, AQB ning o'zgarishi, yuqori va tez-tez tomir urishi, yurakda shovqin, yurak chegaralarining kattalashishi.

13. Funksional va organik shovqinning bir-biridan farqi

Javob: Funksional shovqin: yurak shikastlanmagan, sistolik shovqin qisqa, dag'al emas, irradiatsiyalanmaydi, diastolik komponentga ega emas, yurak tonlari o'zgarmagan, nafas fazasiga bog'liq emas, yuklamada kamayadi, EKG va rentgenda patologiya yo'q.

Organik shovqin: dag'al, davomiy, irradiatsiyalanadi, diastolik bo'lishi mumkin, yuklamada kuchayadi, sianoz, YuE simptomlari bo'lishi mumkin, EKG va rentgenda o'zgarishlar kuzatiladi.

14. Klinik tekshiruvning spesifik belgilari (shovqin xarakteri, sianoz va yurak yetishmovchiligi simptomlari), keng tarqalgan TYuN larda EKG va ko'krak qafasi rentgenografiyasi (Qorinchalararo to'siq nuqsoni, bo'lmachalararo to'siq nuqsoni, o'pka arteriyasi stenozi, Fallo tetradasi, Ochiq arterial yo'lak, aorta koarktatsiyasi, aorta stenozi)

Javob: Qorinchalararo to'siq nuqsoni – pansistolik shovqin, yurak yetishmovchiligi belgilari, EKG – chap va o'ng qorincha gipertrofiyasi, rentgen – o'pka suratining kuchayishi, kardiomegaliya.

Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni – dag'al bo'lmagan sistolik shovqin, 2-tonning bo'linishi, EKG - EKG – chap qorincha biroz kattalashgan, rentgen – o'pka suratining kuchayishi, kardiomegaliya kuzatilishi mumkin.

O'pka arteriyasi stenozi – sistolik dag'al shovqin, sianoz bo'lishi mumkin, EKG – o'ng qorincha gipertrofiyasi, rentgen – o'pka surati normal lyoki susaygan, kardiomegaliya kuzatilishi mumkin.

Fallo tetradasi - sistolik dag'al shovqin, sianoz bo'lishi mumkin, EKG - o'ng qorincha gipertrofiyasi, rentgen – o'pka surati normal lyoki kuchaygan, kardiomegaliya kuzatilishi mumkin.

Ochiq arterial yo'lak – sistola-diastolik shovqin, yurak yetishmovchiligi simptomlari, EKG - chap qorincha gipertrofiyasi, rentgen – o'pka surati kuchaygan, kardiomegaliya kuzatilishi mumkin.

Aorta koarktatsiyasi – arterial gipertoniya, son arteriyasida puls susaygan, EKG – chap qorincha gipertrofiyasi, rentgen – o'pka surati normal, kardiomegaliya kuzatilishi mumkin.

Aortal stenoz – sistolik dag'al shovqin, yurak yetishmovchiligi simptomlari, EKG – chap qorincha gipertrofiyasi, rentgen – o'pka surati normal, kardiomegaliya kuzatilishi mumkin.

15. Tug'ma yurak nuqsoni asoratlarining turlari (hansirash-sianotik xurujlar, yurak yetishmovchiligi, bakterial endokardit) ularning profilaktikasi.

Javob: hansirash-sianotik xurujlar – to'satdan bola bezovta bo'la boshlaydi, hansirash kuchayadi, sianoz, yurak shovqini kamayadi, hushdan ketish, talvasa, va hatto gemiparez kuzatilishi mumkin. Profilaktika – beta adrenoblokatorlar qabul qilish, kamqonlikni davolash. Yurak yetishmovchiligi – chap qorinchali (hansirash, taxikardiya, o'pkada xirillashlar) va o'ng qorinchali (shishlar, jigarning kattalashishi, assit). Bakterial endokardit – o'tkir yurak yetishmovchiligi, isitma, tungi terlash, splenomegaliya, anemiya, mikrogematuriya, petexiyalar, buyrak yetishmovchiligi. Profilaktika – antibakterial. Manipulyatsiya yoki operatsiyadan, ayniqsa tishlarda, bir soat avval antibiotiklar (amoksitsillin) qabul qilish.

16. BTSYo da hansirash-sianotik xurujlar, yurak yetishmovchiligi, bakterial endokarditda shifoxonaga yotqizilguncha tibbiy yordamni ko'rsatish

Javob: hansirash-sianotik xurujlar – kislorod, beta blokatorlar (propranalol ichishga – 0,5-1mg/kg har 6 soatda. Yurak yetishmovchiligi – o'tkir: kislorod, strofantin 0,05% ot 0,05 ml yoshga ko'ra 0,8 ml gacha. Bakendokardit – statsionarga yuborish, prostaglandin Ye, antibiotiklarni erta tavsiya etish.

17. mitral klapan prolapsi (MKP) sabablari va xarakterli belgilari

Javob: sabablari – MKP – izolyatsiyalangan nuqson sifatida tug'ma anomaliya, va ikkilamchi – revmatik isitma, miokardit va nasliy sindromda (Marfana, Elersa-Danlosa). Nasliy omil Belgilari – yurak auskultatsiyasida xarakterli chertki, yurakda og'riq bo'lishi mumkin, bosh aylanishi, xolsizlik.

18. TYuN da markaziy tuman ko'p tarmoqli poliklinikasiga kardiologga yo'llanma berish uchun ko'rsatma

Javob: tashxisning tasdiqlanishi, operatsiyaga ko'rsatmaning aniqlanishi, yurak yetishmovchiligi simptomlarining zo'rayishi yoki paydo bo'lishi, asoratga shubha qilinsa, samarasiz davo, davoni korreksiya qilish.

19. BTSYo da TYuN bo'lgan patsientlarni o'qitish tamoyillari va sohasi

Javob: og'ir bo'lmagan TYuN – ota-onalar va bolalarni jismoniy faollikni cheklamasdan to'la qonli hayot kechirish qoidalariga o'rgatish. Sog'lom turmush tarzi, ratsional ovqatlanish, bolaning yoshi va qobiliyatiga qarab jismoniy faollikka o'rgatish, chekmaslik.

20. BTSYo da TYuN bo'lgan patsientlarni kuzatish va nazorat qilish tamoyillari va sohasi.

Javob: kardiolog bilan birga muntazam, uzluksiz kuzatuv olib borish. Qarshi ko'rsatma bo'lmaganida reja asosida vaksinatsiya o'tkazish. AQB, puls, nafas, jismoniy va ruhiy rivojlanishi, temperaturani nazorat qilish. Yurak yetishmovchiligi, ahvolining o'irlashishi, dori preparatlarini qabul qilishi va ularning nojo'ya ta'sirlarini nazorat qilish. Laborator va instrumental tekshiruvlar: UQT, UPT, axlatni gijjaga tekshirish, EKG, ko'krak qafasi rentgeni. Kardiolog va boshqa mutaxassislariga ko'rsatma bo'yicha yo'llanma berish. Bakendokardit profilaktikasi.

3 BOB

KARDITLAR

Carditis

ERTA TUG‘MA KARDITLAR

Erta tug‘ma karditlar erta fetal davrida (ona qornida 4-7oylikda) rivojlanadi. Asosiy morfologik substrati endokard va miokard fibroelastozi (FE) yoki elastofibrozi (EF) hisoblanadi.

Tug‘ma kardit tashxisi agar yurak patologiyasi homilada yoki hayotini birinchi kunida aniqlansa haqiqiy, extimolli –agar bola hayotini 1 chi oyida bolada intekurent kasalliklarsiz yoki onaning homiadolik davridagi kasalliklari natijasida rivojlansa hisoblanadi.

TASHXISOT MEZONLARI

I. Anamnestik me‘zonlar:

Oilada yurak qon –tomir kasalliklari: revmatizm, karditlar, TYuN, idiopatik kardiomiopatiya, kichik yoshda tusatdan o‘lish va b.q; homiladorlik davrida onaning kasalliklari, homiladorlik darida surunkali infeksiyon kasalliklarini qaytalanishi (revmatizm, pielonefrit va b.q), kichik vazn bilan tug‘ilish (25 - 30% bemorlarda) Kasallikni birinchi simptomlari bola hayotini birinchi yarmida, kuzatiladi, bolalarda elastofibrozi simptomlari 6-18 oyligida kuzatiladi.

I. Klinik me‘zonlar:

1. **Ekstra kardial :** sababsiz tana vaznini kamayishi, jismoniy rivojlanishdan orqada qolish, terisini ranparligi, holsizlik, ko‘p terlash, afoniya, sababsiz bezovtalanishi.
2. **Kardial:** teri qavati va shilliq kavatni va barmoqlar uchini uncha kuchli bo‘lmagan ko‘karishi, chap taraflama yura bukrisi, yurak turtkisi susaygan yoki aniqlanmaydi, yurakning tumtoqlik chegarasi chapga surilishi, yurak tonlari eshitmasliligi yoki sust eshitiladi, yurak shoqinlari ko‘p hollarda eshitilmaydi yoki mitral klapan etishmovchiligi bilan bog‘lik, yurak urishi tezlashgan, davo effektivligi past. Aritmiya kam hollarda faqat miokarddan so‘ngi elastofibroza kuzatiladi. Total yurak tomir etishmovchiligi, chap qorincha etishmovchiligi ustunligi bilan taxikardiya, hansirash, har xil kattalikdagi nam va quruq xirillashlar, jigar kattalashgan, oyoqlarda shish.

3. III Paraklinik:

1. Laborator:

EChT, leykositlar, qon oqsil fraksiyalari, ASL, ACT miyorda yoki titri ozroq o‘zgargan.

2. Instrumental-grafik:

EKG - yurak elektr o‘qi miyorda, , tishlar baland, aritmiya yo‘q? o‘tkazuvchanlik buzilmagan, ritm tez rigidli, chap qorincha gipertrofiyasi subkardial qismini

ishemiyasi bilan, tor QRS kompleksi, kam hollarda II-III darajasi yoki Giss oyoqlar va tutami blokadasi, ST-intervalni siljishi.

Tugʻma endomiokard EF EKG oʻzgarishlari FE EKG QRS kompleksi voltaji balandligi saqlanib qoladi, yurak qisqarishlar soni va ritm rigidniligi yosh oʻzgarishi bilan va oʻtkazilgan davo fonida yaxshilanadi,

Rentgenologik tekshiruv:

- oʻpka rasmi miyorda yoki biroz kuchaygan vena tomirlar hisobiga.
- chap oʻpka pastki bulagi atelektazi.
- yurak sharsimon yoki oval shaklida.
- yurak boʻshliqlari kattalashishi chap qorincha dilatatsiyasi kam miqdorda oʻng qorincha kengayishi bilan nomoyon boʻladi .

PRIZNAKI TABLITSA ST 148

Tugʻma FE va miokarditdan sungi EF-EKG qiyosiy tashxisoti.

Belgilari	FE	EF
1.Yurak elektr oʻqi	Miyorda	Miyorda yoki chapka siljigan
2.Yurak ritmi oʻtkazuvchanligi buzillishi.	Juda kam hollarda	Koʻp marta
3. QRS kompleksi voltajini kattalashuvi	Ancha kattalashgan	Oʻrtacha
4.Chap qorincha gipertrofiyasi	Kuzatiladi	Kuzatiladi
5.Oʻng boʻlmacha gipertrofiyasi	Kam	Koʻp marta
6. Q tishini kaatalashgan	Redko	
T tish I, II, III, V5, V6 tarmoqlarda manfiv	Koʻp hollarda	II, III, aVF, V _s tarmoqlarda
8.T tish I, III, V5, V6 tarmoqlapda vassilaishi(sglaienie)	Kam hollarda	Kuzatiladi kam hllarda,
9.Ttish musbat V1-3 tarmoqlarda	Kup hollarda	Kam hollarda
10. ST segmentni V 5, V6 Pastga siljigan		Bulishi mumkin, Yuqoriga siljigan Kup holda yoki kuzatilmaydi

Qiyosiy tashxis: tug‘ma yurak nuqsonlari, ortirilgan karditlar bilan o‘tqaziladi.

Etalon tashxisi:

Tug‘ma erta kardit (fibroelastoz), o‘tkir kechuvi, og‘ir total yurak etishmovchiligi II B bosqichi.

**Bolalarda norevmatik karditlarni ishchi tasnifi.
(N.A.Belokon, 1984)**

Kasallikni kelib chiqqan davri vozniknoveniya zabolevaniya	Tug‘ma (antenatal) – erta va kech, ortirilgan
1	2
Etiologik omil	Virusli, virus-bakterial, bakterial, parazitlar, zambug‘li, iersiniozli allergik, idiopatik
Turi (jarayonni joylashgan joyi) kechuvi Og‘irlig bo‘yicha Yurak etishmovchiligi va darajasi buyicha	Kardit. Yurakni utkazuv tizimini jaroxati. O‘tkir – 3 oygacha. O‘tkir osti – 18 oygacha Surunkali – 18 oydan ko‘p. Engil, Urta og‘ir, Og‘ir. Chap qorinchali I. IIa, IIb III darajali Total
Asoratlari	Kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, ritm va o‘tkazuvchanlikni buzilishi, o‘pka gipertenziyasi, klapanlar jarohati, tromboembolik sindrom, konstruktivnyy miokardit

TUG‘MA KECH YUZAGA KELGAN KARDIT.

Tug‘ma kech yuzaga kelgan kardit deb agar homiladolikning oxirgi trimestrida yuzaga kelsa.

Agar tashxis ishonchli hisoblanadi:

- a) yurak patologiyasi belgilari homila ichida yoki hayotining birinchi kunlarida aniqlansa
- b) fibroelastoz yoki elastofibroz simptomlari kuzatilmasa.

TASHXISOT MEZONLARI

1.Klinicheskie:

Ekstrakardial: tug'ilganda tana vazni miyorda, homila ichi gipertrofiyasi kam kuzatiladi, ko'krakni emganda charcha qolish, bola hayotini 3-5 oydan so'ng jismoniy rivojlanishdan orkada qolish, tez tez nafas a'zolari kasalliklari bilan kasallanish, terlash, nerv tizimidagi o'zgarishlar, tusatdan bezovta bo'lish, hansirash, taxikardiya, kam hollarda hushini yuqotish titrash bilan, bazida ovozning xirillashi, shovqinli nafas (stridor).

2.Kardial:Tug'ilganidan saqlanib qolgan taxikardiya va bradikardiya bilan hansirash, shilliq qavati va barmoqlarini uchi ko'karishi, rangparlik yurak etishmovchilik fonida, yurak - tomir etishmovchilik simptomlari, taloqni kaatalashuvi, shish sindromi, kuchaygan ko'tarilib turuvchi pastga siljigan yurak turtkisi, yurak tonlari ancha baland eshitiladi, sistolik shovqin yurak o'tkazuvchanligini buzilishi.

II. Paraklinik:

1. Instrumental-grafik:

EKG: chap qorincha elektropotensiallarini yaqol namayon bulishi, ritm va yurak o'tkazuvchanligini buzilishi. ST segmentini izolenyadan pastga siljishi.

2. Rentgenologik:

Yurak shakli o'zgarmagan yoki trapesiya shaklida. Yurak soyasi kattalashgan yurak hamma bo'shliqlari, chap bo'shliqlari hisobiga. Chap qorincha konturi buyicha sistola -diastolik shovqinlar amplitudasini susayishi.

3. Laborator:

O'mumiy qon taxlilida o'zgarish yuq, revmasinamalar manfiy.

Differensial tashxis.

Tug'ma yurak nuqsonlari, erta tug'ma kardit, ortirilgan kardit, miokardiodistofiya bilan o'tkaziladi.

Tashxis etaloni:

Tug'ma kechki kardit (virusli), utkir osti kechuvi o'rtacha og'irlikda, yurak yitishmovchiligi II A darajasi.

4 BOB

ORTIRILGAN KARDITLAR

TASHXISOT MEZONLARI.

I. Anamnestik:

Homiladorlik davarda onaning kasalliklari (xususan O'RVI), ishlab chiqarish bilan bog'liq yomon ta'sir qiluvchi omillar, uzok qabul qilingan dorilar, spirtli ichimliklarni ko'p miqdorda istimo qilish, kasallikni ilk belgilari O'RI fonida yoki 1-2 haftadan so'ng yuzaga keladi, bola organizmini sensibilizatsiyasi (infeksin kasalliklar bilan qayta kasallanish), anomaliya konstitutsiya holatlar (atopik, limfatik, moche kisliq diatez), emlashni o'tqazish qoidalariga rioya qilmaslik.

II. Klinik:

1. Ekstrakardial: ishtaxaning pastligi, tana vaznini qo'shilmasligi yoki kam qo'shilishi, kam kuvatlilik, terlash, tez charchash, quzg'aluvchan, kam hollarda hushini yuqotish, qaltirash, gemiparez, kechkurungi bezovtalik, ko'ngil aynishi qusish, terida kulrang tusli rangparlik, tana holatini o'zgarishi bilan tez tez kaytalanuvchi yutal.

2. Kardial: yurak etishmovchiligi, boshlangich davrida chap qorincha so'ng total. Burun lab uchburchagini ko'karishi, akrasianoz, ritm va yurak utkazuvchanligini buzilishi, puls kam to'lalikka yoki o'rtacha to'lalikka va qarshilikda yurak turtkisi kuruvda sezilmaydi yoki umuman aniqlanmaydi, yurakni nisbiy tumtoqlik chegarasi siljigan, I ton eshitlmaydi, o'pka arteriyasi ustida II tonn aksenti, sistolik funksional shovqin yoki mitral klapanini nisbiy etishmovchiligi shovqini, A/B miyorda yoki giotoniyaga moilligi.

III. Paraklinik:

1. Laborator:

Labarator tekshiruv natijalari kam ma'lumotga ega.

2. Instrumental-grafik:

EKG - yurak elektrik o'qi o'nga siljigan. QRS kompleksi tishlari voltaji pasaygan. Har xil ritm, o'tkazuvchanligi buzilishi. ST segmenti (izoliniyadan pastga siljishi) va T tishlar o'zgargan.

3. Rentgenologik:

- O'pkada biroz qonni dimlanishi, yurak soyasini kattalashuvi, chap qorincha dilatatsiyasi.

Differensial tashxis.

TYuN, tug'ma kardit, miokarddistrofiya bilan o'tkaziladi.

Tashxis etaloni:

ortirilgan kardit, virusli-bakteriali, og'ir kechuvi, o'tkir kechuvi, yurak etishmovchiligi II B darajasi.

BOLALARDA KARDITLARNI ANIQLASH TASHXISOT DASTURI.

Minimal

- Genealogik va biologik anamnez yig'ish va taxlil qilish.
- Antropometrik ma'lumotlarni baholash. (jismoniy rivojlanishdan orqada qolish).
- Yurak etishmovchilik belgilarini aniqlash.
- Yurakni nisbiy tumtoqlik chegarasini kengayishi.
- Yurak tonlarini o'zgarishi (I ton eshitilmaydi, II ton aksenti).
- Sistolik shovqinni qayt etilishi.
- EKG, FKG.

Maksimal

- EXO KT.
- Yurakni rentgenologik tekshirishirish.

KARDITLANI DAVOLASH VA TASHKILIY TADBIRLAR ALGORITMI.

Tashkiliy tadbirlar	Davolash tadbirlar rejasi	Nazorat effektivligiligi
1	2	3
1.O'tkazgan kasalliklarni aniqlash	1.Yotoq rejim - 1-2 hafta, og'ir holatda qon aylanishi etishmovchiligida 3-4 hafta.	1.Funksional holatini tiklash
2. Karditlarni sabablarini aniqlash.	2. Rejimni sekin asta kengaytirish-2-3 haftadan boshlab, LFK yurakdagi o'zgarishlarni,funksional sinamalarni, labarotor instrumental natijalarini yaxshi tomonga o'zgarishini nazorat kilgan holda	2.Klinik labarator korsatkichlararini tiklash
3.Bemorni gospitalizasiya qilish	3.Qon aylanish yitishmovchiligi bosqichi buyicha parxez. Kaliyiga boy oziq ovqatlar ovqattavsiya etish	
4.Mutaxasiga ko'rsamani aniqlash.	4.Norevmatik kardit va surunkali infeksiya uchun o'tkir davrida 10 – 14 kun antibiotiklar bilan davolash. Davolash (oksatsilin, metitsik, sefalosporin, tetrasiklin); virusnli karditlarda - interferon, ribo- nukleaza, protivogrippoznyy gammaglo- bulin, remantadin v pervye dni bolezni	3. Dori vositalarini nozuya tasirini bulmasligi

5. Labar - tornoinstrumental tekshiruv rejasinrejasini aniqlash	5. Nestroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari bilan - 4-6 hafta davolash: - asetilsalisilovaya kislota-0,2 kg/sut.; - indometasin (metindol) - 0,001 - 0,003 g/kg/sut; - brufen (ibuprofen) -0,01-0.03 g/kg/sut.; - voltaren (ortofen) - 0,002 - 0,003 g/kg/sutk	
	6. Qon aylanish yitishmovchiligi yuqori darajasida- glyukokortikosteroidlar (prednizolon 0,3-1,0 mg/kg - 2-4 hafta sekin asta dozasini kamayitish bilan)	
	7. Ch o'zilgan kechuvida - 4-aminoxinolin preparatlari (delagil, plakvenil) -0,005 g/kg bir marta kechqurun/ 8. Miokard metabolizmini yazshilovchi : panangin (asparkam), askorbinovaya kislota, tiamin, piridoksin, kokarboksilaza, pangamat va pantotenat kalsiy, riboksin, orotat kaliy – yoshga mos dozada 3-4 hafta 9. Reparasiya davrida anabolik preparatlar (retabolil, nera- bol) - 10-14 kun. 10. Qon aylanish yitishmovchiligida - yurak glikozidlari, diuretiklar yoshiga va qon aylanish yitishmovchiligi bosqichiga qarab 11. Simptomatik terapiya, kursatma buyich - antiaritmik preparatlar	

QON AYLANISH YITISHCHILIGIDA DAVO TADBIRLARI
ALGARITMI

Tashkiliy tadbirlar	Davo tadbirlari	Davo effektivlik nazorati
1	2	3
	1.Antibakterial va yallig'lanishga qarsh dori vositalari, glyukokortikoidlar ko'rsatma bueicha 2.Yurak glikozidlari QAB buzilishi bosqich ,bog'liq holda nasisheniya dozada1kg tana vazniga digoksin/ H II A = 0,03 – 0,05 mΓ HIIБ = 0,075 mΓ HIII =0.1mΓ	Klinik – funktsional holati : yurak o'zgarishlarini miyorlashuvi, diurezni oshishi, shishlarni yuqolishi, jigarni hajmini miyorga kelishi. Qon analizi,FKG, pulsni miyorlashuvi, hansirashni yuqolishi
1.Kassallikni sabablarini aniqlash	3.Temp nasisheniysi: tez -1-3 kun o'rtacha - 3-5 kun sekin - 7-10 kun	
2. QAB buzilishi bosqichda - DF va yotoq tartibini aniqlash	4.Terapevtik effektdan so'ng qo'llab turuvchi dozaga nasisheniya dozani1/5 -1/6 qismiga o'tiladi	

Diurezni kuzatish 3.Ratsional ovqatlanishni tashkillashtirish. 4.Glyukortikoidlar va yurak glikozidlarini effektivligini control qilish	5. Kaliy preparatlari (panangin, asparkam, kaliy xlor va b.q.) 6.Siydik haydovch preparatlar (laziks, gipotiazid, veroshperon и др.) 7.Miokardda metobalizmni yaxshilovch dorilar (kokorbiksilaza, riboksin, ATF, vitaminlar B5, B1, B ₂ , B ₆) 8.Preferik vazadilyatatorlar (nitratlar, gidrolizin, fentolomin, Nitropussid natriya, Prozozin va b,q). 9. Dietoterapiya	
---	---	--

QON AYLANISH YITISHMOVCHILIGIDA DIETATERAPIYA TAMOILLARI

Bemor kasalliklarini hisobga olgan holda parhez tavsiya etish.
 электролитного баланса.

1. Подход индивидуальный с учетом желания ребенка, переносимости продуктов.
 3. Oziq ovqat vitminga, mikroelementlarga boy bo'lishi kerak:
 - Kaliyga boy oziq ovqatlar: kartoshka, urik, urik turshagi, qaroli, tvorog, sut va b.q.;
 - Baliq, gusht bulyonlar, yog'li ovqatlar, dudlangan, kofe, shakalad achiq choy ratsionidan olib tashlash/
 - qabziyatni keltiri chiqaruvsh maxsulotlarni cheklash;
 - ovqatlanish sonini 4-5 martagacha oshirish.
 4. QAB I - darajasida nuz miyorda bulichi talab qilinadi.;
- QAB IIA - darajasida tuz 2-3 g/kunlik kamaytiriladi,
 HK IIB-III - darajasida "tuzsiz stol" tuz 1 - 1,5 g osmaslik, oqsil 40 g/sutkada kamaytirish.
- Tvorog – sutli kun.
- Tvorog - 200,0 -250,0
- Sutli - 400,0 -500,0

Kompotlar quruq mevalardan -200,0

Mevali kun:

Olmalar – 600,0- 800.0

Mayiz (курага,чернослив) - 150.0 -200,0г

Mevali sharbatlar - 200.0 г

**ERTA YOSHDAGI BOLALAR UCHUN YURAK GLIKOZIDLARINI
TERAPEVTIK DOZASI(М.П.Чернова)**

Yurk yitishmovchiligi bosqichi	Glikozidlarni nasisheniya dozasi	
	Наперстянка	Дигоксин
HA	30 мг/kg 2 -3sutkada (1 kunda2-3marta)	0,05 мг/kg 3 marta har 8 soatda (1/2 + 1/4 + 1/4)
MB	45 мг/kg 2 -3sutkada (1 kunda-3marta	0,075 мг/kg 3 marta har 8 soatda (1/2 + 1/4 + 1/4)
HB-III	60-75 мг -3sutkada (1 kunda3marta	0,1(мг/kg 3 marta har 8 soatda (1/2 + 1/4 + 1/4)

Izox: I darajali qon aylanish buzilishida asosan digitoksin tavsiya etiladi ushlab turuvchi dozada, oldindan nasisheniy dozasiz.

**ERTA YOSHDAGI BOLALAR UCHUN YURAK GLIKOZIDLARINI
TERAPEVTIK DOZASI**

Yoshi	Strofantin mg/kg	Digoksin mg/kg	Izolanid mg/kg	Digitoksin mg/kg	Naprstyanka mg/kg мг/кг
Boshlang'icp	0,03	0,075	0,075	0,035	0,035

5 BOB

ORTIRILGAN YURAK NUQSONLARI

OYUN - yurak klapanlarini, to'siqlarini, katta tomirlarini organik yallig'lanish bo'lib, buning natijasida yurak funksiyasi buzilishi, vena tomirlarda, to'qimalarda, organlarda qonni dimlanishi yuzaga keladi. OyuN - yurak klapanlari, yurak teshiklari, yurak kameralari orasi to'siqlar nuqsoni va kameralardan chiquvchi tomirlardagi o'zgarishlar natijasida yurak ichida tizimda gemodinamikani buzilishi yuzaga keladi. Natijada utkir va surunkali qon aylanishini yitishmovchiligi rivojlanadi. Ortirilgan yurak nuqsonlarini yagona tasnifi yo'q. Shuning uchun ayrim yurak nuqsonlari uchun ko'p tarqalgan asoslangan tasnifni qo'llash tavsiya etiladi. Bunday holatlarda klinik holatini xsusiyatlarini, gemodinamikani buzilish darajasi, xirurgik davoga ko'rsatma hisobga olinadi. Agar patologik jarayon natijasida klapan deformasiyasi, yurakni bir bulimidan ikkinchi bulimiga qon o'tadigan teshikda torayish u holda bu nuqson stenoz deb ataladi. Yurak klapani etishmovchiligi funksional bo'lishi mumkin, qachonki yurak kameralari kengayishi natijasida o'zgarmagan klapan hajmi kengaygan teshikni to'liq maxkam berkita olmaydi.

ORTIRILGAN YuRAK NUQSONLARINI KELIB ChIQISH SABABLARI

90% holatlarda kattalalarda bolalarda OYuN sababi o'tkazgan revmatik isitma natijasidir. Bundan tashqari OYuN sababi bakterial endokardit, kattalarda autoimun kassalliklar(Yuvinel revmatoid artrit, tizimli sklerodermiya b.q.) ateroskleroz, yurak ishimik kassalligi, yurak infakti. Mitral klapan aorta klapaniga nisbatan kup jaraxotlanadi. Uch tabaqa va o'pka arteriyasi klapanlari jarohati kam uchraydi.

Yurak no'ksonlarini tashxisot usullari. Yurak nuqsonini tashxisini asoslash uchun anamnez yig'ish, yurak nuqsoniga olib keluvchi kasalliklarni revmatizm, infeksiyalar, jarahatlar va boshqa kasalliklarni aniqlash kerak. Bemorni to'liq tekshiruvda hansirash, ko'karish, shishlar, atrof vena tomirlarini pulsasiyasim, perkussi orqali yurak chegarasi aniqlanadi, yurak shovqinlari va yurak tonlari eshitiladi, Jigar va taloq hajmi aniqlanadi.

Yurak patologiyasini instrumental tekshiruv usullari:

Exokardiografiya- bu usul orqali yurak klapani no'ksoni hajmini, bo'lmachalar va qorinchalar aro teshik hajmini, o'pka arteriyasidagi bosimni aniqlaydi. Yurak klapanlari to'g'risidagi aniq ma'lumotni olish uchun qizilo'ngach orqali tekshiriladigan exokardiografiya o'tkaziladi. YuN larini MRT, MSKT, KT tekshirish usullari aniq ma'lumot beradi. Laborator tekshirish usullari – qon, peshob, qonda qand, xolisterin miqdorini aniqlash, revmatoid sinamalar, kasallikni sababini aniqlash va davolash uchun muhimdir.

OYUN TASNIFI

Ortirilgan yurak nuqsonlari tasnifi bo'yicha har xil tasniflar tavsiya etilgan;

Keltirib chiqaruvchi sabablarga ko'ra;

-revmatik, aterosklerotik, bakterial, siflitik va b.q.s.

- Umumiy gemodinamikani holatiga qarab- kompensasiyalangan, subkompensasiyalangan, dekompensasiyalangan yurak nuqsoni.

- Yurak jaroxatini joylashuviga buyicha.

Bitta klapanda.

Mitral klapan nuqsoni

Aortal klapan nuqsoni

Uch tabaqali klapan nuqsoni

Kombinasiyalangan(2ta undan ko'p)

Mitral –aortal

Metral –uchtabaqali klapan

Aortal uch tabaqali

Bir vaqtning uzida 3ta klapan yallig'lanish

Aortal-metral –truksipedal

Metral aortal truksiedal

Funksional turi bo'yicha.

Oddiy nuqsonlar; stenozlar, etishmovchiliklar.

Kombinasiyalangan nuqsonlar stenoz va etishmovchiliklar u yoki bu klapanda bo'lsa.

Birga keluvchi bitta yurak klapanida stenoz va etishmovchilik bo'lishi.

MITRAL KLAPAN ETISHMOVCHILIGI

Mitral klapan etishmovchiligi (metral regurgitاسiyasi) –yurak sistolasida chap qorincha klapan qopqoqlarini to'liq berkilmasligi natijasida qon chap qorinchadan chap bo'lmachaga o'tishi(regurgitاسiyasi) kuzatiladi.

Sabibi. Mitral klapan organik yallig'lanishining asosiy sabablaridan biri revmatizm, kam hollarda infeksiy endokardit, ateroskleroz, biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklari (tizimli qizil yugirik, sklerodermiya, dermatomiozit, travmalar.

Patogenezi.

Revmatik endokardit yoki tomirlar yallig'lanishi natijasida yurak klapanlarida fibroz rivojlanadi, klapanlar elastigligini pasayishiga va yurakni kengayishiga olib keladi. Qopqoqlar shakli o'zgaradi to'liq mahkam yopilmaydi. Keyinchalik klapan qopqoqlari elastikligini yuqotadi bujmayadi. Qopqoqlar pay iplarning qalinlashuvi, qisqarishi yuzaga keladi va chandiqlar paydo bqladi.

Infeksion endokarditda potomorfologik o'zgarishlar klapan varaqlarini (stvorgin) teshilishi va xord paylarini yorilib ketishi bilan xarakterlanadi. Ateroskleroz metral klapanda sklerotik o'zgarishi klapan stvorgini qallinlashuviga

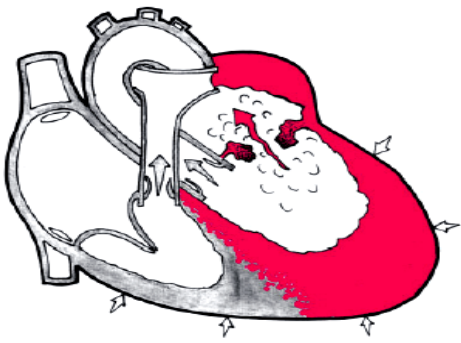
olib keladi. Mitral klapan etishmovchiligida yurak sistola fazasida klapani to'liq yopilmasligi natijasida chap qorinchadan chap bo'lmachaga qonni qaytishi (regurgitasiyasi yuzaga keladi. Yurak har qisqarganida 5ml qonni qaytib tushishi umumiy va yurak ichi gemodinamikasiga ta'sir qilmaydi. 10mlgacha – juda kam, 10ml ko'p – o'rtacha, 25 – 30 ml – og'ir darajali mitral klapan etishmovchiligi deb qaraladi. Regurgitasiyaga uchragan qonni miqdori klapan aparati yallig'lanishi darajasi va mushaklarni holatiga bog'liq. Chap bo'lmachada qon miqdori ko'p (kichik qon aylanish doirasidan quyilgan qon va regurgitasialangan qon) Presistolasi davrida ortiqcha qon chap qorinchaga o'tadi va chap qorincha dilyatasiyasi va gipertrofiyasini yuzaga keltiradi. Metral klapan etishmovchiligi asosiy kompensator mexanizmlari; chap bo'lmacha gipertrofiyasi, chap qorincha gipertrofiyasi.

- Elektrokardiografiya diagnostikasi ham qo'llaniladi, bu bo'lmacha va qorincha gipertrofiyasi mavjudligini baxolash va yurakning ortiqcha yuk belgilarini aniqlash imkonini beradi. Sutkalik xolterov monitor EKG kuzatuvini o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Porok turlari

Shikastlangan klapan	Stenoz	Etishovchilik
Aortal	Aorta klapani stenoz	Aorta klapani etishmovchiligi
Mitral	Metral klapan stenoz	Metral klapan etishmovchiligi
Uch tabaqali	Uch tabaqali klapan stenoz	Uch tabaqali klapan etishmovchiligi
O'pka arteriyasi qapqog'i	O'pka arteriya klapani stenoz	O'pka arteriyasi klapani etishmovchiligi

Chap bo'lmacha miokardini qisqarishini susayishi va uning kompensator mexanizmining pasayishi bilan uning bo'shliqdagi bosimi kuchayadi va o'pka tomirlariga retrograd tarzda tarqaladi, bu passiv (venoz) o'pka gipertenziyasiga olib keladi. O'pka arteriyasidagi bosimni oshishi giperfunksiya bilan birga keladi, keyin esa o'ng qorincha miokardining gipertrofiyasi rivojlanadi. O'pka qon aylanishida dimlanish kuchayishi bilan o'ng qorinchaning shikastlanishi kuchayadi, uning miokardining qisqarishi pasayadi va katta qon aylanish doirasida dimlanish belgilari rivojlanadi.



Mitral klapan etishmovchiligi. Chap qorinchadan chap bo'lmachaga qonning regurgitatsiyasi va yurak kameralarining gipertrofiyasi.

Mitral klapan etishmovchili klinik ko'rinishlari.

Sub'ektiv - kasallikni kompensator bosqichida shikoyatlar yuq. Chap qorincha qisqarishi susaysa va kichik qon aylanish doirasida bosim oshsa bemorda shikoyatlar paydo bo'ladi; hansirash jismoniy yuklamadan so'ng, kiyinchalik tinch turgan holatda kuchli yurak urishi, ishimik xarakterdagi og'riq, quruq yutal. O'ng qorincha etishmovchiligi simptomlarini kuchayishi natijasida oyoqlarda shish, o'ng qovurg'a ostida og'riq kuzatiladi.

Kuruvda:

akrosianoz, buyin vena tomirlarini bo'rtishi.

palpasiyada: chapga sijigan V yoki VI qavurg'alar oralig'ida kuchaygan, tarqoq yurak turkisi, yurak bukrisi (o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi va dilatatsiyasi)

perkussiya: yurak nisbiy tumtoqlik chegarasi oldin chapga, yuqoriga keyinchalik o'nga kengayishi.

auskultasiya: I ton yurak cho'qisida susaygan yoki eshitilmaydi; V va VI qavurg'alar orasida qo'ltiq osti chuqurchasiga va Botkin nuqtasida sistola oxirida susayuvchi sistolik shovqin, (qonni chap qorinchadan chap bo'lmachaga tor tirqishdan o'tishi g'isobiga) II tonni o'pka arteriyasi ustida aksenti va uni ikkilanishi (bosimni oshishi hisobiga klapanlarni qattiq epilishi hisobiga). A/B va tomir urishida o'zgarish yo'q.

Rentgenologi tekshiruv: chap bo'lmacha gipertrofiyasi, yurakni metral konfiguratsiyasi, o'pka rasmi kuchaygan (kichik qon aylanishida dimlanish).

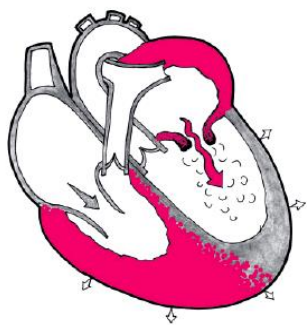
MITRAL STENOZ. Mitral stenoz – shap bo'lmacha - shap qorincha orasi teshikni torayishi natijasida diastola fazada chap bo'lmachada chap qorincha qonni utishi qiyinlashuvi kuzatiladi. Chap bo'lmacha va qorinchalar oralig'i teshikni torayishini ikki xil patologoanatomik o'zgarishlar olib keladi: klapan stvoroklaridagi fibroz qalinlashuvi tugma tirqishiga o'xshash va klapan paylari iplarini jaroxati tufiyli va ularning qisqarishi natijasida baliq og'ziga uxshash teshik yuzaga keladi shuning natijasida klapanlar to'liq yopilmaydi.



Sabablari. Mitral stenoz asosiy sababi revmatik endokardit hisoblanadi. Kam hollarda mitral stenoz infeksiyon endokardit natijasida rivojlanadi.

Patogenez – miyorda chap bo‘lmacha - qorincha teshikni hajmi 4- 6 sm² tashkil qiladi. Bu hajmni 2 marta kichrayishi yurak ichi gemodinamikasini buzilishini yuzaga keltiradi, 1 sm² hajmda kritik holat yuzaga keladi. Mitral klapan teshikning torayishi chap bo‘lmachadan chap qorinchaga qonni o‘tishi qiyinlashadi buning natijasida o‘ng bo‘lmachada bosimni oshishiga va o‘pka vena kapilyarlarda bosimni retrograd oshishiga olib keladi. Chap bo‘lmacha va o‘pka venalari o‘rtasida gradiet bosimni buzilishi “himoya Kitaev refleksi”ni yuzaga keltiradi.

Metral stenozni asosiy kompensator mexanizmlari: chap bulmacha gipertofiyasiipertrofiya , Kitaeva refleksi. O‘pka arteriyalarini funksional torayishi silliq mushaklarni proleferasiyasiga, difuz skleroziga va o‘pka arteriyasini torayishiga,o‘pka gipertenziyasini passiv rivojlanishiga olib keladiyu. Chap qorinchada yuklamani oshishi chap qorinchani gipertrofiyasiga va keyinchalik distrofik o‘zgarishlarga, diastolik bosimni oshishi chap bo‘lmacha dilyatasiyasigi va uch tabaqali klapan nisbiy etishmovchiligiga, o‘ng bo‘lmacha gipetrofiyasiga yurakning o‘ng bulimlarini qisqarish xsusiyatlarini susayishiga, katta qon aylanish doirasida dimlanishini oshishiga olib keladi.



Chap atrioventrikulyar teshik stenoz (mitral stenoz). Turbulent qon chap bo‘lmachadan chap qorinchaga diastolada qaytishi.

Mitral klapani stenozi klinik ko‘rinishlari.

Sub‘ektiv - shikoyatlari:

- Boshlang‘ich bosqichida jismoniy zo‘riqishdan so‘ng hansirash, so‘ngra tinch holatda; kichik qon aylanish dorirasida bosimni birdan oshibketishi natijasida yurak astma rivojlanishi mumkin.
- Quriq yutal kam miqdorda shilliq balg‘am.
- Tovushsh xirrilashgan. (Ortner simptomi)
- Qonli tupurish.
- Yurak sohasida og‘riq,, yurakni tez urishi, yurak faoliyatida uzilishlar; ko‘p hollarda mersatel aritmiya rivojlanadi
- kamquvatlilik, tez charchash.

Ob‘ektiv:

Kuruvda terini rangparlik fonida lablarni, burun uchini ko‘karshi: o‘ng qorincha epigastal sadagi pulsasiyasi («yurak turtkisi»); yurak cho‘qisi turtkisini susaygan aniqlanmaydi.

palpasiya: yurak cho‘qisi asosan jismoniy zuriqishdan so‘ng chap yonboshlab etganda vyidoda diastolik titrash («koshache murlıkanе», Nesterev simptomi(ikta bolg‘acha) agar yurak cho‘qisiga qul qaftini kuyilsa, II qavurg‘alar oralig‘i to‘sh suyagidan chapda barmoqlarda tekshiriganda qarsillagan I ton ko‘l kaftida seziladi, II ton aksenti barmoqlarda seziladi.

perkussiya: yurakni nisbiy tumtoqlik chegarasi yuqoriga (cha bo‘lmacha gipertrofiyasi hisobiga) va o‘nga (o‘ng qorinchani kengayishi hisobig) shuni hisobiga yurakning umumiy tumtoqlik chegarasi kattalashgan nisbiy tumtoqlik chegarasiga nisbatan.

auskultasiya: yurak cho‘qisi ustida kuchaygan qarsillovchi I tonn (v diastolu levıy jeludohek ne napolnyaetsya krovyu v dostatochnoy mere i bystro sokrashaetsya); yurak cho‘qisida qushimcha III tonn (mitral klapani ochilishi toni) ; yurak cho‘qisida I ton + II ton + mitral klapani ochilish shovqini -«perepel ritmi»; diastolani har xil davrida yuzaga keladigan yurak cho‘qqisida diastolik shovqin, diastolani boshida toraygan teshikdan o‘tgan qon bilan bog‘lik protodiastolik shovqin presistolicheskiy shovqin —bo‘lmachani sistola aktivligi natijasida diastola oxirida yuzaga kelad, kuchayib boradi mersatel aritmiyada aritmiida yuqolib ketadi.

xarakteristika pulsa i AD: razlichnyy Puls (Popov simptomi) — puls chap luchevey arteriyada ung luchevey arteriyaga nisbatan sust; AB pasaeshga moil yurakni qonni haydashi bilan bog‘liq.

EKG – chap bo‘lmacha va o‘ng qorincha gipetrofiyasi: yurakni elektr o‘qi o‘nga siljigan va chap ko‘krak tarmoqlarda S-T intervali dipressiyasi vaTtishni avF,

III tarmoqda manfiy, R tish o'ng ko'krak tarmoqlarda va Stish chuqur chap kukrak tarmoqlarda. S–Tdeprissiyasi, T manfiy o'ng ko'krak tarmoqlarda o'pka gipertenziyasi kuchayganda.

ExoKG: paradoksalnoe dvijenie zadney stvorki mitralnogo klapani otnositelno peredney; chap bo'lmacha bo'lig'ini kengaygan, chap qorinchahajmi o'zgarmagan.

Rentgenologik tekshiruv - chap bulmacha kattalashgan, mitral klapani kalsinozi – nuqsonni muxim rentgenologik belgisi hisoblanadi.

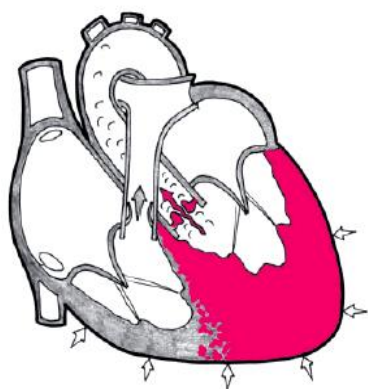
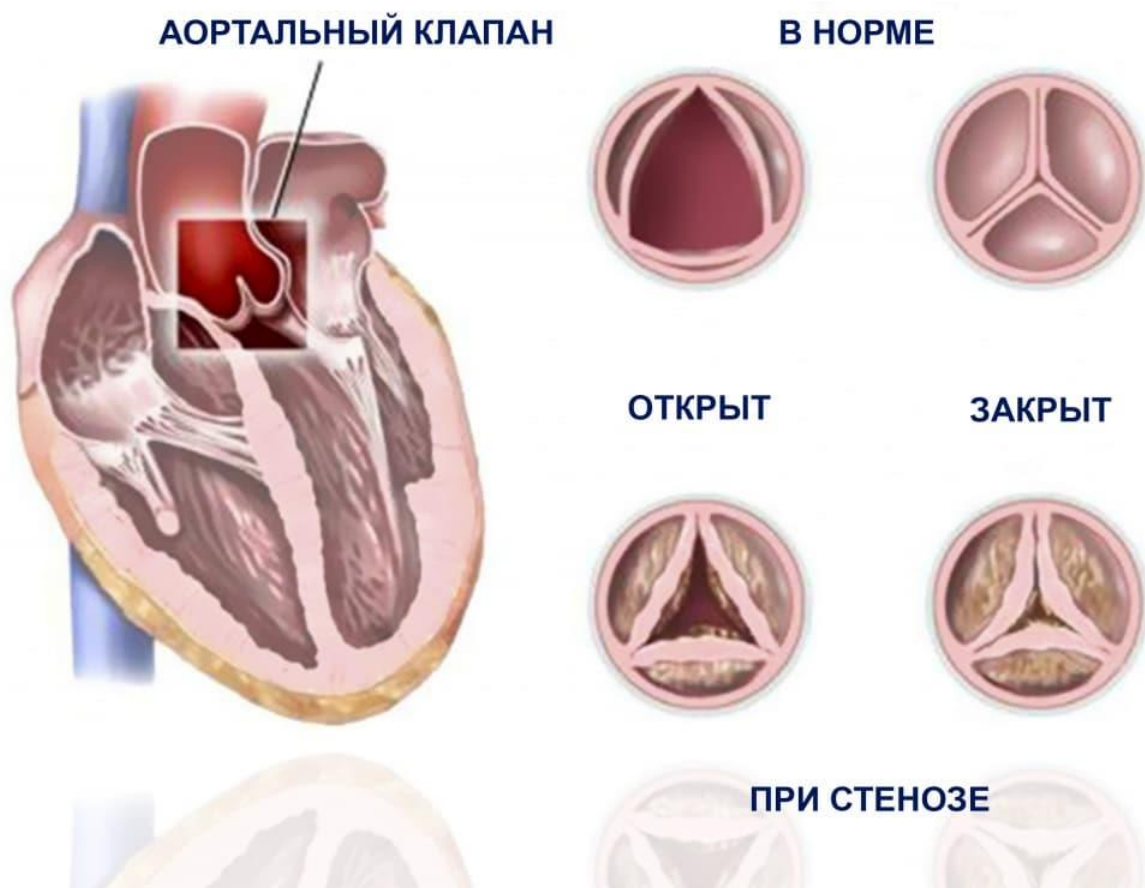
Asoratlari mitral klapan stenoze asoratlari boshqa klapan asoratlariga nisbatan ko'p uchraydi. Yurak ritmini bulmacha fibrilyasiyasi ko'rinishda buzilishi, qon tupurish, o'pka shishi, tromboembolik asoralir.

3.3. Aorta stenoz - aortani chap korinchadan chiqish joidagi torayishi, natijada chap qorinchadan aortaga qonni o'tishiga qarshilik qiladi va qorincha va aorta o'rtasida gradient bosimni oshishiga sabab bo'ladi.

Sababi. Aortal klapani stenoz tug'ma ortirilgan bo'lishi mumkin. Nuqson reumatizm, ateroskleroz, infeksiyon endokarditdan so'ng rivojlanadi. Aortal klapan stenoz yurak nuqsonlarini 20-25 foizini tashkil qiladi, erkaklarda 3-4 marta ayollarga nisbatan ko'p uchraydi. Ortirilgan aorta stenozini sabablari; klapanlar stvorkini revmatik yallig'lanishi, aorta aterosklerozi, infeksiyon endokardit, revmatodli artrt, tizimli qizil yugirik va.q.

Patogenez. Miyorda aortal teshikni hajmi 3sm² ni tashkil qiladi. Kichik hajmli stenozlarda qon aynalishini uzgarishida ko'zga tashlanadigan buzilishlar kuzatilmaydi. Agar aortal teshikni hajmi 0.5sm² gacha va undan kichrayisa, u holda gemodinamik buzilishlar ya'ni chap qorinchadan qonni aortaga o'tishi qiynlashadi. Aortal stenozda chap qorincha va aorta o'rtasida gradient bosim oshadi. Chap qorinchani bosim bilan ishlashi torayishni darajasiga bog'liq holda chap qorincha gipertrofiyasiga olib keladi. Aortal teshik hajmini ikki marta kichrayishi (1,5 sm²) kuchli gemodinamik buzilishlarga, 0,5 sm² – gacha kichrayishi og'ir gemodinamik buzilishlarga olib keladi.

Ososiy gemodinamik o'zgarishlar: Aorta klapani stenoz va chap qorinchadan qonni haydalishi qiyinlashuvi chap qorinchada gradiet bosimni oshishiga, chap qorinchan miokardini konsentrik gipertrofiyasiga olib keladi. Chap qorincha hajmini dilyatasiyasi qayd etilmaydi. Aortal stenozida uzoq muddat kompensasiya saqlanib qoladi. Bu muhim xsusiyati hisoblanadi. Diastolik yuklamani chap bo'lmachaga oshishi chap bo'lmachani gipertrofiyasiga olib keladi. Nuqsonni kech bosqichlarida yurakni dekompensasisi rivojlanadi: chap qorincha gipertofiyaga uchragan mushaklarini qisqaruvchanlik xsusiyati susayadi, haydaladigan qon miqdri kamayadi va miogen dilatasiya yuzaga keladi. Chap bo'lmachda va kichik qon aylanish doirasi vena tomirlarida bosimni oshishi chap qorincha etishmovchiligi rivojlanishi bilan kuzatiladi. Kuchli rivojlangan chap qorincha etishmovchiligi va chap qorincha dilatasiyasida bemorlarda mitral klapan nisbiy etishmovsiligi (aortal nuqsonni "mitralizasiyasi") rivojlanadi. Buning natijasida o'pkada qon dimlanishini yuzaga keladi. Agar chap qorincha yuzaga kelgandan 2-3 yil o'lim kuzatimasa u holda kompensator chap qorincha gipertrofiyasi rivojlanadi.



Aorta stenozi. Sistolada chap qorinchadan qon aortaga o'tishda qiynaladi. Chap qorincha gipertrofiyasi yuzaga keladi.

Aorta klapni stenozi klinikasi.

Bemorlar aorta teshikning hajmi miyordagi hajmini yarimigacha kichrayganda shikoyat qila boshlaydilar. Bunday holatda nuqsonni davolash xirurgik korreksiyadan iborat bo'lishi kerak.

Sub'ektiv — uzoq muddat klinik belgilarsiz kechadi, asosiy shikoyatlari aortal teshikni hajmi 2/3 ga torayganda yuzaga keladi, jismoniy zuriqishdan so'ng tush suyagida siquvchi og'riq, bosh aylanishi, obmoroklar (miyada qon aylanishni buzilishi); bosh og'rig'i.

Keyinchalik chap qorincha mushaklarini qisqarish faoliyati susayganda yurak astmasi xuruji, tinch turganda hansirash, kuchli charchaq hisi. Katta qon aylanishida dimlanish natijasida bemorlar oyoqlarini shishishiga o'ng qovurg'a ostida og'riq(jigarni kattalashuvi bilan bog'liq).

Ob'ektiv:

Kruvda: teri qavati rangpar (yurak kam qon haydaganda tomirlar reaksiyasi) akrasionoz ,oyoqlarni shishishishi, buyin tomirlari bo'rtigan,baland yurak turtkisi.

Palpasiya:pastga siljigan(VI qovurg'a oraliq'i) va chapga siljigan (oldingi qo'ltiq osti chizigi) tarqoq rezistenli yurak turtkisi, sistolik titrash Botkin nuqtasida va 2-chi qovurg'a orliq'i to'sh suyagidan chapda «mushuk xirillashi » aorta ustida aniqlanadi.

Perkussiya: yurakni chap nisbiy tumtoqlik chegarasi kengaygan, yurak ko'ndalang hajmi kattalashgan.

Auskultasiya: birinchi ton susaygan, ikkinchi ton aorta ustida susaygan, aorta ustida, uyqu arteriyasiga uzatiluvchi nafasni chiqarib ushlab o'ng tomonga bemorni yotqizib eshitilganda dag'al kuchayuvchi sekin yuqoluvchi sistolik shovqin.

Puls va AB - Puls kichik, sekin, kam sonli (qon aortaga sekin kam miqdorda o'tadi), sistolik AB pasaygan, diastolikAB miyorda yoki baland, yurak qisqarishi hisobida hosil bo'lgan bosim kamaygan.

Rentgenologik - tekshiruv:chap qorincha gipertrofiyasi, stenozdan kiengi chiquvchi aortani kengayishi va aorta klapani kalsenozi.

EKG - chap qorincha gipertrofiyasi (R tish amplitudasi V5,6, tarmoqlarda,S tish amplitudasi SV1,2 tarmoqlarda kattalashgan, I, aVL, V4,5 tarmoqlarda S–T interval depressiyasi va chap qorincha peregruzkasi (V4—6, I, aVL tarmoqlardaT tish manfiy).

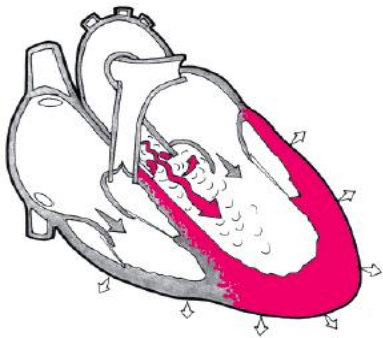
Asoratlari - Yurak etishmovchili aorta stenozi etishmovchiligini klinik ko'rinishi va asorati deb qarash mumkin. Asorati sifatida stenokardiya xuruji va miokard infakt rivojlanishi mumkin. Yurak o'tkazuvchanligini buzilishi Giss tutami oyoqlari blokadasida ko'rinishida nomoyon bo'ladi. Korincha fibrilyasiyasi natijasida tusatdan o'lim holati kuzatilishi mumkin.

AORTAL KLAPANINI ETISHMOVCHILIGI (REGURGITASIYA)

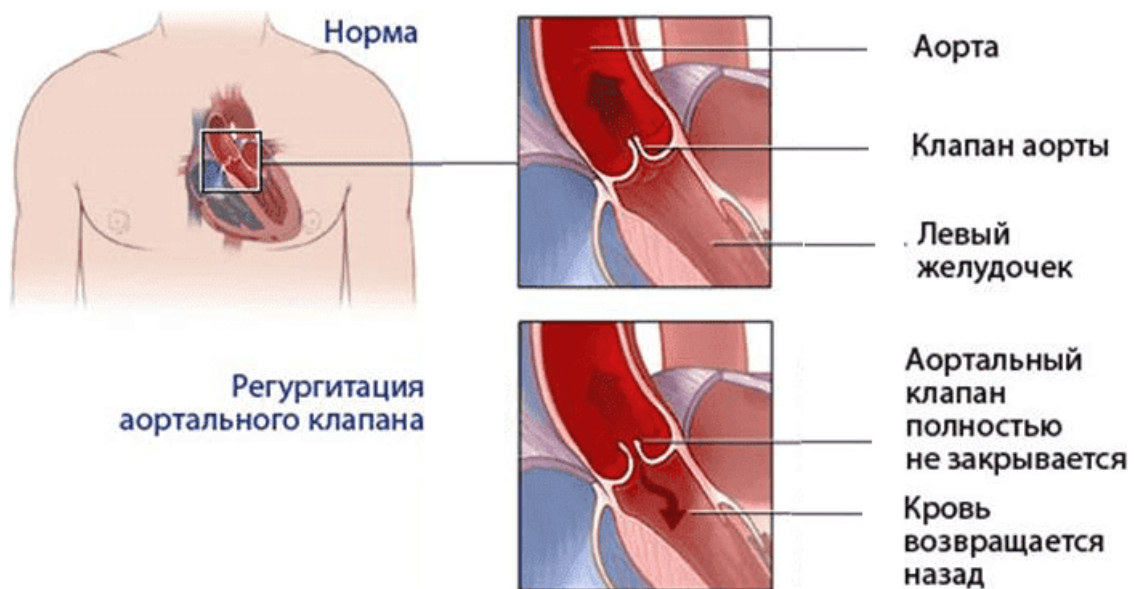
Aorta klapanini etishmovchiligi - yarim oysimon klapanlarini to'liq yopilmasligi natijasida diastolada aortadan qonni chap qorinchaga qaytib tushishi kuzatiladi.

Sababi - Aortal klapanini etishmovchiligining sabablarini ichida revmatizm muxim urinni egallaydi. Kam hollarda – infeksiyon endokardit, sifilis, ateroskleroz, biriktiruchi to'qima diffuz kasalliklari. Tug'ma sabablari bulishi mumkin Marfan sindromi va boshqa turdagi tug'ma nuqsonlar aorta kaortasiyasi, aorta stenozi bilan birga keladi.

Patogenez. Aortal klapan etishmovchiliggida gemodinamikani buzilishi diastola fazada qonni qayta aortadan chap qorinchaga qaytib tushishi bilan xarakterlanadi. Qonni miqdorini, aortada va chap qorinchada gradient bosimni klapan defekti aniqlaydi. Kuchli rivojlangan etishmovchilikda chap qorinchaga 60% qaytib kelishi mumkin. Kompensator mexanizmlar - diastolada chap qorinchaga quyilgan qushimcha qon hisobiga chap qorinchani kengayishi va kuchli qisqrishi (Frank–Starling qonuni) kuzatiladi. Chap qorincha giperfunksiyasi chap qorincha gipertrofiyas va sistolik qonni haydalinshini oshishiga olib keladi Taxikardiya regurgitasiyalangan qon miqdorini kamaytiradi diastolani kisqarishi hisbiga va daqiqali qon miqdorini miyorda saqlab turadi. Periferik kompensator mexanizmlar – arteriyalar tonusini reflektor o'zgarishi bilan xarakterlanadi: sistolada umumiy perefirik tomirlar qarshiligi kamayadi, diastolada tomirlar qarshiligi oshishi kerakli AB ni qullab turadi. Doimiy chap qorinchani oshiqcha yuklama bilan ishlashi chap qorinchani qisqarish qobilyatini susayishiga va miogen dilyatasiyasiga olib keladi. Chap qorincha diyatasiyasi fibroz teshikni cho'zilishiga va chap qorincha nisbiy etishmovchiligini yuzaga keltiradi .



Aorta klapani etishmovchiligi. (sxema). Aortadan qonni chap qorinchaga regurgitasiyasi va chap qorincha gipertrofiyasi tasvirlangan.



Aortal klapan etishmovchiligini klinik belgilar.

Sub'ektiv – kasallikni kompensasiya bosqichida bemorning ahvoli qoniqarli, kam hollarda bemorlar yurak urishini sezishadi vato'sh suyagi yonida pulsasiya sezishadi. Dekompensasiya bosqichida yurak atrofida stenokardiya og'rig'iga o'xshash nitroglisirin taqsir kilmaydigan og'riq, bosh aylanishi, obmork holatlari, kasallikni boshida jismoniy zshriqishdan so'ng hansirash, kienchalik tinch holatda, shish, ung kovurg'a ostida og'riq kuzatiladi.

Ob'ektiv ko'ruvda- teri qoplmasi rangpar, periferik umrov osti, elka, chakka arteriya tomirlar pulsasiyasi- («plyaska karotid»), tomir urishi bilan sinxron boshni ritmik qimirlatilishi (Myusse simptomi), Kvinki simptomi.

Palpasiya - yurak turtkisi kuchli, gumbazsimon, baland o'rta umrov chizihidan tashqarida 6-chi, kam hollarda 7- kovurg'a oralgida aniqlanadi.

Perkussiya: yurakni nisbiy tumtoqlik chegarasi pastga va chapga siljigan, yurakn kundalang hajmi va aortal konfiguratsiyasi hajmi kattalashgan.

Auskultasiya: yurak cho'qisida I ton susaygan, aorta ustida II ton revmatik nuqsonda susaygan, siflitik, aterosklerotik nuqsonda shovqinlinli yoki kuchaygan.

Organik shovqin — aorta ustida yurak cho'qisiga uzatiluvchi yumshoq, kuchli esuvchi protodiastolik shovqin eshitiladi. Rевmatik nuqsonda bu shovqin dag'al emas Botkin-Erba nuqtasida yaxshi eshitiladi, siflitk nuqsonda shovqin dag'alroq 2-chi kovurgalar oralgidan yaxshi eshitiladi.

Funksional shovqinlar - yurak cho'qisida sistolik shovqin (chap qorinchaning katta kengayishi hisobiga mitral klapanini nisbiy etishmovchiligi), diastolik, presistolik Flint shovqini (diastolada aortadan qon oqimi aortadan qorinchaga qaytishi hisobiga mitral klapan stvorgi siqishi natijasida funksional metral klapani stenozu yuzaga keladi va diastolada chap bo'lmachadan chap qorinchaga qonni utishga to'siq yuzaga keladi. Son arteriyalarida 2talik Traube toni(sistolada va diastolada qon tomirlarini tebranishi), ikkilik Vinogradov-Dyuroze(birinchisi – stenotik stetoskop bilan tomirni siqilishi va diastolada yurakka tezlashgan qonni kelishi hisobiga) shovqini eshitiladi. AB va tomir urishi : tomir urishi tezlashgan, baland, katta (katta yurak qisqarishi bosimi va sistolada aortaga keladigan

ko'p qon hajmi hisobiga) sistolik AB oshgan, diastolik kamaygan, yurakni qonni haydash bosimi oshgan.

Rentgenologik tekshiruvi: Chap qorincha konturi kengaygan, uzaygan; yurak utirgan g'oz shaklini egallaydi. Chiquvchi aorta kengaygan, aorta pulsasiyasi chuqur va kam sonda, kam hollarda "koromysl" simptomi kuzatiladi.

EKG. YuEO' chapga siljigan, chap qorincha gipertrofiyasi, ritm o'tkazuvchanligini buzili(Giss tutami oyoklari va tarmoqlari blokadas, AV – blokadas, ekstrasistoliya) ExoKG- aortal klapan etishmovchili belgilari; diastolik mitral klapan oldingi qapqog'ini titrashi, aortal klapan stvorqlrini yaxshi epilmasligi: (kam uchraydigan belgi) dilatasiyasi.

Aortal klapan etishmovchilik asoratlari. Nuqsonni har xil bosqichlarida yuzaga keladi: stenokardiya, yurak etishmovchiligi erta rivojlanadi. Ikkala qorinchalarni etishmovchilik bosqichida yurak ritmi o'tkazuvchanligi buzilishlari kuzatiladi.

Uch tabaqa klapani etishmovchiligi.

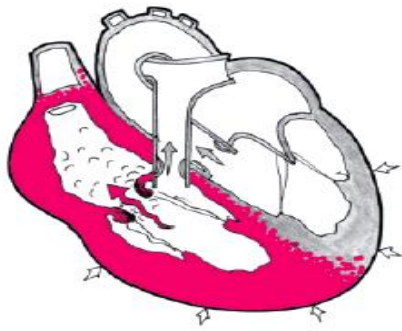
Insufficiencia valvulae tricuspidalis.

Organik va nisbiy uch tabaqali klapan etishmovchili farqlanadi. Organik etishmovchiligida morfologik o'zgarishlar asosan papillyar mushaklarda kuzatiladi.

Sababi. Uch tabaqali klapani etishmovchiligini asosiy sabablari: o'tkir revmatizm, o'tkir revmatik isitma (norkamanlarda), klapani travmatik jarog'ati (kam hollarda), tug'ma. Uch tabaqali klapani nisbiy etishmovchiligi ko'p hollarda ikkilamchi kombinatsiyalangan mitral – aortal yoki mitral nuqsonlarni dekompensasiya bosqichida rivojlanadi. Ayrim hollarda o'pka yurakli bemorlarda rivojlanishi mumkin.

PATOGENEZI VA GEMODINAMIKA O'ZGARISHLARI.

Yurak sistolasida uch tabaqali klapani to'liq yopilmasligi natijasida o'ng qorinchadan o'ng bo'lmachaga qonni qaytishi kuzatiladi. No'ksonni og'ilik darajasi qaytib kelgan qonni hajmiga bog'liq. O'ng bo'lmachaga qon o'ng qorinchadan, koronar sinusidan quyiladi va to'lib ketadi so'ng dilyatasiyasiga olib keladi. Shunday qilib bu no'ksonni kompensasiyasi o'ng qorinchani ishlashiga bog'liq, shuni hisobiga erta o'ng qorincha etishmovchiligi dekompensasiyasiga olib keladi.



Uch tabaqali klapani etishmovchiligi (sxema). Qonni o'ng qorinchadan o'ng bo'lmachaga regurgitatsiyasi va gipertrofiyasi tasvirlangan.

Uch tabaqali klapan etishmovchili asosiy klinik belgilari:

1. Yuz shishganroq va ko'kargan.
2. Buyin vena tomirlari bo'rtishi va pulsasiyasi.
3. Palpasiya qilib kurilganda jigarni pulsasiyasi.
4. Perkussiyada yurakning nisbiy tumtoqlik chegarasini o'nga surilishi.

5. Auskultatsiyada: – I tonni to'sh suyagidan o'ngda susayishi. – II ton o'pka arteriyasi ustida susaygan. – to'sh suyagi asosidan o'ngda va III, IV qovurg'alar oralig'ida to'sh suyagidan o'ngda sistolik shovqin.

6. VF, III, II tarmoqlarda R tish amplitudasi oshgan, o'tkir R. O'ng bo'lmacha dilatatsiyasida V1 tamoqda R tish musbat fazasi vaqtini uzayishi.

TRIKUSPIDAL STENOZ

Sababi.

Ortirilgan uch tabaqali klapan stenozining ko'p uchraydigan sabablaridan biri revmatizm(90%), karsinoid sindrom(10 – 50%).Boshqa sabablari; jarahotar, o'ng qorincha opuxoli, infeksiyon endokardit. Patologik fiziologiya - Uch tabaqali klapan stenozida qorinchalar o'rtasida gradient bosim yuzaga kelganda, o'ng bo'lmachadan chap qorinchaga qon o'tishi nafas olganda, jismoniy zo'riqishdan so'ng oshadi va nafas chiqarganda kamayadi. Kompensasiya o'ng qorinchani kengayishi gipertrofiyasi hisobiga amalga oshadi. Kiynchalik nisbatan kuchsiz o'ng bo'lmachada bosim 10mm.sm oshganda,delyatasiya rivojlanadi, katta qon aylanish doirasida va qorin bo'shlig'i organlarida dimlanish yuzaga keladi

Klinik kartinasi va diagnostiksi. Bemorlar aniq shikot qilishmaydi, hansirash nomoyon bo'ladi.Kuruvda uyqu vena tomirlarinii bo'rtishi, bu nuqsonni erta belgisi hisoblanadi. Ko'p hollarda buyin venalarini kuchli presistolik po'lsasiyasi namayon bo'ladi. Venoz bosim ancha yuqori, arterial bosim esa past.

Auskultasiya – diastola oxirda intinsiv bo'lgan kichik amplitudali diastolik shovqin aniqlanadi.

EKG - da o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi (II va III tarmoqlarda va aVF tarmoqlarda R tish baland), uncha kuchli rivojlanmagan o'ng qorincha gipertrofiyasi. Ko'krak tarmoqlarda qorincha kompleksi oxirgi qismini nospesifik o'zgarishlar.

Rentgenologik - tekshiruvda o'ng bo'lmacha hajmi kattalashgan. EXkgda - o'ng bo'lmacha va o'ng qorincha o'rtasida gradient bosim farqi aniqlanadi. Ne sushestvuet gradasiy tyajesti poroka. O'rtacha gradient bosimni 5 mm sm. ust. klkinik ahamiyatga ega hisoblanadi, Teshik hajmi $<2,0 \text{ sm}^2$ bo'lganda uch tabakali klapan stenozini og'ir turi deb tashxislanadi. Yurakni o'ng bo'lmni kateterizasiyasida yurakni qonni haydashi susaygan, bosim o'ng qorinchada va O'A da miyorda yoki pasaygan.

Davo - spetsifik konservativ davo usuli yuq, yuzaga kelgan yurak etishmovchiligini umumiy qabul qilingan usullar bilan davo o'tkaziladi. Davo katta qon aylanish doirasiga dimlanishni kamaytirishga va o'ng qorinchani qon bilan to'ldirilishiga qaratilgan. Diuretiklarni effektivligi cheklangan. Infeksion endokarditni rivojlanishini oldini olish kerak. Xirurgik davo suniy qonni haydash usulini qo'llash bilan o'tkaziladi. Uch tabaqa klapani protezlash og'ir stenozda qo'llaniladi. Oxirgi paytlarda trmbozni yuzgaga keldiradigan mexanik protezlar o'rniga biologik protezlar qo'llaniladi.

Prognoz - Kompensasiya davri qisqa. Erta bo'lmacha fibrilyasiyasi yuzaga keladi. Trikuspidal stenoz noqulay ortirilgan yurak nuqsonlaridan biridir.

Profilaktika. Ortirilgan tug'ma nuqsonlarni yuz foiz oldini oladigan profilaktik tadbirlar yo'q. Nuqsonni rivojlanishi xavfini kamaytiradigan tadbirlar qo'ydagilardan iborat:

- Streptokokkli infeksiya uchoqlarini o'z vaqtida davolash.
- Revmatizm taxisi tasdiqlanganda bisillinoprofilaktikani o'tkazish;
- xirurgik va stomatologik manipulyasiya o'tkazilganda nfeksion endokardit xavfi bo'lganda antibakterial davo o'tqazish.
- sifilis, sepsis, revmatizm kasalliklar pofilaktikasi: surunkali o'choqlarni davolash, rasional ovqatlanish, dam olish, ish tartibini to'g'ri tashkillashtirish;
- zararli odatlardan voz kechish;
- badanni chiniqtirish.

TEST TOPSHIRIQLARI.

Klinik vaziyatlar

Klinik vaziyatni muhokama qilishni o'tkazish bo'yicha o'qituvchiga eslatma

Amaliy mashg'ulotda klinik vaziyatni muhokama qilish vaqtida o'qituvchi vaziyatli masalani o'qib eshittiradi, talabaga vaziyatli masalaning strukturasiga kiruvchi ketma-ket yoki navbatma-navbat savollar beradi va u bilan dialogda ishtirok etadi, hamda vaziyatli masalaga kiritilgan batafsil ma'lumotlarni talabaga etkazadi.

■ Bullalar (•) va/yoki qavs ichida (...) o'qituvchi uchun taxminiy javoblar etaloni keltirilgan.

■ «Qo'shimcha ma'lumot» ifodasi ham o'qituvchi uchun mo'ljallangan, talaba bu haqida so'rasa, unga ushbu ma'lumotni etkazadi. Qo'shimcha ma'lumot, agar vaziyatli masalaning mazmuniga muvofiq zarurat bo'lsa, talabaga o'qituvchi tomonidan, har bir savoldan so'ng darhol, o'z vaqtida taqdim etiladi.

■ Ba'zi masalalarda anamnez, fizikal ko'ruv, laborator-instrumental ma'lumotlari, diagnostikasi, davosi, profilaktikasi bo'yicha «Qo'shimcha ma'lumot» o'qituvchi uchun taxminiy javoblar qatorida qavslarda berilgan.

Klinik vaziyatni muhokama qilishda o'qituvchi talabaning gapini bo'lmasligi, kommentariyalar bermasligi, xatoni to'g'rilash yoki nimalarnidir tushuntirish, hamda talabaga yo'naltiruvchi savollar bermasligi lozim. Buni teskari aloqa tamoyiliga (nima yaxshi va to'g'ri bajarildi, nimalar ustida ishlash lozim) ko'ra klinik vaziyatni muhokama qilish tugaganidan so'ng amalga oshirish kerak bo'ladi, hamda muhokama qilinayotgan vaziyat va mavzu bo'yicha xulosa qilinadi.

Klinik vaziyat № 1

7 yoshli Madina ismli qizchasi bilan ona qabulingizga keldi. Onasining so'zlaridan, oxirgi ikki haftadan beri qizchasi yuragining tez urishi, yuragining to'xtab qolishini his qilishi, tez charchab qolishi, ishtahasining pastligi, qorinda og'riqqa shikoyat qilayapti.

Savol 1. Qizcha holatining qanday sabablarini aytib bera olasiz?

Javob- Shikoyatlari miokardit, tug'ma yurak nuqsoni, yurak etishmovchiligi, kamqonlik, gijjalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Savol 2. Anamnezida nimalarga e'tibor qaratiladi?

Javob - Onada homiladorlik qanday kechgan, ayniqsa, homiladorlik vaqtida o'tkazgan infeksiyalar – gripp, qizilcha va b., ayniqsa 1- trimestrda (kasal bo'lmagan), dori vositalari qabul qilganligi (yo'q), homiladorlik vaqtida spirtli ichimlik qabul qilganligi (yo'q), onada surunkali kasalliklar – tizimli qizil yugurik, qandli diabet (yo'q) bor-yo'qligi.

Tug‘ruq qanday kechgan? (me‘yorida). Tug‘ilgandagi vazni (2800), muddatida tug‘ilgan. Darhol yig‘lagan. Ko‘krakka tug‘ruqdan so‘ng darhol qo‘yilgan. Ko‘krakni faol emgan. Emlashlar? (tug‘ruqxonada barcha kerakli emlashlarni olgan).

Qizcha qanday o‘tib rivojlangan? Vazn yig‘ishdan orqada qolmaganmi? (onasi qizchani to‘ladan kelgan edi, deb aytdi. Vazndan orqada qolmagan). Yoshiga ko‘ra emlashlar olganligi? (ha)

Tez-tez shamollab turadimi? O‘tkazgan kasalliklari? (barcha bolalar kabi, yiliga 1-2 marta shamollab turadi).

Madina oxirgi 2 oyda qaysi kasalliklar bilan og‘rigan? (Ha. Oxirgi marta gripp bilan og‘ir xastalandi. Yuqori harorat uzoq muddat saqlanib turdi. Antibiotik olishga to‘g‘ri keldi. Mana bir oydirki chamasi grippdan tuzaldi, biroq hali ham Madina xolsiz, ishtahasi yaxshi emas, tez charchab qolayapti).

Savol 3. Klinik ko‘ruvda nimalarga e‘tibor qaratasiz?

Javob Tinch holatda hayot uchun muhim belgilar: puls (150), nafas soni (32-34), AQB (90/60), tana harorati (37,4)

Vazni – (25 kg).

Tashqi ko‘ruvning boshqa belgilari: vazndan orqada qolish (yo‘q), sianoz (yo‘q), ter iva shilliq qavatlar rangparligi (ha), baraban tayoqchalari (yo‘q), oyoqlarida shish (yo‘q), bo‘yinda ko‘zga tashlanuvchi pulsasiya (yo‘q). Limfa tugunlari paypaslanmaydi.

Ko‘krak qafasining ko‘ruvi, palpasiyasi, perkussiyasi, auskultasiyasi: yurak bukri (yo‘q), yurak cho‘qqisi maydonining siljishi yoki kengayganligi (ha, biroz), sistolik titrash (yo‘q). Perkutor: (nisbiy to‘mtollikning chap chegarasi o‘rta o‘mrov chizig‘idan tashqarida, ya‘ni kengaygan). Auskultativ: (невыраженный систолический шум в области IV qovurg‘alar orasida kuchsiz sistolik shovqin, tonlari bo‘g‘iqlashgan, taxikardiya)

Abdominal soha ko‘ruvi: jigar (og‘riqsiz, qovrug‘a ravog‘i bo‘ylab), qora taloq (paypaslanmaydi).

Savol 4. Nima haqida o‘yladingiz? Va sizning taktikangiz?

Javob O‘tkir norevmatik kardit, kelib chiqishi virusli bo‘lishi mumkin. Madinani tashxisni tasdiqlash uchun kardiologga yuborish va stasionar davolashni hal qilish lozim.

Savol 5. Kardiolog maslahatiga yuborishdan avval OP/QVP/QOP da qanday zarur laborator va instrumental tekshiruvlarni o‘tkazishingiz mumkin?

Javob Umumiy qon taxlili, umuiy peshob taxlili, umumiy najas taxlili va gijja va lyambliya sistalariga tekshirish, S-rekativ oqsil, EKG.

Klinik vaziyat № 2

9 oylik Abduvoxid ismli o'g'li bilan ona qabulingizga keldi. Ular navbatdagi profilaktik ko'ruvga va emlashni olishga kelishdi. Abduvoxid 3 oyligidan beri Norevmatik kardit tashxisi bilan «D» hisobida turadi. Kelgandagi vazni – 8800 g, bo'y uzunligi 71 sm. Tinch holatda: nafas soni 32/min va puls 130/min. 3 oyligida: vazni– 6000 g, bo'y uzunligi – 53 sm. 6 oyligida: vazni – 7500 g, bo'y uzunligi – 68 sm. Anamnezidan: 6 oylikkacha istisnosiz ko'krak suti bilan emizgan. Hozir bo'tqa, sabzavotlt pyure, go'sht va b. lar ko'rinishida qo'shimcha ovqatni qabul qilayapti. Tug'ruqxonada Abduvoxid VGV1, OPV0 va BSJ1 emlashlarni oldi. So'ngra o'tkazilgan miokardit sabab Abduvoxidga emlashlardan noma'lum muddatga tibbiy cheklov tayinlandi. Ko'ruvda: terisi toza, sianoz yo'q. Auskultasiyada: shovqinlar eshitilmaydi, yurak tonlari aniq, ritmik. O'pkada vezikulyar nafas, xirillashlar yo'q. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jigari qovurg'a ravog'i bo'ylab joylashgan, og'riqsiz. Najasi va peshobi ravon. Umumiy qon taxlili – Hb – 115 g/l, EChT – 5 mm/s, leykositlar – 4,5x10. EKG – YuQCh daqiqasiga 130 marta, ritm sinusli, regulyar. Ko'krak qafasi rentgeni– o'zgarishlarsiz. Psixomotor rivojlanishi: o'tiradi, «ada», «oyi» deydi, jismlarni ikki barmog'i bilan oladi.

Savol 1. Bolada norevmatik karditning dekompensasiya simptomlari/yurak etishmovchiligi bormi? (yo'q). Agar bo'lsa, qanday? (dekompensasiya simptomlari yo'q)

Savol 2. Bola navbatdagi emlashni oladimi? (Ha)

Savol 3. Qaysi emlashni olishi lozim? ((penta-1(AKDS-1,VGV-2,XIB.-1) OPV-1, Rota-1 (oral rotavirusli) PNEVMO-1))

Savol 4. Emlashni olishga nimalar qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin edi? (dekompensasiya simptomlari - yurak etishmovchiligi yoki miokarditning zo'rayishi).

Savol 5. Abduvoxidda rejali immunizasiyaga qarshi ko'rsatma bo'ladigan miokarditning simptomlarini sanab bering.

(Isitma, ↑puls/yoki YuQCh, ↑ChD - hansirash, sianoz, o'pkaning pastki bo'limlarida xirillashlar, jigarning kattalashishi, vazn qo'shmaslik, psixomotor rivojlanishdan orqada qolish, injiqlik, bezovtalik, ovqatdan bosh tortish. Laborator va instrumental ko'rsatkichlarning o'zgarishi).

Klinik vaziyat № 3.

13 yoshli Ozod ismli bola OP ga murojaat qildi. Unga UShU bo'yicha sport seksiyasidagi mashg'ulotlar uchun tibbiy ma'lumotnoma kerak. Ko'ruvda Ozodning shikoyatlari yo'q. Maktabda o'qiydi. UASh ambulator karta bilan tanisha turib, uning 11 yoshda revmatik isitma bilan og'rganini aniqladi. Oxirgi ikki yil davomida u shifokorga murojaat qilmagan, kasalxonada yotmagan. Ozodning so'zlaridan, uning oilasi Rossiyada yashagan, unga bir marta EXOKG qilingan, tashxis qo'yilgan: Orttilgan yurak nuqsoni. Mitral klapan etishmovchiligi, 1 -daraja.

Savol 1. Ozodga ma'lumotnoma berishdan avval UASh nima qilishi kerak? (shikoyatlari, kasallik anamnezini yig'ish, klinik ko'ruv o'tkazish)

Savol 2. Ozodning shikoyatlari yo‘q. Anamnezidagi qaysi ma’lumotlar Sizni qiziqtiradi?

- takror revmatik atakalar (yo‘q)
- bisillin profilaktikasi – mavsumiy yoki har yilgi (ha, bisillin-3, 6 hafta davomida 600 ming birlikdan haftasiga 1 marta)
- bisillinga reaksiyasi (yo‘q)
- angina – faringit, tonsillit, har qanchada (faqat gripp yoki shamollash 2 marta)
- poliklinikada «D» hisobida turadimi, yashash joyi bo‘yicha kardiorevmatolog nazoratida bo‘lganmi (ha)
- laborator va instrumental tekshiruv natijalari (faqat EXOKG)

Savol 3. Klinik ko‘ruv vaqtida nimalarga e’tibor qaratasiz? (dekompensasiya simptomlariga – yurak etishmovchiligi simptomlari – hansirash, taxikardiya, ozib ketish, charchash; takroriy revmatik ataka simptomlarini aniqlash lozim – temperatura, bo‘g‘imda og‘riq, xoreya, terida toshma, yurak chegaralarining kengayishi, yangi yurak shovqinining paydo bo‘lishi).

Savol 4. Ko‘ruv vaqtida Siz MKE ning dekompenatsiya simptomlari va takroriy revmatik atakani aniqladingiz. Siz Ozodga sport bilan shug‘ullanish uchun ma’lumotnoma berasizmi? (ehtimol yo‘q. Chunki laborator – UQT, UPT, S-reaktiv oqsil; va instrumental tekshiruvlar – EKG, ko‘krak qafasi rentgeni o‘tkazish lozim)

Savol 5. Ozodning barcha laborator-instrumental tekshiruv natijalari me’yorda. Sizning taktikangiz? (Ozodni «D» hisobiga qo‘yaman, rejali tartibda kardiorevmatologi maslahatiga yuboraman, revma ataka profilaktikasi bo‘yicha tavsiyalar beraman, Ushu sporti bilan shug‘ullanish uchun ma’lumotnoma beraman).

Klinik vaziyat № 4.

UASh 8 yoshli Arina ismli qizchaning uyiga tashrif buyurdi. Uning 3 kundan beri tana harorati ko‘tarilgan, boshi og‘riyapti, xolsiz, bo‘g‘imlarida uchuvchan xarakterga ega og‘riq bezovta qilayapti. Anamnezidan: 3 hafta avval folikullyar angina bilan og‘rigan. 4 kun davomida azitromisin qabul qilgan. Ahvoli yaxshilangach maktabga qatnay boshlagan. Ko‘ruvda: t^0 37,6, puls daqiqasiga 110 marta, nafas soni daqiqasiga 22 marta. Terisi rangpar, tomog‘i toza, giperemiyalangan. UASh qizchaning tizza, boldir-to‘piq va tirsak bo‘g‘imlari shishgan, qizargan, ushlab ko‘rilganda issiq. Harakatlari chegaralangan. Yurak tonlari: taxikardiya, to‘mtovlashgan. Yurak cho‘qqisida engil, dag‘al bo‘lmagan sistolik shovqin eshitiladi, vertikal holatga o‘tganda intensivligi kamayadi. Yurakning chap chegarasi so‘rg‘ich chizig‘idan 1,5 sm tashqarida joylashgan. Qorni yumshoq, og‘riqsiz. Najasi va peshobi ravon, og‘riqsiz.

Savol 1. Arinada nima shubha qilayapsiz va nima bilan qiyoslash lozim? (revmatik isitma). Difdiagnostikani orttirilgan yurak nuqsoni MKE, yuvenil revmatoid artrit, reaktiv artrit, biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalliklari)

Savol 2. Arinada revmatik isitma rivojlanishining sababi nimada deb o‘ylaysiz? (qo‘zg‘atuvchisi A guruxidagi streptokokk bo‘lgan 3 hafta avval o‘tkazilgan angina. Shuningdek Arina anginani antibiotik bilan davolashni oxiriga etkazmagan. Davo kursi 10 kungacha bo‘lishi lozim.)

Savol 3. Revmatik isitmaga xos simptomlarni ko'rsating (poliartrit/poliartralgiya - tizza, boldir-to'piq va tirsak bo'g'imlari shishgan, qizargan, ushlab ko'rilganda issiq. Harakatlari chegaralangan. Yurak tonlari: taxikardiya, to'mtoqlashgan. Yurak cho'qqisida engil, dag'al bo'lmagan sistolik shovqin; o'tkazilgan streptokokkli kasallik).

Savol 4. Yurak simptomatikasi revmomiokarditni bildiradi (nimaga?) yoki shakllangan orttirilgan yurak nuqsonini (nimaga)?

(Yurak etishmovchiligi revmomiokarditni bildiradi. Chunki orttirilgan yurak nuqsonining shakllanishi uchun eng kamida og'ir revma ataka yoki takror atakalardan so'ng bir yil o'tishi lozim, yurakning klapanli apparati endokard patologik shikastlanadi).

Savol 5. Albatta UASh Arinani stasionar davoga yuboradi. Stasionardan chiqqandan keyin UASh ning keyingi taktikasi qanday bo'ladi? (o'z vaqtida «D» hisobga olish, kardiorevmatolog bilan birga kuzatuv rejasini tuzish, bisillin profilaktikasi va aspirin qabul qilishni muntazam nazorat qilish, laborator va instrumental tekshiruvlar, bakterial faringit, tonsillitni o'z vaqtida aniqlash va davolash)

Klinik vaziyat № 5.

Siz UASh va maktabda profilaktik ko'ruv olib borayapsiz. Ko'ruv vaqtida 12 yoshli Ilyosda ko'krak qafasi auskultasiyasida yurakda shovqin eshitdingiz. Shovqin sistolik, o'rtacha intensivlikda, puflovchi, episenti Vqovurg'alar orasida, qo'ltiq sohasiga irradiyasiyalanadi. Yurak cho'qqisida I ton sustlashgan. Perkussiyada: chap chegarasi – 5 qovurg'alar orasida so'rg'ich chizig'idan 1sm tashqarida. Vazni – 33 kg. Bo'yi – 143 sm. Oxirgi paytlarda jismoniy tarbiya darsida yuklamalarni bajara olmayapti, tez charchab qolayapti.

Savol 1. Ilyosdagi shovqin funksional yoki organikmi? (organik). Organik shovqinni tasdiqlovchi belgilarni sanab bering (shovqin sistolik, o'rtacha intensivlikda, puflovchi, episenti Vqovurg'alar orasida, qo'ltiq sohasiga irradiyasiyalanadi. Yurak cho'qqisida I ton sustlashgan. Yurak cho'qqisida I ton sustlashgan. Perkutor: yurak chegarasi chapga kengaygan, jismoniy rivojlanishdan orqada qolayapti, vazni o'rtadan past, jismoniy yuklamalarni bajara olmayapti).

Savol 2. Ilyosda nimaga shubha qildingiz tug'ma yurak nuqsoni (qaysi?) yoki revmatik orttirilgan yurak nuqsoni (qaysi?) (OYuN. Mitral klapan etishmovchiligi). Anamnezidagi qaysi ma'lumotlar TYuN dan OYuN ni differensiasiya qilishga yordam beradi? (anamnezidagi surunkali tonsillit, o'tkazilgan folikulyar angina, revmatik isitma, homiladorlikning kechishi, erta, maktabgacha yoshda rivojlanishining o'ziga xosligi, tez-tez shamollash)

Savol 3. Anamnez yig'ishda Siz Ilyosning angina bilan og'rimaganligi, revmatizm sabab shifoxonada davolanmaganligini aniqladingiz. Siz tomondan sanab o'tilgan revmatik isitmaning simptomlari bo'lganligini eslay olmaydi. Revmatik isitmaning qanday kechishi haqida o'yladingiz? Nima uchun? (latent kechishi, revmatik isitmaning faol fazasining yo'qligi va avval ham bo'lmaganligi, revmatik

anamnez yo‘q. Yurak nuqsoni darhol aniqlanadi va ko‘pincha bu mitral klapan etishmovchiligi).

Savol 4. Sizning taktikangiz? (Ilyosni «D» hisobga olish, va tashxisni tasdiqlash uchun zudlik bilan kardiorevmatolog maslahatiga yuborish va birgalikda kuzatuv va yil davomida bisillin profilaktikasi rejasini tuzish)

Savol 5. Bisillin qanday preparat? Bisillin profilaktikasining maqsadi qanday? (bu revmatizmning ikkilamchi profilaktikasi uchun uzoq ta'sirga ega penisillin preparatlaridan foydalanish, aynan esa streptokokkli infeksiyani bostirish, revmatik isitmaning residivlarini pasaytirish, revmatik jarayonni bostirish va OYuN shakllanishini oldini olish)

Klinik vaziyat № 6

2 yoshli Shoxsanam ismli qizi bilan ona qabulingizga keldi. Unga Norevmatik kardit tashxisi qo'yilgan. Onasi qizchani hech qanday emlashlar olmaganligidan xavotirda, va qaysidir bo'lmasin emlashni boshlashni istaydi. O'sish va rivojlanishning muntazam monitoringining natijalari qizchani vazni qo'shilmayotganligini bildiradi. Ko'ruvda qizcha ozg'in, terisi rangpar, qadam tashlashi dadil emas, yugurmaydi, 4 ta so'zni biladi, aji-buji rasm chizadi. Anamnezidan tez-tez nafas yo'llari infeksiyalari, pnevmoniya bilan og'rikan. Ko'ruvda: NS – tinch holatda 34 marta, puls daqiqasiga 140 marta. Auskultasiyada: yurak tonlari bo'g'iq, 4-qovurg'alar orasida sistolik shovqin. Jigari 1,5 qovurg'a ravog'i ostidan chiqib turti. Kardiolog tavsiya qilgan digoksinni tutib turuvchi dozada kuniga 1 marta qabul qiladi. Shoxsanam oila dasturxonidan ovqatlanadi.

Savol 1. Anamnezidan bola hech qanday emlashlarni olmagan. Siz emlashlarni boshlaysizmi? Agar ha bo'lsa, nima uchun? Agar yo'q bo'lsa, nima uchun? (yo'q, emlashlarni qilish yaramaydi, chunki, Shoxsanamda emlashlarga qarshi ko'rsatma bor - yurak etishmovchiligi).

Savol 2. Shoxsanamda qanday dekompensasiya belgilari mavjud? (taxikardiya, hansirash – NS me'yordan ko'p, jigar kattalashgan, digoksin qabul qiladi, o'sish va rivojlanishda orqada qolgan).

Savol 3. UASh sifatida sizning taktikangiz? (kardiologik bo'limga yotqizib, shifoxonada davolash zarur).

Savol 4. Stasionardan uyga chiqarilganda Shoxsanamning uyiga tashrif buyurdingiz. Ahvoli qoniqarli. Hansirash yo'q. Puls yoshiga mos. Jigar qovurg'a ravog'ida. Shoxsanam vazniga 800 gramm qo'shgan. Bolaning dispanser kuzatuviga nimani qo'shasiz? (bolaning jismoniy rivojlanishi, yurak etishmovchiligi simptomlari – NS, puls, vazn qo'shilishi, dori preparatlari – yurak glikozidlari, qabul qilishini, ularning nojo'ya ta'sirini har oyda nazorat qilish, 2 oyda 1 marta – UQT, UPT, EKG, kardiolog maslahati rejali va ham ahvoli og'irlashganda. Bakendokardit profilaktikasi).

Savol 5. Shoxsanamni parvarishlash bo'yicha onaga maslahat bering. (adekvat, balanslangan ovqatlantirish - non va non mahsulotlari, yangi sabzavot-mevalar, sutli bo'tqa – guruch, grechka, suli ko'rinishida sariyog' qo'shilgan sut va sut mahsulotlari; qatiq, tvorog. Albatta rasionga oqsilga boy mahsulotlarni kiritish –

go'sht, baliq, tuxum, dukkaklilar. Kun tartibiga rioya qilish –uyqu, jismoniy yuklamadan cheklash, ochiq havoda sayr qilish, dorilarni regulyar qabul qilish. Ovqat tayyorlashda va saqlashda gigiena qoidalariga rioya qilish, shamollash yoki infeksiyon kasalliklarda o'z vaqtida shifokorga murojaat qilish.

Klinik vaziyat № 7.

Lena 4 yoshda. Og'ir kechgan qizilcha natijasida rivojlangan Norevmatik kardit tashxisi qo'yilgan. Lena oxirgi bir yarim yildan beri «D» hisobda turadi. Oxirgi paytlarda Lenaning onasi qizchada burundan nafas olishning qiynlashganligi va lab-burun uchburchagida engil sianozni aniqladi. Onasi bu miokardit sabab ahvolining og'irlashganidan xavotirda. Ob'ektiv ko'ruvda: Ahvoli qoniqarli. NS 30/min, puls 110. O'pkada vezikulyar nafas. Auskultasiyada: yurak tonlari aniq, ritmik. Shovqinlar yo'q. Nisbiy to'mtoqlik chegaralari yoshga mos. Qorni yumshoq, og'riqsiz, jigar qovurg'a yoyi bo'ylab. Peshobi va najasi ravon. Vazni 14 kg.

Savol 1. Lenada norevmatik miokardit bilan bog'liq qon aylanishining etishmovchiligi simptomlari bormi? (Yo'q).

Savol 2. Lenadagi burundan nafas olishning qiynlashganligi va lab-burun uchburchagida engil sianoz nima bilan bog'langan? (Lenada adenoidlar, poliplar yoki burunda boshqa muammolar bo'lishi mumkin).

Savol 3. Sizning taktikangiz? (adenoid yoki burundagi boshqa muammolarni inkor qilish uchun LOR shifokori maslahatiga yuborish)

Savol 4. LOR shifokori Lenada adenoidlar borligini aniqladi va ularni olib tashlashni tavsiya qildi. Norevmatik karditni hisobga olib, adenidlarni olib tashlashdan avval qanday tadbirlarni o'tkazasiz? (bakterial endokardit profilaktikasi: umumiy qon taxlili, qon va peshob bak ekmasi, EKG. So'ngra manipulyasiyadan bir soat oldin va 8 soatdan keyin amoksisillin – 50 mg/kg tavsiya qilish).

Klinik vaziyat № 8

Iyun oyi. Yozgi ta'tilning boshi. 12 yoshli Klara ismli qizchasi bilan ona qabulingizga keldi. Uning qizchasiga suzish basseyniga qatnash uchun sog'lig'i haqida ma'lumotnoma kerak. Ular, poliklinikangizdagi kardiorevmatolog o'qishga ketganligi, so'ngra esa ta'tilga chiqish ketishi bois, sizga murojaat qilishdi. Oxirgi ikki yildan beri o'tkazilgan revmatik isitmadan so'ng «D »hisobida turadi. Qizchaning shikoyatlari yo'q. O'zini yaxshi his qilayapti. Takroriy revma atakalar bo'lmagan. Yil davomida bisillin profilaktikasini olib turadi. Maktabda yaxshi o'qiydi, jismoniy tarbiya mashg'ulotlariga qatnashadi, sinfdoshlari qatori yuklamalarni bajara oladi. Yiliga 1-2 marta O'RVI, shamollash bo'lib turadi, temir tanqisligi kamqonligi bo'yicha hisobda turadi. Oxirgi taxlil (3 oy avvalgi) Hb - 100. Umumiy ko'ruv:– AQB 100/70, NS daqiqasiga 20 marta, Ps 90 v min. Vazni 45 kg. Bo'yi 155 sm. Og'iz bo'shlig'ida tishlar kariesi. Klinik ko'ruv: teri qoplamasi toza, shilliq qavatlari pushti rangda. O'pkada vezikulyar nafas. Yurak tonlari aniq, ritmik. III qovurg'alar orasida chapda sistolik shovqin eshitiladi, kuchsiz, qisqa, jismoniy yuklamada intensivligi pasayadi. Irradiasiyalanmaydi. Perkutor: yurakning chap chegarasi 5 –qovurg'alar orasida chap so'rg'ich chizig'idan 1 sm ichkarida. Qorni

yumshoq, og'riqsiz. Jiga rva qora taloq paypaslanmaydi. Peshobi va najasi ravon. EXOKG da qo'shimcha xorda borligi ko'rsatilgan.

Savol 1. Yurakda shovqin eshitdingiz. Bu shovqin o'tkazilgan revmatik isitma, shakllangan orttirilgan yurak nuqsoni bilan bog'liqmi yoki funksionalmi? Asoslab bering. (funktionalga o'xshaydi, chunki yurak tonlari o'zgarmagan, shovqin diastolik emas, sistolik, kuchsiz, qisqa, jismoniy yuklamada susayadi, boshqa nuqtalarga irradiyasiyalanmaydi).

Savol 2. Klaradagi qaysi ob'ektiv ma'lumotlar yurakdagi shovqin o'tkazilgan revmatik isitma yoki shakllangan orttirilgan yurak nuqsoni bilan bog'liq emasligini ko'rsatadi? (vazni, bo'yi me'yorda, tez-tez kasallanmaydi, AQB, pulsi, nafas soni me'yorda, yuragi kattalashmagan, jismoniy yuklamani yaxshi ko'taradi. Eng muhimi, EXOKG ma'lumotlarida qo'shimcha xorda borligi ko'rsatilgan, bu esa yurakda shovqinni keltirib chiqaradi).

Savol 3. Klaraga yana qandaydir tekshiruvlar tavsiya etasizmi yoki sport bilan shug'ullanishi uchun ma'lumotnoma berasizmi? Agar ha bo'lsa, unda qaysi va nima uchun? (ha, Klarani umumiy qon taxlilini topshirishga yuboraman –Hb ni tekshirish kerak, temir tanqisligi kamqonligini, tishlar kariesini davolash bo'yicha tavsiya beraman. EKG ga yuboraman – yurakning kattalashganligi/gipertrofiyani inkor qilish lozim).

Savol 4. Umumiy qon taxlili Hb 112, leykositlar - $6 \cdot 10^9$, EChT 6 mm/ch. EKG – YuQCh daqiqasiga 95 marta, ritm sinusli, EKG da gipertrofiya belgilari yo'q. Endi Klaraga basseyin uchun ma'lumotnoma berasizmi yoki kardiorevmatologning o'qishdan, ta'tildan kelishini kutasizmi? (ha, Klara sog'lom va basseynga borishi va suzish bilan shug'ullanishi mumkin, ma'lumotnoma beraman).

Klinik vaziyat № 9.

15 yoshli Davronning ota-onasi qabulingizga kelishdi. 1 oy oldin Rossiyada unga postrevmatik orttirilgan yurak nuqsoni klapanli jarroxlik korreksiyasi o'tkazildi. Operasiyadan so'ng ular uyga qaytishdi va uni parvarish qilish uchun ota-onalardan biriga kasallik varaqasi kerak.

Savol 1. Davronda qaysi ko'rsatkichlarni nazorat qilish lozim? (t^0 , AQB, NS, puls, pulsoksimetriya, vazni, bo'yi, jismoniy yuklamani ko'tara olishligi, umumiy qon taxlili, umumiy peshob taxlili koagulogramma ko'rsatkichlari, EXOKG, rentgen, yurakda og'riq va shovqin, yurakning tez urib ketishi, aritmiyalar).

Savol 2. Revmatik jarayon aktivligining qaysi belgilari/simptomlarini UASh Davronda nazorat qilishi lozim? (tana haroratining ko'tarilishi, xolsizlik, terlash, taxikardiya, hansirash, bo'g'imlarda og'riq, terapiyaga uzoq saqlanib turuvchi refrakter dekompensasiya, leykositoz, EChTning oshishi, S-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi, sial kislotalar darajasining oshishi)

Vopros 3. Kakie polojitelnye rezultaty posle operatsii Vy otmetite u Davrona? (pribavka v vese, uluchshitsya perenosimost nagruzki, umenshatsya simptoms nedostatochnosti krovoobrasheniya – odyshka, ustalost.).

Savol 3. Davronda keyinchalik operasiyadan keyin qanday asoratlarni kuzatilishi mumkin? (tromboemboliya, protez trombozi, infeksiyon endokardit, antikoagulyant terapiya sabab qon ketishi).

Savol 4. Davronda revmatizmning ikkilamchi profilaktikasini o'tkazish kerakmi? Agar ha bo'lsa, unda qaysi? (Ha, kerak. 3 yil davomida bisillin profilaktikasining uzluksiz kursini o'tkazish lozim: har oyda bisillin - 5 m/o 1,5 mln. birl. dan. Yiliga ikki marta odatda bahor va kuzda, 1-1,5 oy davomida aspirinning profilaktik kursini tavsiya etish lozim. Revmatizmning joriy profilaktikasi o'tkir yoki surunkali infeksiyon jarayonlarning zo'rayish davrida bisillin bilan davolash kursini o'tkazishni ko'zda tutadi).

Klinik vaziyat № 10.

11 yoshli Tolib ismli o'g'li bilan ona qabulingizga keldi. Tolib 5 yoshdan futbol bilan shug'ullanadi. Onasi bolaning oxirgi 3 haftadan beri charchagan ko'rinishi, ozib ketganligidan xavotirda. Trenerning aytishicha Tolib mashg'ulot vaqtida dam olish uchun skameykaga tez-tez o'tirib oladi.

Savol 1. Tashxis qo'yish uchun Sizga qanday ma'lumotlar kerak bo'ladi?

- Oxirgi ikki oyda o'tkazgan kasalliklari (yo'q)
- Surunkali infeksiyon (tuberkulez) va noinfeksion kasalliklarning (astma, diabet) borligi (yo'q)

Savol 2. Klinik ko'ruv vaqtida nimalarga e'tibor qaratasiz?

- Tinch holatda: puls (130), nafas soni (28), AQB (90/60), temperatura (37,2)
- Vazni – 31 kg (bir oy avval vazni 35 edi). Bo'yi 145 sm
- Boshqa belgilari: sianoz (yo'q), ter iva shilliq qavatining rangparligi (ha), baraban tayoqchalari (yo'q), oyoqlarida shish (yo'q), ko'zga tashlanuvchi bo'yindagi pulsasiya (yo'q). Limfa tugunlari paypaslanmaydi.

- Ko'krak qafasi ko'ruvi, palpasiyasi, perkussiyasi, auskultasiyasi: yurak bukri (yo'q), yurak cho'qqisi turtkisi maydonining siljiganligi kengayganligi (ha, biroz), sistolik titrash (yo'q). Perkutor: (nisbiy to'mtoqligining chap chegarasi o'rta o'mrov chizig'idan 1,5 sm tashqarida, ya'ni kengaygan). Auskultasiyada: (shovqin yo'q, yurak tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya)

- Abdominal soha ko'ruvi: jigar (og'riqsiz, qovurg'a yoyi qirrasida), qora taloq (paypaslanmaydi).

Savol 3. OP da qanday tekshiruvlarni o'tkazasiz?

- Umumiy qon taxlili (EChT20 mm/s), umumiy peshob taxlili (me'yorda), umumiy najas taxlili va gijja tuxumlari, lyambliya sistalariga tekshirish (askaridalar), EKG (YuQCh 120, ritm sinusli, taxikardiya. Chap qorincha gipertrofiyasi belgilari. Miokardda repolyarizasiya jarayonining kuchli ifodalangan buzilishi).

Savol 4. Nimaga shubha qildingiz? (Norevmatik kardit – parazitlar kelib chiqqan)

Savol 5. Sizning taktikangiz. (miokarditni davolash uchun Tolibni zudlik bilan shifoxonaning kardiologik bo'limiga yotqizish – YuE simptomlarini bartaraf qilish va askaridozni davolash. Oilaning barcha a'zolariga, yangi tug'ilgan chaqaloq, homiladorlar va ko'krak bilan emizuvchi ayollardan tashqari, mebendazol(vermoks) bilan askaridozni davolash o'tkaziladi).

Test topshiriqlari

1. *Tugʻma yurak nuqsoni markaziy nerv, oshqozon ichak yoʻli, tayanch harakat anomal rivojlanishi buyicha nechanchi oʻrinni egallaydi.*

- a) 1
- b) 2
- v) 3
- g) 4
- d) 5

2. *Katta qon aylanishi kambagʻallashuvi buyicha kechadi.*

- a) Ebshteyn kasalligi
- b) magistral tomirlar transpozitsiyasi
- v) aorta stenozi
- g) qorinchalar toʻsiq defekti

3. *Pri polnoy transpozitsii magistralnyx sosudov nalichie kompensatornogo defekta*

- a) obyazatelno
- b) ne obyazatelno

4. *Fallo tetradasida II ton oʻpka arteriyasi ustida:*

- a) kuchygan
- b) susaygan
- v) oʻzgarmagan

5. *TYuNni rivojlanishida qaysi viruslar oʻrin tutadi:*

- a) krasnuxa
- b) koksaki
- v) herpes
- g) vetryanoy ospa
- d) so vsemi perechislennymi
- e) fakat a va v

6. *koarktasii aorta simptomi hisoblanadi:*

- a) astenik tip konstitutsiya
- b) sinusli taxikardiya
- v) qulda va ayoqda tez va baland tomir urishi
- g) oyoq arteriya tomirlarida tomir urishini juda sustligi
- d) QB o'zgaruvchan.

7. Tetrada Falloda xansirash ko'karish xurujini ososiy rivojlanish mexanizmi hisblanadi.

- a) MNTgipoksiyasi
- b) kichik qon aylanish doirasi gipervolemiyasi
- v) katta qon aylanish doirasida dimlanish
- g) o'ng qorincha infundibulyar qismini spazm
- d) QATDda ungdan chapga qonni o'tishi

8. Ko'karish bola tugilgandan so'ng yuzaga keladi:

- a) magistal tomirlar transpozitsiyasi
- b) Ebshteyna kasalligi
- v) o'pka arteriyasi stenozi
- g) aorta koarktatsiyasi

9. Bosh ogrigi shikoyati bilan kelgan bolada YuQB aniklansa qaysi TYuN ga extimol qilish mumkin.

- a) Tolochinov-Roje kasalligi
- b) aorta stenozi
- v) o'pka arteriyasi stenozi
- g) Ebshteyn kasalligi
- d) aorta koarktatsiyasi

10. Infeksion endokarditda qaysi yurak klapani jarohati kuzatiladi :

- a) mitral
- b) aortal
- v) uch tabaqa klapan
- g) o'pka arterisi

Nazorat savollar

1. Tugʻma va ortirilgan nuqsonlar simptomlari va klinik belgilari ?
2. Yurak nuqsonlarining qiyosiy tashxisoti?
3. Revmatizmni simptom va klinik belgilari ?
4. miokardit va kardiomiopatiya qiyosiy tashxisoti ?
5. Revmatizm va norevmatik karditni qiesiy tashxisoti?
6. Tugʻma yurak nuqsonlar tasnifi?
7. Restriktiv kardiomiopatiya klinik belgilari?
8. Gipertrofik kardiomiopatiyani klinik belgilari?
9. Dilatasion kardiomiopatiyani klinik belgilari?
10. Tugʻma va ortirilgan yurak noʻksonlari kasalliklari kuzatuvda UASh taktikasi?

Ogʻzaki yozma nazorat savollar.

1. Bemor 17 yosh chaqiruv kamissiyasiga kelgan shikoyatlari; quloqda shovqin jismoniy zoʻriqishdan soʻng kuchayadi. QB – 150/30 mm sm. ust, aorta ustida diastolik shovqin. Rentgen tekshiruvda aortal konfiguriyasali, aorta bukilishi va chap qorincha kengaygan. Oʻpka surati oʻzgarmagan. Aorta pulsasiyasi kuchaygan.

1. Aniqlangan rentgen oʻzgarishlari xos:

A. Gipertonik kasallik.

D. Aortadekstrapozitsiyasi.

B. Aorta terosklerozi.

E. Aorta koarktatsiyasi.

C. Aorta qapqogʻi etishmovchiligi.

2. Bemor 59 yosh bosh aylanishiga, kuchli hansirashga, toʻsh suyagi atrofida jismoniy zoʻriqishdan soʻng ogʻriqqa Kuruvda: puls 70 ud/min, QB – 110/90 mm sm. ust. Yurak choʻqqisi rezistentli. 2 chi qavurgʻalar arosida tush suyagdan oʻngda dagʻal sistolik shovqin ExoKG – chap qorincha bushligʻi 6sm, devori 1,8 sm. Chap qorincha diastolik disfunktsiyasi.

Chap qorincha diastolik disfunktsiyasi sababini koʻrsating?

A. Aorta stenozi.

B. Gipertrofik kardiomiopatiya.

C. Uch tabaqa klapanini etishmovchili.

D. Konstriktiv perikardit.

E. Mitral klapan etishmovchiligi.

3. Bemor 35 yoshda. Shikoyati inspirator hansirash, tungi ortopnoe, davriy qon tupurish, Anamnezidan revmatizm o'tqazgan. Yurak auskultasiyasida: yurak tonlari aritmik, yurak cho'qisida I ton kuchaygan, o'pka arteriyasi ustida II tonni aksenti, yurak cho'qisida – diastolik shovqin.

Bemorda kaysi yurak nuqsoni yuzaka kelgan?

A. Metral klapan etishmasliligi.

B. Aorta klapan etishmochiligi.

C. Uch tabaqa klapan etishmovchili.

D. Mitral klapan stenozi.

E. Aortani chiqish joyi torayishi.

4. Bemor 23 yoshda yoshligidan rematizm bilan og'rgan, Kuruvda ranparlik, pokachivanie golovy, uyqu arteriyasi pulsasiyasi, yurak cho'qisi baland. Yurakni chap chegarasi VI chi kavurg'alar oralig'i, urta umrov chizig'i dan 2sm chapda. II qavurg'alar oralig'i to'sh suyagidan o'ngda va Botkin nuqtasida sistolik shovqin ,2 chi tondansung.

Bemorda qanday yurak nuqsoni extimoli yuqori:

A. Mitral nuqson (stenozi va etishmovchili).

B. Aortal teshik torayishi stenoz i mitral qopqok etishmovchilik.

C. Mitral stenoz va aortal etshmaslik.

D. Aortal stenoz i mitral etishmovchilik.

E. Aortal stenoz i etishmovchilik.

5. Stasionarga 42 yoshli ayol kam jismoniy zuriqishdan so'ng hansirash yurakni tez urishiga shikoyat qilib keldi. Yurak chegaralari yuqoriga va o'nga kengaygan, 1 chi ton yurak cho'qisida kuchaygan, protodiastolik shovqin eshitiladi. Jigar qavurg'a ravog'idan 5sm chiqib turibdi, oyolarda shish kuzatiladi.

Yurak etishmovchiligini sababini ko'rsating?

A. Mitral stenoz.

B. Mitral qopqoqni etishmovchili..

C. Uch tabaqa klapan etishmovchiligi..

D. Uch tabaqa klapan stenoz.

E. Qorinchalararo to'siq ochiqqligi.

6. Bemor 28 yoshda shikoyati hansirash, "pereboi" v deyatelnosti serdsa. Kuruvda yurak cho'qisi siljima, I ton kuchaygan, diastolada qo'shimcha ton, yurak chuqqisida diastolik shovqin.

Qaysi kassallik to'g'risida o'ylash mumkin.?

A. Aortal stenoz.

B. Mitral teshikni toraishi.

C. Mitral klapan etishmovchiligi.

D. Aorta klapan etishmovchiligi.

E. Bulmachalar aro to'siq ochiqqligi.

7. Tibbiy kuruvda ayol yuragi tekshirilganda : yurak chuqqisida I ton kuchaygan, klapani ochilish toni, presistolik shovqin, o'pka arteriyasida II tona aksenti va ikkilanishi.

Kaysi yurak nuqsonidan taxmin qilish mumkin?

A. Mitral stenoz.

B. Kombinasiyalagan mitral nuqsoni.

C. Mitral klapan etishmasligi.

D. Stenoz ustya aorty.

E. Aortal klapan etishmovchiligi.

8. Bemor shikoyati jismoniy yuklamadan so'ng hansirash yurakni tez tez, yurak atrofida og'riq. Auskultasiyada: yurak cho'qisida I ton kuchaygan, diastolik shovqin, O'pka arteriyasi ustida II tonni aksenti. QB – 120/80 mm sm. us., puls – 78 ud/min.

Sizni taxminiy tashxisingiz?

A. Uch tabaqa klapan stenoz.

B. Mitral klapan etishmovchiligi.

C. Aorta stenoz.

D. Aortal klapan etishmaslligi.

E. Chap atrioventrikulyar teshik stenoz.

9. Bemor 18 yoshda 3 yil davomida revmatizm bilan kasallangan. Askultasiyada I ton yurak cho'qqisida susaygan, o'pka arteriya ustida II tonni aksenti va yurak cho'qqisida chap qultiq ostiga uzatiluvchi sistolik shovqin.

Bemorda yurakning ʻanday jaraxoti bulishi mumkin.?

A. Mitral etishmovchilik.

B. Uch tabaqa klapan stenozi..

C. Mitral stenoz.

D. Qorinchalar aro to'siq ochiqligi

E. Chap antroventrikulyar teshikni stenozi.

10. Bemor 44 yoshda, revmatik aorta stenozi tashxisi bilan, shikoyati tunda bug'ilish. Ob'ektiv kuruvda: I ton susaygan, yurak cho'qqisida sistolik shovqin, o'pka arteriyasida II tonni kuchaygan, aorta ustida dag'al sistolik shovqin eshitiladi. Rentgenogrammada: serdechnaya taliya sglajena, yurakning chap chegarasi 5sm ga siljigan.

Sistolik shovqinni yurak cho'qqisida paydo bulishi nima bilan bog'liq?

A. Aortal nuqsonni mitralizasiyasi. susaeshi

B. Chap atrioventrikulyar teshikning stenozi.

C. Aortal etishmovchilikni qushilishi.

D. Aorta stenozini kuchayishi.

E. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi.

11. Bemor 40 yosh, uzoq muddatangina bilan kassallangan. Kuruvda I tonni susaeshi, yurak chqqisida II qavurg'alar orligiga chapda chap qultiq ostiga uzatiluvchi sistolik shovqin, o'pka arteriyasi ustida II tonni aksenti.

Keltirilgan holatlar yurakning qaysi kasalligiga xos?

A.Aorta yarim oysimon qapqoqlarini etishmovchiligi.

B. Mitral klapan etishmovchiligi. .

C. Aorta stenozi.

D. Uch tabaqa klapan etishmovchiligi.

E. Mitral klapi stenozi.

12. Bemor yoshi 22yoshda,11 yil davomida revmatizm kasalligi bilan kassallangan, keyinchalik bosh miyada tomir pulsasiyasini seza boshladi boshni retmik ravishda

harakatlanishi, bosh aylanishi kuzatildi. Tekshiruvda musbat Kvinki pulsi, Landolfi simptomi, Myusse aniqlandidi. AQB – 170/40 mm sm. ust.

Bemordagi gemodinamik o'zgarishlar nima bilan bog'liq?

- A. Aorta klapanini etishmovchili.
- B. Aorta klapanini stenozi.
- C. Uch tabaqa klapan etishmovchiligi.
- D. Kombinasiyalangan yurakning mitral nuqsoni.
- E. Kichik xoreya

13. Bemor 70 yosh. Shikoyati nafas etishmasligi, chap qulga uzatiluvchi kuchli ohriq. Kuruvda terisi ranpar. Yurak urishi ritmik, I ton yurak cho'qisida susaygan, aorta ustida II ton susaygan, II qavurg'a oralig'ida buyin o'ngdatomirlariga uzatiluvchi dag'al sistolik shovqin. EKG: Chap qorincha gipertrofiyasi.

Bu klinika qaysi kasallikda kuzatiladi?

- A. Miokard infarkti.
- D. Chap tomonlamali plevrit.
- B. Aortal stenoz.
- E. Kruq perikardit.
- C. Stenokardiya

14. Bemor 63 da hansirashga, jismoniy zo'riqishdan so'ng yurakni tez urishiga shikoyat qiladi. Yurakni nisbiy chegarasi yuqoriga va chapga kengaygan. Yurak foaliyati ritmik, Ichi ton susaygan, o'pka arterisida II tonni aksenti, fossa axillaris sinistraga uzatiluvchi baland sistolik shovqin yurak cho'qisida. EKG – yurak o'qi chapga siljigan, R tish 0,12 s, FKG – kichik amplitudali I ton, sistolik shovqin I ton bilan qo'shilgan, II tondan kichik.

Yuqoridagi klinik belgilar yurakning qaysi patologiyasiga xos?

- A. Mitral stenoz.
- D. Gipertonik kasallik.
- B. Miokardit.
- E. Mitral klapan etishmovchilik.
- C. Aorta stenozi.

15. Poliklinikada qabulda revmatizm bilan kasallangan. Bemorda kuruvda aniqlandi: ung chegarasi parasternal chiziqdan 1sm tashqarida, yuqori chegarasi 1 chi qabrg'ani

pastki chizig'ida, chap chegarasi 1sm o'rta umrov chizig'idan ichkarida. Auskultasiyada: mersatel aritmiya, yurak chuqisida I ton kuchaygan, o'pka arteriyasida II tonni aksenti. ExoKS da mitral klapan qapqog'i P simon xarakati.

Yuqorida qayt etilgan simptomatika qaysi yurak nuqsoniga tegishli?

- A. Mitral stenozga.
- B. Mitral klapan prolpsiga.
- C. Mitral klapan etishmovchiligi.
- D. Aorta stenoziga.
- E. Uch tabaqa klapan etishmovchiligi.

16.Qabulda poliklinikada bemorda aniqlandi: diastolik shovqin yurak cho'qisida va aorta ustida, oslablenie Iva II tonlar susaygan. Yurak chegarasi chapga kengaygan, VII qavurg'alar oraligiga siljigan yuqori rezistentli yurak turtkisi, AQB – 140/30 mm sm. ust. Puls – 92 ud/min, rezistentli, yuqori amplitudali.

Nuqson turini aniqlang.

- A. Aortal klapan yitishmasligi.
- B. Aorta stenozi.
- C. Aorta kaortasiyasi.
- D. Kombinasiyalangan mitral nuqsoni.
- E. Bulmachalar aro to'siqni ochiqqligi.

17. Bemorning shikoyatlari: bosh aylanishi, jismoniy zo'riqishdan so'ng hansirash, og'riq. Kuruvda: Marfana sindromi klinik belgilari, rangparlik, "plyaska karotid". Auskultasiyada: II qavurg'a oraligi tush suyagidan chapda yurak cho'qisiga uzatiluvchi diastolik shovqin, son arteriyasi ustidan eshitiluvchi. Dyuroze shovqini , AQB – 160/50 mm sm. ust., a ExoKG –chap qorinchani diastolik hajmi 7,0 sm.

Qanday tashxis qyish mumkin?

- A. Aorta stenozi.
- B. Mitral qapqoq yitishmasligi.
- C. Botalov nayini ochiqqligi.
- D. Aorta klapani etishmasliligi.
- E. Aloxida sistolik gipertenziya.

18.Qabulda revmatizm tashxisi bilan bemor. Kuruvda kukrak kafasini diastolik titrashi ("koshache murlыkane"), usilenny I ton yurak cho'qisida kuchaygan, diastolik shovqin presistolik kuchaesh bilan, shelchok otkrytiya mitral klapani ochilish shovkini, o'pka arteriyasi ustida II tonni aksenti.

Bemorda yurak nuqsonnin qanday turi?

- A. Chap atrioventrikulyar teshiikni stenozi.
- B. Aorta klapanini etishmovchiligi.
- C. O'pka arteryasi stenozi.
- D. Mitral klapanini etishmovchiligi.
- E. Batalov nayini ochiqqligi.

19. Bemor 35 yosh butun tanasiga qaltirash sezadi, "boshda pulsasiya, vaqti vaqti bilan sinkopal holat kuzatiladi. Yurakni chap chegarasi chap alding aksilar chiziqda, Botkin eshitish nuqtasida – diastolik shovqin.. AQB – 150/20 mm sm. ust.

Klinik belgilar qaysi kasallikdan dalolat beradi?

- A. Aorta klapanini etishmovchiligi
- B. Gipertrofik kardiomiopatiya.
- C. Tireotoksik yurak.
- D. Gipertonik kasalligi.
- E. Mitral klapan stenozi.

20. Bemor 75 yoshda. Shikoyatlari: kuchli nafas etishmasliliga, chap qo'lga uzatiluvchi to'sh suyagi ustida og'riq. Terisi rangpar. Perkussiyada orakning nisbiy chegarasi chapga kengaygan. Yurak urishi ritmli, I ton yurak cho'qqisida susaygan, II ton aorta ustida susaygan; 2 chi qavurg'a oraligida to'sh suyagidan o'ngda dag'al sistolik shovqin buyin tomirlariga uzatiladi. EKG: chap qorincha gipertrofiyasi. FKG: aorta ustida romsimon sistolik shovqin.

Yuqoridagi ma'lumotlar qanday kasallikdan dalolat beradi?

- A. Aortal stenoz.
- B. Stinokardiya .
- C. Miokard Infarkti
- D. Chap tomonlama plevrit.
- E. Mitral stenoz.

YOZMA VA OG‘ZAKI NAZORAT UCHUN SAVOLLAR

1.Mamlakatlarning rivojlanishi nuqtai nazaridan bolalarda revmatik isitmaning tarqalganligi va kasallanish. 20 asrning oxirlarida revmatik isitmaning rivojlanishi va kasallanishning pasayishida zamonaviy tendensiyalar

Javob: rivojlangan mamlakatlarda 1950 yildan boshlab revmatik isitmaning keskin pasayishi va har yilgi kasallanish 100 000 ga 282 holatni tashkil qiladi. Rivojlangan mamlakatlarda revmatik isitmaning pasayish sabablari noma'lumligicha qolmoqda. Yashash sharoitlarining yaxshilanishi, antibiotiklarning kashf qilinishi, tibbiy yordamning ommabopligi buning sababi bo'lishi mumkin. Biroq rivojlanayotgan mamlakatlarda revmatik isitma bilan kasallanishning endemik xarakteri saqlanib qolmoqda.

2.BTSYo da revmatik atakani tashxislash tamoyillari. Revmatik atakaning kata va kichik mezonlari.

Javob: Katta mezonlar: kardit, poliartrit, xalqasimon eritema, teri osti tugunlari. Kichik mezonlar: klinik – artralgiya, isitma; laborator-instrumental – EChT ning oshishi, S-reaktiv oqsilning oshishi, EKG –P-Q(R) intervalining uzayishi. Tashxislashda alohida streptokokkli infeksiya belgilari hisobga olinadi – tomoqda A guruxidagi streptokokklar va A guruxidagi streptokokkga antitanalar darajasining oshishi.

3.Revmatik isitmaning differensial diagnostikasi.

Javob: difdiagnostika infeksiyon (reaktiv artrit, virusli kardit, infeksiyon endokardit) va noinfeksiyon kasalliklar (revmatoid artrit, tizimli qizil yugurik, o'roqsimon hujayrali kamqonlik, xavfli o'smalar, tiklar, giperaktivlik sindromi) bilan olib boriladi.

4.BTSYo da revmatik isitmani klinik va biokimyoviy laborator tashxislash ro'yxati va natijalarini interpretasiya qilish.

Javob: Umumiy qon taxlili (EChT, tayoqchasimon yadroli neytrofillar, leykositlarning oshishi, gemoglobinning pasayishi), og'irlik darajasiga ko'ramumumiy peshob taxlili (oqsil, eritrositlar, leykositlar), S-reaktiv oqsilning oshishi

5.BTSYo da revmatik isitmani instrumental tashxislash (EKG va ko'krak qafasi rentgeni) ro'yxati va natijalarni interpretasiya qilish

Javob: EKG–P-Q(R) intervalining uzayishi. Rentgen – yurak soyasining kengayishi.

6. Revmatik isitmaga shubha qilinganda UASh taktikasi.

Javob: Revmatizmga shubha qilinganda sRMP mutaxassisiga (kardiolog yoki revmatolog) yuborish, u erda spesifik terapiya olib boriladi: yotoq rejim, antibakterial, yallig'lanishga qarshi, simptomatik (yurak etishmovchiligini davolash uchun), sedativ (xoreyaning og'ir shakllarida) terapiya.

7. BTSYo da revmatik isitma bilan og'rigan bolalar profilaktikasi va dispanserizasiyasi.

Javob: Yuqori nafas yo'llarining streptokokkli infeksiyasi bilan kurashish. 8. Birlamchi profilaktika – birlamchi revma atakni oldini olish – A guruxidagi streptokokkni aniqlash va yo'qotish. O'tkazilgan revma atakadan so'ng ikkilamchi profilaktika – doimiy ravishda antibiotik bilan profilaktika olib borish.

9. Bolalarda eng ko'p uchraydigan revmatik orttirilgan yurak nuqsonlari (OYuN). OYuN sabablari va shakllanish muddatlari.

Javob: Eng ko'p tarqalgan OYuN – mitral (etishmovchiligi va stenoz) va aortal klapan (etishmovchiligi va stenoz) nuqsonlari. Bolalarda uch tavaqali va o'pka klapanlari amalda shikastlanmaydi. Sababi – ko'p marta qaytalanadigan revma atakalar. OYuN ning shakllanish muddatlari – bir yoki ikki revmatik atakadn so'ng 12-24 oydan keyin.

10. BTSYo da ko'p tarqalgan OYuN larini tashxislash tamoyillari.

Javob: quyidagilar asosida aniqlash va baholash: shikoyatlari va anamnezni yig'ish: anamnezida – takror revma atakalar. Klinik ko'ruv: hansirash, charchash, yurakning tez urishi, yurakda shovqin, yurak tonlarining o'zgarishi, yurak o'lchamining kattalashishi. OYuN ning og'irlik darajasiga ko'ra –EKG dagi o'zgarishlar – chap qorincha gipertrofiyasi.

11.OYuN ga shubha qilinganida UASh taktikasi.

Javob: kardiolog mutaxassisiga yuborish.

12. BTSYo da OYuN bo'lgan bolalarda profilaktika va dispanserizasiya tamoyillari

Javob: Yuqori nafas yo'llarining streptokokkli infeksiyasi bilan kurashish. Birlamchi profilaktika –revma atakni oldini olish – A guruxidagi streptokokkni aniqlash va yo'qotish. Ikkilamchi profilaktika – doimiy ravishda antibiotik bilan profilaktika olib borish.

Revmatik yurak nuqsonlarida profilaktika umrining oxirigacha, hamda, bakterial endokarditning profilaktikasi olib boriladi. Revmatik yurak nuqsonlari yo'qligida 5 yil davomida profilaktika olib boriladi.

Preparatlar va dozalar. Uzoq ta'sir ko'rsatuvchi penisillinlar, Bisilin-5: maktab yoshigacha – 750 000 birlikdan, maktab yoshidagilarga - 1 500 000 birlikdan oyiga 1 marta, har oyda, yil davomida. Barcha bolalarga bahor va kuz oylarida 6 hafta davomida yoshiga 0,1 g dan salisilatlar - aspirin tavsiya etiladi, sutkasiga 1,0 g dan oshirmasdan kuniga 2-3 mahal qabul qilinadi. Penisillinga allergiyasi bo'lganida eritromisin, sefalosporinlar qo'llash mumkin.

13. BTSYo sharoitida jarroxlik amaliyotidan keyingi (OYuN bo'yicha) kuzatuvning o'ziga xosligi.

Javob: yoshini, orttirilgan yurak nuqsoni (OYuN) ning darajasini hisobga olib, quyidagilar muhim: atrerial qon bosimi, puls, nafas chastotasini nazorat qilish, jismoniy rivojlanishi – vazn qo'shilishi, ozib ketish, depressiya, asoratlari. Bakterial endokarditning profilaktikasi. Muntazam ravishda: umumiy qon taxlili, umumiy peshob taxlili, EKG. Kamqonlikni nazorat qilish va davolash. Jarroxlik amaliyotidan so'ng 3, 6 va 12 oydan keyin tashrif buyurish.

14. Bolalarda orttirilgan norevmatik karditlarning epidemiologiyasi va ko'p tarqalgan sabablari.

Javob: eng ko'p tarqalgan sabablari – virusli infeksiyalar (Koksaki, gerpes, qizilcha, gripp, qizamiq, infeksiyon mononukleoz). Tarqalganligi ma'lum emas. Ko'p holatlar aniqlanmagan. Sporadik xarakterga ega. Epidemiya holatlari bo'lib turadi.

15. Bolaning yoshiga ko'ra norevmatik karditning klinik ko'rinishi.

Javob: chaqaloqlikning erta davrida – o'tkir shiddatli kechishi. 1-2 yoshda mioperikardit ko'rinishida kechadi. Katta yoshdagi bolalarda va o'smirlarda simptomatikasi bo'lmasligi mumkin.

16. BTSYo darajasida norevmatik karditni tashxislash tamoyillari.

Javob: shikoyatlarni, anamnezni yig'ish. Simptomlar: isitma, ko'krakda, mushaklarda, bo'g'imlarda og'riq, aritmiya, xolsizlik, o'tkir yurak etishmovchiligi belgilari, tez charchash, virusli infeksiya bilan aloqaning mavjudligi. Fizikal ko'ruv ma'lumotlari. Klinik taxlillarni o'tkazish (umumiy qon taxlili, umumiy peshob taxlili, umumiy najas va gijja tuxumlari taxlili va biokimyoviy taxlillar).

17. BTSYo darajasida norevmatik karditni klinik va biokimyoviy laborator tashxislash ro'yxati va natijalarni interpretasiya qilish.

Javob: Diagnostik tekshiruvlar: umumiy qon taxlili (EChT ning oshishi, leykositoz), umumiy peshob taxlili, o'tkir fazali sinamalar

18. BTSYo da norevmatik karditni instrumental tashxislash (EKG va ko'krak qafasi rentgeni) ro'yxati va natijalarni interpretasiya qilish

Javob: Rentgen (yurak o'lchamining kattalashishi, o'pka suratining kuchayishi), EKG (taxikardiya, QRS amplitudasining pasayishi, ST-T siljishi, T tishchaning o'zgarishi, aritmiya, blokadalar), rentgen – og'ir miokarditda yurak soyasi kengaygan, o'pka shishi. sRMP da: ExoKG – chap qorincha dilyatatsiyasi, miokard qisqarishining pasayishi.

19. Norevmatik karditga shubha qilinganida UASh taktikasi

Javob: kardiologga yuborish va davolash.

20. BTSYo da norevmatik kardit bo'lgan bolalarda profilaktika va dispanserizasiya tamoyillari.

Javob: kardiolog bilan birga muntazam ravishda va uzluksiz ko'ruv olib borish. Qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda rejali vaksinasiya o'tkazish. AQB, pulsi, nafas soni, jismoniy va ruhiy rivojlanishini, tana haroratini nazorat qilish. Yurak etishmovchiligi simptomlari, ahvolining og'irlashishi, dori preparatlarini qabul qilish va ularning nojo'ya ta'sirini nazorat qilish. Laborator va instrumental tekshiruvlar: umumiy qon taxlili, umumiy peshob taxlili, umumiy najas va gijja tuxumlari taxlili, EKG, ko'krak qafasi rentgeni. Kardiolog va ko'rsatma bo'yicha boshqa mutaxassislariga yuborish. Asoratlar – bakterial endokardit, yurak etishmovchiligini oldini olish va nazorat qilish. Dori preparatlarini qabul qilish va ularning nojo'ya ta'sirini nazorat qilish.

21. Yurakning orttirilgan kasalliklarining asoratlari va prognozi (OYuN va norevmatik kardit).

Javob: yurak etishmovchiligi, ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi, tromboemboliya, yurak kasalligi sababli to'satdan o'lim holati. Chaqaloqlarda aniq simptomatika bo'lganida prognoz noxush. Klinik ko'rinishi qanchalik sust ifodalangan bo'lsa, prognozi shuncha yaxshi bo'lib, kasallik to'liq tuzalishi mumkin.

QISQARTMALAR RO‘YXATI.

AKG	– angiokardiografiya
TYuN	– tug‘ma yurak nuqsoni
BATN	– bo‘lmachalar aro to‘siq nuqsoni
QATN	– qorinchalar aro to‘siq nuqsoni
YuIK	– yurak ishemik kasalligi
SQH	– sun‘iy qon haydash
YuSQ	– yurakni sun‘iy qapqogi
IE	– infeksiyon endokardit
AK	– aorta koarktasiyasi
UG	– o‘pka gipertenziyasi
AQE	– aorta qapqog‘ini etishmasligi
MQE	- mitral qapqog‘ini etishmasligi
UTQE	– uch tabaqali qapqok etishmasligi
BNO	– Batalov nayi ochikqligi
UG	– umumiy gipotermiya
YuOTN	– yurakning ortirilgan tug‘ma no‘ksoni
PS	- porok serdsa
AQS	– aortal qapqok stenozi
MQS	- mitral qapqok stenozi
UTQS	– uch tabakali qapqok stenozi
FT	– Fallo tetradas
VO₂max	– kislorodni maksimal qabul kilinishi
FKG	– fonokardiografiya
EKG	– elektrokardiografiya
ExoKG	– exokardiografiya

GLOSSARIY

ATRIOVENTRIKULYAR BLOKADA – atriventrikulyar tugun yoki antriventrikulyar to‘plam va uning oyoqlari darajasida bo‘lmachadan qorinchaga impluslarning o‘tkazilishini buzilishi(to‘liq ëki to‘liq bo‘lmagan)

CHAP QORINCHA ETISHMOVCHILIGI – chap qorinchaga yuqori yuklama oshish hisobida chap qorincha etishmovchiligi kichik qon aylanish doirasida dimlanish va chap bulmachani kengayishi yuzaga keladi.Yurak nuqsonlarida,miokarditlarda, gipertonik kassallikda b.q.k.rivojlanadi.

MIOKARDIT – yurak mushaklarini yallig‘lanishi natishasida yurakning qisqarish, quzg‘aluvchanlik, o‘tkazuvchanlik funktsiyalari buzilishi simptomlari nomoën bo‘ladi.

MIOKARDIODISTROFIYA – yurak mushaklarini distruknsiyasi bilan kechadigan kassallik(masalan infektiya,intoksikasiya vab.q)

INFARKT — qon ta‘minoti uzilishi tufayli to‘qima hududi nekrozi kupincha yurak kamroq o‘pka, taloq va boshqa organlarda kuzatiladi.

YURAK ʻASHIMIK KASALLIGI —miokardning etarli darajada qon bilan ta‘minlanmasligi natijasida yuzaga keladigan surunkali patologik jaraën.

ISHEMIYA — organlarga qon oqimining pasayishi.

FUNKSIONAL HOLAT —inson faoliyatini bevesta va bilvosita belgilaydigan organizmning sifat va xsusiyatlarining mavjud xsusiyatlarining yaxlit majmui.

FUNKSIYA (functio — deyatelnost) — vzaimodeyatelnost ëlementov v sisteme, vzaimodeystvie i subordinatsiya chasti i celogo v jivom organizme.

YURAKNI ʻELEKTRIK AKTIVLIGI - xujayralar va xujayradan tashqari suyuqlikdagi ionlarning harakatlanishi.

Sinoatrial blokada – sinoatreal tugundan bo‘lmachaga impuls o‘tkazuvchanligini sekinlashishi.

BO‘LMACHA FIBRILYASIYASI– Miofibrillar gruxining daqiqada 400 – 700 chastotali tartibsiz qisqarishi, muvofiqlashtirilgan bo‘lmacha sistolasining yo‘qliligiga olib keladi.

BO‘LMACHA TREPETANIYASI –daqiqada chastotali 250 -350 bo‘lmacha fibrillar gruxlarining muntazam qisqarishi.

Ekstrasistoliya –sinus tugundan tashqarida qo‘zg‘alishdan kelib chiqqan yurak ÷ki uning aloxida kameralarining erta qisqarishi.

SINUSLI BRADIKARDIYA –sekin yurak urish tezligi daqiqada 60 martadan kam.

SINUSLI TAXIKARDIYA – yurak urish tezligi daqiqada 100 dan ortiq(160 -180 gacha).

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

ASOSIY:

1.Шабалов, Н.П. Детские болезни учеб. для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабалов. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2012 г.

2.Педиатрия. Национальное руководство: в 2 томах – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, том 1–1024 с., том 2 – 1023 с.

Дополнительная:

3.Детские болезни: учебное пособие с комп. - диском / под ред. А.А. Баранова. 2-е изд. – М., 2007 – 1008 с.

4.Классификация основных заболеваний и синдромов у детей / Быков В.О., Душко С.А., Филимонов Ю.А., Ткачева Н.В., Водовозова Э.В., Губарева Г.Н., Кузнецова И.Г., Леденева Л.Н., Миронова Э.В., Попова Т.А., Унтевский И.И. – 4-е изд., Ставрополь, 2008.

5.Кнышов Г.В., Бендет Я.А. (1997) Приобретенные пороки сердца. Институт сердечно-сосудистой хирургии, Киев, 280 с.

6.Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. (2001) Некоронарогенные болезни сердца. Практич. руководство. Морион, Киев, 480 с.

7.Справочник педиатра: учебное пособие / под ред. В.О. Быкова, А.С. Калмыковой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 573 с.

8.Руководство по практическим умениям педиатра [Текст]: учеб. пособие для вузов / под ред. В.О. Быкова – изд. 3-е, стереотип. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 574 с.: табл., рис.

9.Патология детей младшего возраста. Ч. 1.: учебное пособие / В.О. Быков, Э.В. Водовозова, С.А. Душко, Г.Н. Губарева, И.Г. Кузнецова, Е.В. Кулакова, Л.Н. Леденева, Э.В. Миронова, Т.А. Попова, И.А. Стременкова, Е.В. Щетинин. – Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2011 – 173 с.:

ЭЛЕКТРОН РЕСУРСЛАР:

— Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Р.Р. Кильдиярова. 2012 г.

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970419588.html>

— Г. А. Самсыгина. Педиатрия. Избранные лекции, 2009

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410905.html>

— Детские болезни / под ред. Р. Р. Кильдияровой. 2014 г.

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429488.html>

— Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью 2015 г.

http://www.pediatrussia.ru/sites/default/files/file/kr_hsn.pdf

— Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца. 2015 г.

http://www.pediatrussia.ru/sites/default/files/file/kr_vps.pdf

— Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в российской федерации. 2008 г.

http://www.sprjournal.ru/webasyst/published/SC/html/scripts/product_files/Nats_programma_blok_2_0_07_2011.pdf

MUNDARIJA

№	MAVZULAR NOMLANISHI	Saxifasi
1	Kirish	4
2	I BOB YURAK SHOVQINLARIING ASOSIY XARAKTERISTIKASI	5
3	II BOB TUG'MA YURAK NUQSONLARI	9
4	Bo'lmachalar aro to'siq nuqsoni	12
5	Gemodinamikasi xususiyatlari	12
6	Qorinchalararo to'siq nuqsoni (QATN)	15
7	Alohida o'pka arteriyasi klapani stenozi	18
8	Fallo tetradas	19
9	Aorta koarktatsiyasi. (AK)	21
10	Tug'ma yurak nuqsonlarini aniqlashda diagnostik dastur	25
11	Tug'ma yurak nuqsonlari mavzusi bo'yicha test topshiriqlari	27
12	Yozma va og'zaki nazorat uchun savollar va javoblar	46
13	3 BOB KARDITLAR (CARDITIS)	49
14	Tug'ma kech yuzaga kelgan kardit	51
15	4 BOB ORTIRILGAN KARDITLAR	53
16	5 BOB ORTIRILGAN YURAK NUQSONLARI	59
17	Aortal klapanini etishmovchiligi (REGURGITASIYA)	68
18	Patogenezi va gemodinamika o'zgarishlari	70
19	Test topshiriqlari.	73
20	Yozma va og'zaki nazorat uchun savollar	91
21	QISQARTMALAR RO'YXATI	96
22	GLOSSARIY	97
23	Foydalanilgan adabiyotlar	99



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI
BUYRUQ**

Toshkent, sh.

«03» 14 2023 y. № 480

**O'quv adabiyotlarini nashr
etishga tavsiya berish to'g'risida**

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2021 yil 24 dekabrda "Davlat Oliy ta'lim muassasalarining moliyaviy mustaqillik berish chora-tadbirlari to'g'risidagi" 61-sonli qarori, "Davlat oliy ta'lim muassasalarining akademik va tashkiliy boshqaruv mustaqilligini ta'minlash bo'yicha qo'shimcha chora- tadbirlar to'g'risidagi" 60-sonli qarori xamda Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2022-yil 22-avgustdagi 284-sonli buyrug'i ijrosini ta'minlash maqsadida

BUYURAMAN:

1. O'quv ishlari bo'yicha prorektor Q.N.Xaitov va O'quv-uslubiy bo'lim boshlig'i N.X.Isaxanovlarga:

Oliy ta'lim muassasalari uchun o'quv adabiyotlarini tayyorlash tartibi hamda o'quv adabiyotlarini yaratishga va ulardan oliy ta'lim muassasalarida foydalanishga qo'yiladigan talablar asosida tayyorlangan va institut kengashi tomonidan ijobiy xulosa berilgan o'quv adabiyotlar ro'yxati ilovaga muvofiq tasdiqlansin va nashr etishga tavsiya etilsin.

Mazkur buyruq ijrosini nazoratini o'z zimmamda qoldiraman.

Rektor

B.T.Daminov



N ^o	Mualliflar	O'quv adabiyotining nomi	O'quv adabiyot turi	Yo'nalish yoki mutaxassislik kodi va nomi	O'quv rejasidagi fanning nomi
1.	V.K.Abdullayeva, A.A.Ganixanov	Повышение квалификации в психиатрии: тесты и задания по детской психиатрии	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Psixiatriya
2.	V.K.Abdullayeva, T.F.Sattarov, A.V.Rogov, T.B.Irmuxamedov, A.A.Matveyeva	Psixoterapiya asoslari	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Psixiatriya
3.	J.T.Rustamova	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомании и токсикомании)	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Psixiatriya
4.	M.I.Muxitdinova	Yallig'lanishga qarshi dori vositalarning klinik farmakologiyasi	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Klinik farmakologiya
5.	B.T.Daminov, A.R.Raimjanov, A.S.Babadjanov, N.N.Brimkulov, N.M.Abduraxmanova, L.V.Kadomseva	Ichki kasalliklar	darslik	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Ichki kasalliklar
6.	S.A.Begmanov, Z.S.Shahabutdinov, N.A.Abidova, G.A.Xakimova, D.R.Tulyaganov	Patologik fiziologiya 2 - tom	darslik	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Patologik fiziologiya
7.	E.A.Satvaldiyeva, O.Ya.Fayziyev, A.S.Yusupov	Bolalarda abdominal operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirishni ahamiyati	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Anesteziologiya va reanimatologiya, bolalar anesteziologiya va reanimatologiyasi

8.	O.Ya.Fayziyev	Bolalarda intensiv terapiya xususiyatlari	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Anesteziologiya va reanimatologiya, bolalar anesteziologiya va reanimatologiyasi
9.	A.S.Yusupov	Bolalar anesteziologiyasi va reanimatologiyasi	darslik	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Anesteziologiya va reanimatologiya, bolalar anesteziologiya va reanimatologiyasi
10.	N.A.Diyarov	Bolalarda bronx-o'pka tizimi rivojlanish nuqsonlari	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Bolalar xirurgiyasi
11.	B.T.Buzrukov	Офтальмология	darslik	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Oftalmologiya
12.	E.A.Shamansurova, A.I.Ulugov, A.N.Fayziyev, N.X.Isaxanova, D.M.Yunusov, E.M.Yahudayev	Bolalarda tug'ma, orttirilgan yurak kasalliklarini tashxisi, davosi, profilaktikasi, dispanserizatsiyasi	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Ambulator poliklinik pediatriya
13.	I.A.Ruzmetova	Surunkali buyrak kasalligi patogenez va diagnostika masalalari	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Ichki kasalliklar
14.	A.M.Abidov	Kattalar va bolalar so'zagi: etiopatogenez, epidemiologiya, diagnostika va davolashning zamonaviy tamoyillari	o'quv qo'llanma	Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun	Teri-tanosil kasalliklar, bolalar teri-tanosil kasalliklari



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT
INSTITUTI**

GUVOHNOMA



O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash
vazirligi Toshkent pediatriya tibbiyot institutining
2023 yil "03" noyabrdagi "480" -sonli buyrug'iga
asosan

E.A.Shamansurova, A.I.Ulugov, A.N.Fayziyev,

N.X.Isaxanova, D.M.Yunusov, E.M.Yahudayev

(muallifning familiyasi, ism-sharifi)

Tibbiyot oliygohlari talabalari uchun

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Bolalarda tug'ma, orttirilgan yurak kassalliklarini

tashxisi, davosi, profilaktikasi, dispanserizatsiyasi

nomli o'quv qo'llanma

ga

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.



Rektor

B.T.Daminov

Ro'yxatga olish raqami

480-167



O'QUV QO'LLANMA

**SHOMANSUROVA E.A., ULUG'OV A.I., FAYZIEV O.N.,
ISAXANOVA N.X., YUNUSOV D.M., YAHUDAYEV E.M.**

**“BOLALARDA TUG'MA, ORTTIRILGAN YURAK
KASSALLIKLARINI TASHXISI, DAVOSI,
PROFILAKTIKASI, DISPANSERIZATSIYASI ”**

Muharrir: Maxmudov A.

Korrektor va dizayn: Maxmudov T.

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.

Bosishga 2023 yil “03-noyabr” ruxsat berildi.

Format 60x84/14. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi:

<https://rostochek74.ru/parents/articles/porok-serdca/>

Shartli bosma tabog'i 7.67., 104 sahifa, Adadi 8 dona, Buyurtma №7

“KAFOLAT TAFAKKUR” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.

Telefon: +998 88 973-51-13

e-mail: kafolattafakkur@gmail.com



