

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM
VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**ARZIQULOV ABDURAYIM SHAMSHIEVICH, ARZIBEKOV ABDIKADIR
GULYAMOVICH, YUSUPOV KAHRAMON MUHITDINOVICH,
ARZIQULOVA DILNOSA ABDURAYIMOVNA**

Tajriba sohasi - sog'liqni saqlashda ijtimoiy ta'minot - 50 000

Ta'lim sohasi - sog'liqni saqlash - 510 000

**“BOLALAR KASALLIKLARI SEMIOTIKASI: ORGAN VA
TIZIMLARNING ZARARLANISH BELGILARI VA SINDROMLARI”.**

O'QUV QO'LLANMA

5510100- davolash ishi, 5111000- Kasbiy talim

(5510100 – davolash ishi)

Yo'nalishlari uchun

ANDIJAN - 2022

Mualliflar:**A. Sh.Arziqulov**

Pediatriya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

A.G.Arzibekov

Pediatriya kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari nomsodi dosent

K. M. YusupovInstitut o'quv bolimi boshligi,
Umumiy gigena kafedrası katta o'qituvchisi**D. A. Arziqulova**

Akusherlik va ginekologiya kafedrası o'qituvchisi

Taqrizchilar:**Sh. I. Navro'zova**

Buxoro davlat tibbiyot instituti pediatriya kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, rofessor

Sh.K.Hakimov

Pediatriya va neonatologiya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

Ushbu o'quv qo'llanma davolash fakulteti -5510100 Sog'liqni saqlash ta'lim yo'nalishi – 510000 tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun blokda berilgan "Pediatriya" fanining nazariy asoslarini o'zlashtirish uchun zarur bo'lgan nazariy va amaliy bilimlar hajmi Pediatriya kafedrasida o'qish jarayonida o'quv rejasining 3.02 bloki batafsil bayon etilgan. Kitobda ko'plab illyustrativ materiallar, jumladan, original chizma va rasimlar, fotosuratlar, diagrammalar va jadvallar mavjud. Nashr tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, stajyorlar, rezidentlar, pediatrlar, umumiy amaliyot shifokorlari, boshqa mutaxassisliklar shifokorlari uchun mo'ljallangan. O'quvchilar bilimining yakuniy darajasini aniqlash maqsadida darslikda vaziyatli topshiriqlar, savollar, testlar va lug'at berilgan.

ASMI Kengashi tomonidan ma'qullangan va nashrga taklif qilingan

2022 yil _____ № _____ bayonnomasi

Kengash kotibi, dotsent**N.A. Nasritdinova**

MUNDARIJA

Shartli qisqartmalar ro'yxati	3
Kirish	4
Asab tizimining zararlanishining semiotikasi	5
Ichki sekretsiya bezlarining ayrim kasalliklari semiotikasi	17
Shikastlanish va teri osti to'qimalarining semiotikasi	37
Tayanch-harakat apparati zararlanishining semiotikasi	53
Mushaklar sistemasiga zarar yetkazish semiotikasi	65
Yurak-qon tomir tizimining zararlanishining semiotikasi.....	69
Oshqozon-ichak trakti zararlanishining semiotikasi	91
Nafas olish a'zolarining zararlanishining semiotikasi	104
Siydik chiqarish tizimi kasalliklari semiotiklari va asosiy sindromlar....	126
Adabiyotlar ro'yxati	138
Testlar	245
Lug'at.....	249

SHARTLI QISQATIRISHLAR RO'YXATI

QB	- qon bosimi
ADH	- antidiuretik gormon
ALAT	- alanin aminotransferaza
AsAT	- aspartat aminotransferaza
TYUK	- tug'ma yurak kasalligi
CHBG	- chap bolmacha gipertrofiyasi
O'QG	- o'ng qorincha gipertrofiyasi
GER	- gastroezofagial reflyuks
GERK	- gastroezofagial reflyuks kasalligi
NOE	- nafas olish etishmovchiligi
O'HS	- o'pkaning hayotiy sig'imi
JRK	- jinsiy rivojlanishning kechikishi
O'SV	- o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
TMI	- tana massasi indeksi
KPHK	- kreatinin fosfokenaza
LDH	- laktat dehidrogenaza
NS	- nefrotik sindrom
YAC	- yarali kolit
OBO	- o'tkir bronxial obstruksiya
OII	- o'tkir ichak infeksiyasi
O'BE	- o'tkir buyrak etishmovchiligi
JRE	- jinsiy rivojlanishning etishmasligi
O'RVI	- o'tkir respirator virusli infeksiya
O'RI	- o'tkir respirator infeksiya
OSLT	- o'tkir stenozli laringotraxeit
OHP	- osteoxondropatiya
AQH	- aylanma qon hajmi

EJR	- erta jinsiy rivojlanish
PTH	- paratiroid gormoni
YUE	- yurak etishmovchiligi
AES	- adrenal etishmovchilik sindromi
ECHT	- eritrotsitlarning cho'kish tezligi
QBG	- qalqonsimon bez gormoni
UTT	- ultratovush tekshiruvi
FGDS	- fibrogastroduodenoskopiya
MVB	- markaziy venoz bosim
MAT	- markaziy asab tizimi
YUUT	- yurak urish tezligi
EKG	– elektrokardiogramma

KIRISH

Kasalliklarni aniqlash usullari to'g'risidagi ta'limot diagnostika deb ataladi (yunon tilidan - tanib olishga qodir).

Diagnostika - bu tibbiyot fanining bo'limi bo'lib, zarur davolash va profilaktika choralarini belgilash uchun bemorning kasalligi va holatini aniqlash uchun tadqiqot usullarini belgilaydi. Diagnostika jarayonining natijasi kasallik diagnostikasi (yunoncha Dínōs - tan olish, kamsitish) hisoblanadi.

Tashxis - bu kasallikning tabiati va bemorning ahvoli to'g'risida zamonaviy tibbiy atamalarda ifodalangan qisqacha tibbiy hisobot.

Diagnostika ilmiy fan sifatida 3 bo'limdan iborat:

1. Tibbiy diagnostika - bemorni kuzatish va tekshirish usullarini o'rganadi.

2. Semiotika yoki semiologiya (yunoncha. Sēmētiq - belgi, belgi) - belgilar va belgilar tizimlarining xususiyatlarini o'rganuvchi fan, tibbiyotda - kasallik belgilari haqidagi ta'limot) - diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan fan, kasallikning belgilari.

3. Diagnostika metodologiyasi - kasallikni tan olishda fikrlashning o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish.

Simptom (yunoncha sōmōtōxa - holat, tasodif, belgi) - bemorni tekshirish paytida shifokor tomonidan aniqlangan va tashxis qo'yish va kasalliklarning prognozini aniqlash uchun ishlatiladigan kasallik belgisi.

Ular aniqlash usuliga ko'ra simptomlar quyidagilarga bo'linadi:

- sub'ektiv - so'roq paytida shifokor bemorning so'zlaridan bilib oladigan alomatlar;

- ob'ektiv - shifokor asosiy va qo'shimcha diagnostika usullari yordamida aniqlaydigan alomatlar. Sindrom (yunoncha sōndōnōn, sōndrosmo - teng, kelishilgan holda) - umumiy patogenez bilan birlashtirilgan va tananing ma'lum bir patologik holatini tavsiflovchi alomatlar to'plami.

Ikki xil sindrom mavjud: anatomik va funktsional.

Sindromik diagnostika juda muhim, chunki individual sindromlar asosida shifokor ichki organlarning anatomik va funktsional holati haqida birinchi xulosani chiqaradi.

NERV TIZIMI ZARARLANISHLARI SEMIOTIKASI

Markaziy asab tizimining shikastlanishi turli sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin: neyroinfeksiyalar (meningit, ensefalit, poliomielit), turli xil etiologiyalarning toksik ta'siri (virusli, bakterial, zaharlanish va boshqalar). Bolalardagi koma holati travma, diabet, buyrak, jigar va adrenal etishmovchilik bilan rivojlanishi mumkin. Tug'ruq paytida asfiksiya, markaziy asab tizimiga toksik tasirga ega bo'lgan moddalar to'planishi bilan tug'ma kasalliklar (masalan, fenilketonuriya, galaktozemiya va boshqalar) markaziy asab tizimining shikastlanishiga olib kelishi mumkin.

Markaziy nerv sistemasi shikastlangan bolalarda hayotining birinchi yilida eng ko'p uchraydiganlari:

1. Giperqo'zg'aluvchanlik sindromi – bolada qo'l, iyak, nistagm qaltiraydi, harakatchanlik ortadi, bezovtalanadi, uyqu buziladi, tug'ma reflekslar kuchayadi, reflektor qo'zg'aluvchanligi kuchayadi. Ushbu sindrom markaziy asab tizimining perinatal zararlanishi, metabolik kasalliklarda kuzatiladi.

2. Gipoqo'zg'aluvchanlik sindromi - bolaning harakat va aqliy faolligi pasayadi, letargiya, oyoq-qo'llarining fleksor holatining etishmasligi kuzatiladi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda, intrakranial jarohati bo'lgan bolalarda, shuningdek, gipoksiyaga uchragan bemorlarda qayd etiladi.

3. Harakat buzilishi sindromi - mushak tonusi va reflektor faolligining o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi.

4. Intrakranial gipertenziya sindromi - bolaning boshi kattalashishi, bosh suyagi choklarining bir-biridan ajralishi, katta frontal suyak kattalashishi va bo'rtib ketishi bilan namoyon bo'ladi. Chaqaloq bezovtalanadi, o'tkir yig'laydi, uyqu - yuzaki bo'ladi. Gorizonta nistagm, "quyosh botishi" alomati, konverging ko'zlari

kabi belgilar bor. Ushbu sindrom ko'pincha gidrosefalik sindrom (qorinchalar va subaraknoid bo'shliqlarning kengayishi) bilan birlashtiriladi.



Rasm №1 Bolalarda qorinchalar va subaraknoid bo'shliqlar kengayishining sxematik tasviri.

5. **Konvulsiv sindrom** - yangi tug'ilgan chaqaloqlarda klonik talvasalar, yuz mushaklarining kiskarishi, chaqaloqlarda - vegetativ buzilishlar bilan kechadigan umumiy tonik-klonik talvasalar ko'proq uchraydi.

6. **Vegetativ-vistseral buzilishlar sindromi** - alohida holatda kamdan-kam kuzatiladi, ko'pincha boshqa sindromlar bilan qo'shiladi. Bu ichki organlar faoliyatining turli xil buzilishlarida o'zini namoyon qiladi - vaqtinchalik siyanoz, taxikardiya, taxipnoa, aritmiya, vazn ortishi, regürgitatsiya, qusish, diareya, ich qotishi, pilorospazm.



rasm 2. Tonik - klonik konvulsiyalar bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

NERV TIZIMINING RIVOJLANISHIDAGI ANOMALIYALAR

Kraniocerebral churra - bosh suyagi suyaklaridagi nuqson mintaqasida churra chiqishi; Ikkita shakli mavjud: meningotsel (dura mater va teri churra qopining bir qismi, tarkibi orqa miya suyuqligi) va meningoensefalotsel (miyaning har qanday qismi churra qopida joylashgan).



Rasm №3 Yangi tug'ilgan chaqaloq bosh miya churrasi bilan

Orqa miya churrasi (spina bifida) - umurtqa pog'onasining rivojlanishidagi anomalya, asab naychasining rivojlanishining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Orqa miya shilliq qavatidagi nuqson orqali chiqish meningotsel deb ataladi. Agar

churra qopida nerv to'qimasi bo'lsa, shakllanish meningomiyelotsel deb ataladi. Ko'pincha nuqson lomber va sakral umurtqa pog'onasida joylashgan.



№4-rasm. Orqa miya churrasi bilan yangi tug'ilgan chaqaloq

Mikrosefaliya - bu bolaning miyasi va bosh suyagining kichik hajmi. Tashxis mezoni: bosh miya bosh suyagi aylanasining o'rtacha yoshga nisbatan 5 sm dan ortiq qisqarishi. Mikrosefaliya bilan og'rigan bolalarda turli xil nevrologik belgilar mavjud: mushaklarning tonusining buzilishi, spastik parezlar, konvulsiyalar, aqliy zaiflik.

Gidrosefaliya - miya qorinchalari hajmining oshishi, aksariyat hollarda boshning kattalashishi bilan birga keladi. Ichki va tashqi gidrosefali farqlanadi.



№5-rasm. Mikrocefaliya bilan og'rigan yangi tug'ilgan chaqaloqning ko'rinishi.

Ichki bilan, miyaning lateral qorinchalarida, tashqi bilan - subaraknoid bo'shliqda miya suyuqligining to'planishi mavjud. Natijada boshning kattalashishi, bosh suyagi suyaklarining yupkalanishi va ingichkalashi, bo'rtib chiqqan likkildoklar kuzatiladi. Peshonada, bosh terisida kengaygan teri tomirlarini ko'rishingiz mumkin.



6-rasm. Hidrosefali bilan og'rigan chaqaloqning ko'rinishi

Ventrikulomegaliya - boshning kattaligini oshishi bilan boglig bo'lmagan miya qorinchalarining izolyatsiyalangan kengayishi. Ko'pgina hollarda, u orka miya suyuqligining chiqishi buzilishi natijasida rivojlanadi.



№7-rasm. Bolalarda o'ng qorinchaning izolyatsiyalangan kengayishining sxematik tasviri.

Anentsefali miya bosh suyagi va miya to'qimalarining suyaklari yo'qligi bilan belgilanadi. Akraniya - homila miyasi suyak to'sig'i bilan o'ralmagangan holat. Anentsefali va akraniya - hayotga mos kelmaydigan rivojlanish nuqsonlari.

Kraniostenoz - bosh suyagining deformatsiyasiga olib keladigan cranial choklarni erta bitishi.



№8-rasm. Kraniostenozli chaqaloqning ko'rinishi

Skafosefaliya - bosh suyagi anteroposterior yo'nalishda ortadi va sagittal choklarning erta o'sishi tufayli ko'ndalang yo'nalishda kamayadi. Shu bilan birga, bolaning boshi torayadi, peshona va boshning orqa qismi tashqariga chiqadi, fontanellar torayadi.



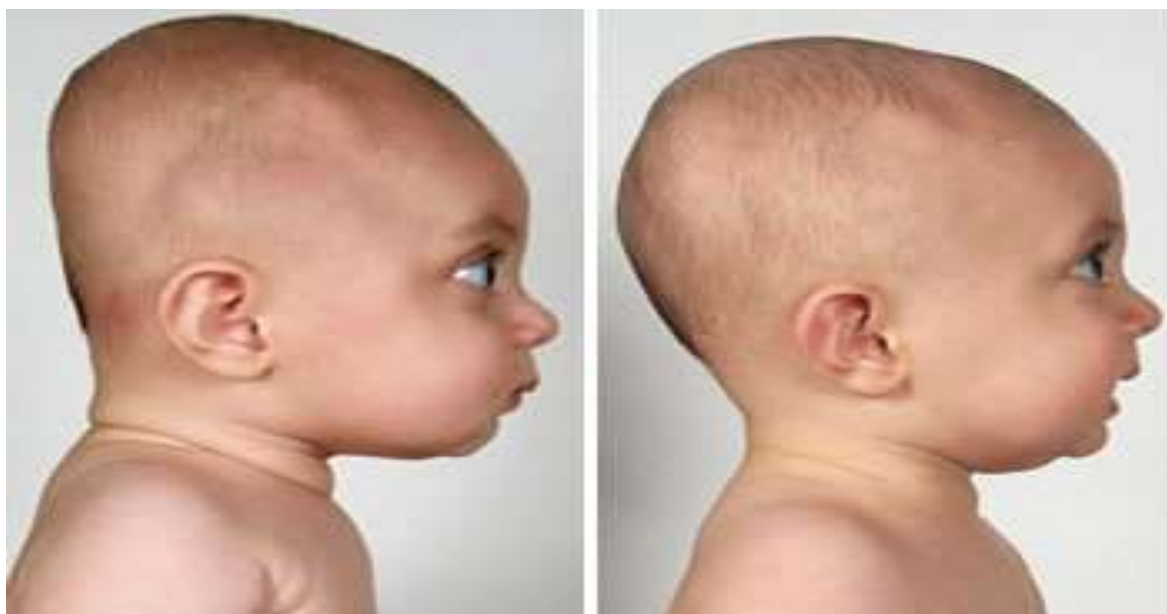
№9-rasm. Skafosefaliya bilan og'rigan chaqaloqning ko'rinishi

Plagiosefaliya - koronar choklarning faqat bittasining tez o'sishi. Bosh suyagi assimetrik, bir tomonlama ekzoftalmos kuzatiladi.

Akrosefaliya - bosh suyagining koronal choklarining erta o'sishi, bu uning o'sishini anteroposterior yo'nalishda cheklashga olib keladi. Bolaning bosh suyagi tonozu baland, keng va kalta, yuzi yassilangan, ekzoftalmos qayd etilishi mumkin.

Trigosefaliya - bu frontal chok sohasidagi frontal suyaklarning erta birlashishi. Frontal tuberkullar rivojlanmagan, bosh suyagi uchburchak shaklga ega bo'ladi.

Oxycephaly (minorasimon bosh suyagi) - koronar va sagittal choklarning erta bitishi. Bu intrakranial bosimning oshishi bilan birga keladi.



№10-rasm. Oksisefaliya bilan og'rigan chaqaloqning ko'rinishi

UMUMIY MIYA BELGILARI VA SINDROMLARI

Ongning buzilishi. Hozirgi vaqtda "ong" tushunchasining oddiy ta'rifi mavjud emas. Odatda uning talqini uyqu va uyg'onish holatlarining qarama-qarshiligiga asoslanadi. Uyqu paytida ong yo'q, uyg'onish, biz his qilishni, o'ylashni, harakat qilishni va his-tuyg'ularimizni so'zlar yordamida boshqa odamlarga etkazishni boshlaymiz. So'z bilan ifodalangan ong og'zaki deyiladi. Sog'lom bola aniq ongga ega. Aniq ongda bo'lgan bola, o'z shaxsiyati, vaqti va

makoniga yaxshi yo'naltirilgan.

Ongning buzilishi deganda atrof-muhitni, ob'ektlarni, hodisalarni va ularning aloqalarini aks ettirishning buzilishi tushuniladi, bu atrof-muhitni idrok etishning to'liq imkonsizligi yoki noaniqligi, vaqt, joy, atrofdagi odamlar, o'z-o'zini yo'nalishini yo'qotish, o'z-o'zini anglamaslik bilan namoyon bo'ladi.

fikrlash. Ongning buzilishi shartli ravishda ikki guruhga bo'linadi - pasayishi va ongdagi o'zgarishlar. Ongni pasayishi aqliy faoliyatning etishmasligi, uyg'onish darajasining pasayishi, intellektual funktsiyalar va jismoniy faoliyatning pasayishi bilan tavsiflanadi. Bu holat stupor, karahtlik, sopor va koma o'z ichiga oladi. Ongning zesilarli pasayishi bilan hayotiy funktsiyalar buziladi. Ongdagi o'zgarishlar hushyorlik fonida rivojlanadi va aqliy funktsiyalarning buzilishi, atrof-muhit va o'z shaxsiyatini buzuq idrok etish bilan tavsiflanadi (ongdagi o'zgarishlar psixiatrik kasalliklar jarayonida o'rganiladi).

Bemorni tekshirganda, bolalarda o'sini his etishi va ongni buzilish belgilarining ma'lum bir ketma-ketligiga e'tibor qaratish lozim. Bezovtadagi bola stupor holatida bo'lib, u kuchli inhibisyondan keyin qiyinchilik bilan chiqib ketadi. Atetozga o'xshash harakatlar bilan tez-tez motorli bezovtalik davrlari mavjud. Reflekslar kamayadi.

Sopor - chuqur uyqu, hayratda qolish, atrof-muhitga hech qanday reaksiya yo'q. Bolani uyg'otib bo'lmaydi. Teri sezgirligi aniqlanmaydi, ammo pay reflekslari qiyinchilik bilan bo'lsa-da, mos kelmaydigan tarzda qo'zg'atiladi. Og'riqqa reaksiya (in'ektsiya) saqlanib qoladi, lekin u noaniq. Bemorda korachik va shox parda reflekslari, shuningdek, yutish saqlanib qoladi. Miya postlogi reflekslari sezilarli darajada pasayishi va miya markazlarining shikastlanishi bilan ongni yo'qotish - koma paydo bo'ladi.

Koma - bu holat bolada reflekslarning to'liq yo'qligi va terining sezgirligibi pasayishi bilan tavsiflanadi, shuningdek, in'ektsiya va boshqa manipulyatsiyalarga reaksiya yo'q, mushaklarning gipo- va atoniyasi kuzatiladi. Ko'z qorachig'i keng, shox parda refleksi yo'q, yorug'lik va boshqa ogohlantirishlarga (og'riqli, tovushli) reaksiya yo'q. Bunday bemorlarda koma chuqurligini aniqlashga imkon beradigan

halqum va farenksdan reflekslarni tekshirish kerak. Koma kandli diabet, miya qon ketishi, zaharlanish, surunkali nefrit, jiddiy jigar shikastlanishi bilan bo'lishi mumkin.

Chuqurlik nuqtai nazaridan komaning odatda 3 darajasi ajratiladi:

I daraja - engil, ong va ixtiyoriy harakatlar saklanmagan, shox parda va Ko'z qorachig'i reflekslari saqlanib qoladi.

II daraja ongning etishmasligi, arefleksiya (ko'z qorachig'ining reflekslari saqlanib qolgan), nafas olishning buzilishi tez-tez kuzatiladi,

III daraja bilan barcha reflekslarning yo'qligi, nafas olish ritmining chuqur buzilishi kuzatiladi. Eyforiyada yoki hayajonlanganda, bemorda vosita faolligi va o'yin faolligi kuchayadi, g'ayrioddiy gapiruvchanlik yoki g'o'ng'irlash (chaqaloqlarda). Bolaning o'ziga yaqin odamlar bilan aloqasi yomonlashadi (u qo'ng'iroqlar, so'rovlar va ko'rsatmalarni eshitmaganga o'xshaydi), ishtahasi yomonlashadi, uxlab qolish va uyg'onish vaqti ko'payadi. har qanday sababga ko'ra qichqiradi va yig'laydi, o'yinchoqlarni tashlaydi, ovqatlanishdan bosh tortadi, nima istayotganini bilmaydi. Kolda k o'tarishlarini so'raydi, uxlab qololishi kiyinlashadi.

Teri sezgirligining oshishi - giperesteziya - bola teginishga keskin munosabatda bo'ladi, adyolni tashlaydi. Teri va pay reflekslari kuchayadi. Uyquchanlik bilan birgalikda hayajonlanish vaqtinchalik sedativlik, letargiya, uyquchanlik bilan almashinish davrlari bilan namoyon bo'ladi. Terining yuqori sezuvchanligi saqlanib qoladi, reflekslar kuchayishi yoki normal bo'lishi mumkin.

Somnolentlik. atrof-muhitga reaksiya kamayadi (bola o'zini letargik va uyquchan his qiladi), ammo qisqa vaqt ichida yuzaki uyqu paydo bo'ladi. Yig'lash va qichqirish o'rniga, sokin nola kusatiladi. Tekshirishga yomon javob beradi. Teri sezgirligi va pay reflekslarining pasayishi kuzatiladi. Bola atrof muhitning nojyuya tasirlariga kuchli yig'lab javob beradi, savollarga sekin javob beradi. Markaziy asab tizimining faoliyatidagi o'zgarishlar doimo vegetativ siljishlar bilan birga keladi. Qo'zg'alish fazasi simpatik faollashishi bilan bog'liq, shuning uchun taxikardiya, taxipnea paydo bo'ladi va qon bosimi oshishi mumkin. Og'ir kasalliklarda markaziy asab tizimining tushkinligi hech qachon faqat ong va

refleks faoliyati sohasi bilan chegaralanmaydi. Bezovtalik, stupor va koma holatida markaziy asab tizimining, xususan, miya o'sagi hayotiy tartibga soluvchi funksiyalarining progressiv buzilishlari doimo aniqlanadi. Ushbu buzilishlar natijasida tartibsiz nafas olish (masalan, Cheyne-Stokes yoki Biot, nafas olish, nafas olish), nafas olish yoki vazomotor markazlarning falajlanishi paydo bo'ladi. Shu sababli, buzilgan ongning rivojlanishi miya o'sagi mintaqalarida mumkin bo'lgan buzilishlarning xabarchisi hisoblanadi.

Bosh og'rig'i. Ushbu alomat turli kasalliklarga hamroh bo'ladi. Bosh og'rig'i patogenezi beshta asosiy turga bo'linadi.

Qon tomirlarining bosh og'rig'i qonning puls hajmidan qon tomirlari haddan tashqari cho'zilganida yoki qon tomirlarining, ayniqsa, gipotenziya holatida bo'lgan tomirlarning toshib ketishi natijasida paydo bo'ladi;

volumetrik jarayon natijasida tomirlarni kuchlanishda. Qonning puls hajmi bo'yicha qon tomirlarining haddan tashqari cho'zilishi bilan bemorlar ritmik, puls bilan sinxron, boshga to'mtoq zarbalarni boshdan kechiradilar ("boshga urish"). Xuddi shunday narsa arterial gipotenziya bilan og'rikan bolalarda, aqliy yoki jismoniy stress tufayli qon bosimi ko'tarilganda, qon tomir distoniya belgilari bo'lgan bemorlarda sodir bo'ladi. Tomirlarning spazmi bilan bemorlar siqish, sindirish, zerikarli og'riq, ko'ngil aynish, ko'zning qorayishi, ko'z oldida "qora chivinlar", bosh aylanishi, terining rangsizligi haqida shikoyat qiladilar. Xuddi shunday bosh og'rig'i simpatik-adrenal inqirozlar va gipertenziya bilan sodir bo'ladi. Venoz bosh og'rig'i kranial bo'shliqdan venoz chiqishi buzilganida paydo bo'ladi. Qonning venoz tizimiga to'lib ketishi boshda og'irlik hissi, zerikarli, portlash og'rig'iga sabab bo'ladi, bu boshni pastga tushirish bilan uzoq vaqt ishlaganda, yo'tal, qahqaha bilan kuchayadi.

Mushak zuriqish bilan boglik bosh og'rig'i bosh og'rig'ining eng keng tarqalgan shaklidir. Bu ruhiy stressga javoban yuzaga keladi va boshning yumshoq tokimalaridasezuvchanlikni oshirish bilan birga keladi. Bemorlar siqilish hissi, boshning siqilishidan shikoyat qiladilar ("birga tortilgan halqa kabi", "bosh, xuddi o'rinbosarda siqilgandek"). Kuchlanishning bosh og'rig'i diffuz, ikki tomonlama va

tomonlardan biri kuchliroq og'riydi. Bosh og'rig'ining balandligida birga keladigan alomatlar qayd etilishi mumkin: fobiya va tovush, ko'ngil aynishi. Ko'pincha og'riq kun bo'yi davom etadi va kechqurun kuchayadi. Kuchli bosh og'rig'i antifiziologik jarayon (kompyuterda uzoq vaqt ishlash, kichik narsalar bilan ishlash va boshqalar) paytida mushaklarning refleksli kuchlanishi tufayli yuzaga kelishi mumkin, bu ko'z va bo'yin mushaklarining uzoq muddatli kuchlanishiga olib keladi. Uzoq muddatli mushaklar kuchlanishiga olib keladi arterial tomirlarning torayishi va ishemiya kusatiladi. Bosh og'rig'i o'zgaruvchan ob-havo sharoiti bilan kuchayadi yoki qo'zg'atadi. Kuchlanish bosh og'rig'ining namoyon bo'lishidan biri - osteo-ligamentli apparatlarning distrofik jarayonlari (intervertebral osteoxondroz, artroz va boshqalar) natijasida yuzaga keladigan bosh va bo'yin hududida og'riqlar mavjudligi bilan namoyon bo'ladigan vertebrogenik bosh og'rig'i. Bunday hollarda eng ko'p uchraydigan shikoyat - bu ertalab oksiput yoki fronto-temporo-orbital mintaqada kuchayadigan simmillovchi, bosh og'rig'i, qon oqimi, yuzning shishishi va uyquchanligi, nafas olish qiyinlishuvi va mavjudligi bilan birga keladi.

Liquorodinamik bosh og'rig'i intrakranial bosimning o'zgarishi va bosh suyagi ichidagi membranalar, tomirlar va nervlarning kuchlanishi bilan intrakranial tuzilmalarning dislokatsiyasi bilan yuzaga keladi. Intrakranial gipertenziya bilan u portlash ("miyaning chuqurligidan"), yo'tal, zo'riqish, tik holatidadir, yurish paytida kuchayadi, har bir qadam o'tkir, tortishish og'rig'i bilan "boshga beradi". Nevralgik bosh og'rig'i nervlarni endoneural yoki ekstraneural patologik jarayon bilan tirnash xususiyati bilan bog'liq. Ushbu turdagi og'riqlar quyidagilar bilan tavsiflanadi: - paroksizmal tutilishlar (bir necha soniya yoki daqiqalar davom etadi, qisqa vaqt oralig'ida bir-birini kuzatib boradi); - tirnash xususiyati hujumni keltirib chiqaradigan zonalarning mavjudligi; - og'riqni qo'shni yoki uzoq joylarga nurlantirish.

Nevralgik bosh og'rig'i, o'tkir, pirsing, kesish, yonish. Paroksizm paytida bemor muzlaydi, boshning har qanday harakatlaridan qochadi. Psixogen bosh og'rig'i ruhiy kasalliklar (isteriya, gipoxondriya, obsesif-fobik sindrom, depressiya va boshqalar) fonida yuzaga keladi. Surunkali takrorlanuvchi xarakterga ega,

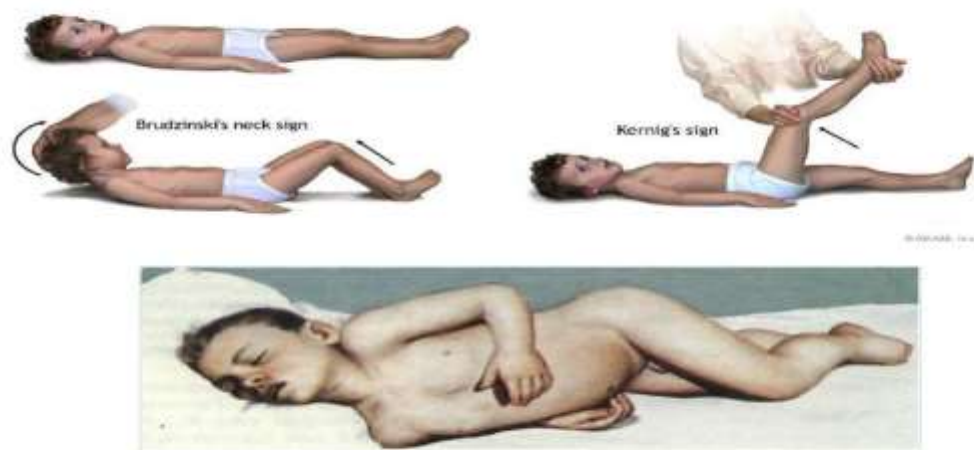
og'riqli, stress, psixososyal omillar bilan qo'zg'atilgan.

Bosh aylanishi (lotincha vertigo - aylanish). Vaziyat atrofdagi ko'rinadigan ob'ektlarning aylanish illyuziyasi (ob'ektiv vertigo) va / yoki kuzatuvchining o'zi (sub'ektiv vertigo) bilan tavsiflanadi. Bu sog'lom bolalarda vestibulyar apparatlarning haddan tashqari yoki uzoq vaqt davomida tirnash xususiyati (sezilarli tezlashuv bilan harakat qilish, pitching va boshqalar), ko'z olmalari retseptorlarining kuchli ritmik tirnash xususiyati (harakatlanuvchi ob'ektga uzoq vaqt qaragan holda) yoki tashqi makonda fazoviy yo'nalishni aniqlaydigan odatiy nuqtalarning yo'qligi (balandlikda). Vertigo vestibulyar analizator kasalliklarida (labirint, eshitish-vestibulyar asab, miya poyasining vestibulyar yadrolari, supranuklear tuzilmalar, korteks, asosan temporo-parietal-oksipital birikma), vizual va okulomotor apparatlar, oshqozon-ichak trakti patologiyasi bilan, yurak-qon tomir tizimi va boshqalar Vestibulyar analizatorning shikastlanishining sabablari labirintning yallig'lanishli va yallig'lanishsiz kasalliklari, otoskleroz, Meniere kasalligi, eshitish-vestibulyar asabga yuqumli, toksik, travmatik ta'sirlar, miya omurilik suyuqligining aylanishining buzilishi, qon tomir, yallig'lanish, toksik, o'simta, parazitlar va boshning boshqa kasalliklari.miya, kamroq - asab tizimining funktsional kasalliklari. Bosh aylanishi odatda ko'ngil aynishi, qusish, ko'rishning xiralashishi, beqarorlik, yurak urishining sekinlashishi, rangparlik, qon bosimining o'zgarishi, nistagmus va boshqa alomatlar bilan birga keladi.

Umumiy konvulsiv talvasa. Umumiy konvulsiv hujumning rivojlanishidan oldin ba'zan prodrom deb ataladigan alomatlar yoki uning rivojlanishidan bir necha soat yoki kun oldin paydo bo'lgan prekursorlar (umumiy noqulaylik, tashvish, tajovuz, bosh og'rig'i, asabiylashish va boshqalar) paydo bo'lishi mumkin. Epileptik tutilish birlamchi yoki ikkilamchi umumlashtirilgan bo'lishi mumkin. ... Ikkilamchi umumiy konvulsiv hujumdan oldin aura paydo bo'ladi (nima bo'layotganining haqiqiy emasligi hissi, oshqozonda noqulaylik, ko'rish, eshitish, hidlash hissi). Birlamchi umumiy konvulsiv tutilishlar bilan aura yo'q. Hujum baland ovozda yig'lash bilan boshlanadi, butun tananing mushaklari taranglashadi, tishlar siqiladi, lablar mahkam siqiladi, til tishlash mumkin. Siyanozning ko'rinishi

bilan nafas olishning qisqa muddatli to'xtashi mavjud. Konvulsiyalar yanada rivojlanadi. Hujum odatda 1-5 daqiqada o'z-o'zidan to'xtaydi.

Gipertenziv sindrom. Bu meningizm (qattiq bo'yin, Brudzinskiyning yuqori refleksi va boshqalar), qusish, fontanelning bo'rtib ketishi bilan tavsiflanadi.



14

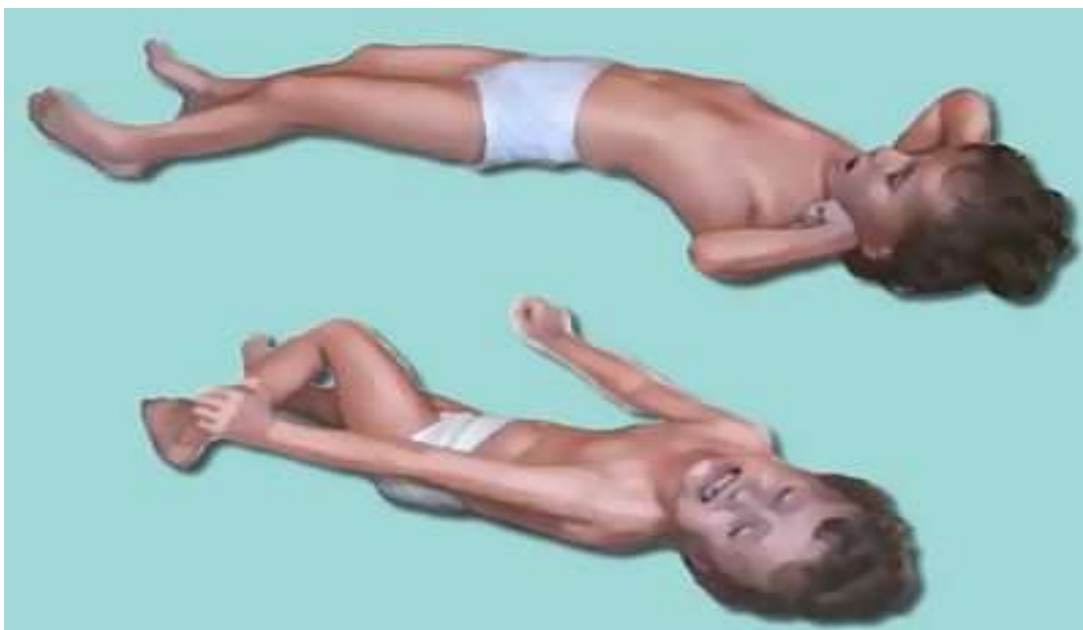
Rasm 11. 4 yoshli bolada meningizm belgilari.

Fundusda tomirlarning kengayishi, optik asabning ko'krak qafasi chegaralarining xiralashishi kuzatiladi. Kranial nervlarning mag'lubiyati "quyoshning botishi", konvergeng strabismus, gorizonta nistagmus alomati bilan namoyon bo'ladi. Mushak tonusi gipertoniya dan gipotenziyagacha bo'lishi mumkin. Ko'pincha jag'ning, qo'llarning tremori, regurgitatsiya, qusish bor. Bolalar aylanadi osongina qo'zg'aluvchan, notinch, ularning faryodlari o'tkir, teshuvchi, yuzaki uyqu.

Konvulsiv sindrom. Tutqichlar - ongni yo'qotgan yoki yo'qotmasdan klonik, tonik yoki klonik-tonik ixtiyorsiz va qisqa muddatli mushaklar qisqarishining to'satdan hujumlari. Umumiy (umumiy) va qisman (qisman) tutilishlarni farqlang. Soqchilikning sabablari intoksikatsiya, infeksiyalar, travma va markaziy asab tizimining kasalliklari bo'lishi mumkin. Konvulsiv sindrom epilepsiya, spazmofiliya, toksoplazmoz, ensefalit, meningit va boshqa bir qator kasalliklarning tipik ko'rinishidir. Soqchilikning sabablari, shuningdek, metabolik kasalliklar (gipokalsemiya, gipokalemiya, atsidoz), endokrin patologiya, gipovolemiya (qusish, diareya), qizib ketish bo'lishi mumkin. Yangi tug'ilgan

chaqaloqlarda soqchilikning sabablari asfiksiya, yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi, markaziy asab tizimining tug'ma nuqsonlari bo'lishi mumkin. Neyrotoksikoz rivojlanishi bilan, gripp, parainfluenza, adenovirus va boshqa respirator virusli infeksiyalar kabi soqchilik ham tez-tez kuzatiladi. Konvulsiv sindromning namoyon bo'lishi juda xilma-xil bo'lib, davomiyligi, paydo bo'lish vaqti, ong holati, chastotasi, tarqalishi, namoyon bo'lish shakli bilan farqlanadi. Soqchilikning tabiati va turi patologik jarayonga bog'liq bo'lib, ular paydo bo'lishining bevosita sababi bo'lishi yoki qo'zg'atuvchi rol o'ynashi mumkin. Klonik tutilishlar qisqa vaqt ichida bir-birini ta'qib qiladigan mushaklarning tez qisqarishidir. Ular ritmik va ritmik bo'lmagan bo'lib, miya yarim korteksining qo'zg'alishi bilan tavsiflanadi. Tonik konvulsiyalar asosan ekstansor holatida (majburiy holatda) ko'proq yoki kamroq cho'zilgan mushaklar kuchlanishi bilan tavsiflanadi va magistral-subkortikal tuzilmalarning shikastlanishi natijasida yuzaga keladi. miya. Ular birlamchi bo'lishi mumkin yoki klonik tutilishdan so'ng darhol paydo bo'lishi mumkin, ular umumiy yoki mahalliydir.

Klonik-tonik tutilishlar klonik va tonik fazalarning davriy o'zgarishi bilan tavsiflanadi. Konvulsiv sindrom bilan bola to'satdan atrof-muhit bilan aloqani yo'qotadi, uning nigohi aylanib yuradi, keyin ko'z qovoqlari yuqoriga yoki yon tomonga o'rnatiladi. Bosh orqaga tashlanadi, qo'llar qo'llar va tirsaklarda egilib, oyoqlari uzatiladi, jag'lar siqiladi. Til tishlash mumkin. Nafas olish va yurak urish tezligi sekinlashadi, ehtimol apnea bilan. Bu klonik-tonik tutilishning birinchi - tonik bosqichi bo'lib, u bir daqiqadan ko'proq davom etmaydi. Ikkinchi bosqich - klonik - yuz mushaklarining chayqalishi bilan boshlanadi, keyin konvulsiyalar qo'l va oyoqlarga o'tadi va umumlashtiriladi; nafas olish shovqinli, xirillash, lablarda ko'pik paydo bo'ladi; teri rangi oqargan, taxikardiya qayd etilgan. Bunday tutilishlar uzoq davom etadi va o'limga olib kelishi mumkin. Konvulsiv sindromning tashxisi juda oddiy. Bu erda o'murtqa ponksiyon, elektroensefalografiya, echoensefalografiya, fundus tekshiruvi va miya va markaziy asab tizimining boshqa tadqiqotlari ma'lum rol o'ynaydi.



12-rasm. 5 yoshli qiz bolada konvulsiyalar

Meningeal sindrom. Bu miyaning yumshoq va araknoid membranalarining shikastlanishi natijasida yuzaga keladi, intrakranial bosimning oshishi, yallig'lanish yoki toksik shikastlanishlar, subaraknoid qon ketishi tufayli rivojlanadi. Bu meningeal membranalarining yallig'lanishi (meningit) yoki ularning tirnash xususiyati bilan (masalan, yosh bolalarda pnevmoniya bilan) kuzatiladi. Bu bolaning xarakterli holati va ijobiy meningeal belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Meningeal belgilari:

1. Bo'yin muskullarining qattiqlashishi - bemorning bo'ynini ko'krakning old yuzasiga olib kelgan iyagi bilan bukishga harakat qilganda, bo'yin muskullarining refleks tarangligi egilishni imkonsiz qiladi.

2. Kernig simptomi - tizza va son bo'g'imlarida ilgari 90° burchak ostida egilgan tizza bo'g'imida oyoqni to'g'rilab bo'lmasligi (har ikkala oyoq ham ketma-ket tekshiriladi).

3. Brudzinskiy simptomi (meningeal holatni qo'zg'atish): - yuqori (okspital) - okspital mushaklarning qattiqligini tekshirish bilan bir vaqtda baholanadi - bolaning bo'ynini passiv egilishi bilan (ko'krak yuzasiga iyagini olib kelish bilan), yotgan holda. cho'zilgan oyoqlari bilan orqa, son va tizza bo'g'imlarida pastki oyoq-qo'llarning refleksli fleksiyasi; ko'pincha qo'llar bir vaqtning o'zida egiladi; -

o'rta (pubik) - musht bilan pubik bo'g'imga bosganda, son va tizza bo'g'imlaridagi oyoqlar refleksli ravishda egiladi; - pastki (kontralateral) - Kernig simptomi bilan birgalikda tekshiriladi - tizza bo'g'imida egilgan oyoqni to'g'rilashga urinayotganda, ikkinchi oyoq tizza va son bo'g'imlarida beixtiyor egiladi (ikkala oyog'i ketma-ket tekshiriladi). Xarakterli meningeal holat ("ko'rsatuvchi it" holati) odatda keyinroq paydo bo'ladi: bemor boshini orqaga tashlagan holda yonboshlab yotadi va qo'llari va oyoqlari egilib tanaga keltiriladi, umurtqa pog'onasi orqaga egilgan (opisthotonus). Bu tananing pozitsiyasi tufayli yuzaga keladi beixtiyor refleks tonik mushaklar qisqarishi.

Yosh bolalarda mushaklarning tonik kuchlanishi fiziologik xususiyatga ega, shuning uchun meningeal sindromning mavjudligini aniqlash uchun quyidagi belgilarning ta'rifi qo'llaniladi:



13-rasm. Meningeal holatdagi bemor bolaning ko'rinishi.

1. Lessajning suspenziyasi alomati - qo'ltiq ostida ko'tarilgan bola oyoqlarini oshqozonigacha tortadi.

2. Katta likkildokning bortishi va bo'rtib ketishi (intrakranial bosimning oshishi bilan).

3. Behterev alomati - **zigomatik yoyning** perkussiyasi bilan bosh og'rig'ining kuchayishi qayd etiladi, bu yuzning mos keladigan yarmida beixtiyor

og'riqli qiyshayishning paydo bo'lishidan dalolat beradi.

4. "Trinojnika" simptomi - bola dumba orqasida qo'llariga suyanib o'tiradi.

5. Fankonining simptomi - cho'zilgan va qo'zg'almas tizza bo'g'implari bilan turolmaslik.

6. Alomat "tizzada o'pish" - siz cho'zilgan pozitsiyasi tufayli bolaning yuzini tizzasiga tegizishingiz mumkin emas.

7. Meitus alomati - tizza bo'g'implari fiksatsiya bilan bola yotoqda o'tira olmaydi (orqa va oyoqlari o'tmas burchak hosil qiladi).

Liqvor o'zgarishi. Bosim odatda ko'tariladi, seroz meningit bilan u yiringlidan yuqori bo'lishi mumkin. Suyuqlik loyqa bo'lishi mumkin (yiringli meningit bilan), biroz opalescent (silli meningit bilan), shaffof (seroz meningit bilan). Yallig'lanishning membranalarda aks etishi pleotsitoz (hujayralar sonining ko'payishi) - yiringli jarayonlarda neytrofillarning 1 mklda bir necha yuz minglab ko'payishi, seroz jarayonlarda limfotsitlar. Protein miqdori 0,4-1 g / l va undan ko'p ortadi.

Miya omurilik suyuqligining normal ko'rsatkichlari jadvalda keltirilgan. 1.

1-jadval.

Miya liqvor suyuqligining asosiy ko'rsatkichlari

1	Ko'rsatkich, birliklar	Me'yor
2	Rangi	tiniq
3	Miqdori, ml	100–200
4	Ph	7,4–7,5
5	Bosim, mm WATER.ST.	130–180

6	Protein, mg / l	160–330
7	Sitoz, hujayralar / mm ³ Shundan: limfotsitlar, % neytrofillar, %	2–8 90–95 3 –5
8	Cho'kindi reaksiyalari (Pandey, Nonne-Apelta)	Отрицательные
9	Glyukoza, mmol / l	1,83–3,89
	Fibrin plyonka	Отсутствует

Meningizm. Meningeal simptomlar har doim ham meningit mavjudligini ko'rsatmaydi. Ba'zida bolalarda umumiy infeksiyalar, intoksikatsiya bilan juda aniq meningeal alomatlar kuzatiladi. Serebrospinal suyuqlikni o'rganishda, bosimning oshishi bundan mustasno, patologiya yo'q. Bunday hollarda ular meningizm haqida gapirishadi. Odatda u infeksiyaning o'tkir davrida o'zini namoyon qiladi, 3-4 kun davom etadi. Yaxshilash ponksiyondan keyin sodir bo'ladi. Meningizmning sababi miya membranalarining toksik tirnash xususiyati, ularning shishishi, intrakranial bosimning oshishi.

Ensefalitik sindrom. Ensefalitning rivojlanishi umumiy yuqumli, miya, fokal va meningeal simptomlar bilan kechadi. Umumiy yuqumli simptomlar isitma, qondagi yallig'lanish o'zgarishlari va infeksiyaning boshqa belgilaridir. Umumiy miya simptomlari (miyaning diffuz yallig'lanish reaksiyasi) - shish, giperemiya, miya omurilik suyuqligining gipersekretsiyasi. Bundan tashqari, komaga ongning buzilishi, ba'zida qo'zg'alish, epileptik tutilishlar, mushaklarning burishishi mavjud. Og'ir holatlarda - reflekslarni inhibe qilish, yurak faoliyati va nafas olishning buzilishi. Turli zo'ravonlikdagi fokal simptomlar miya mintaqalarining asosiy lezyonlarining lokalizatsiyasiga bog'liq. Miyaning tirnash

xususiyati ko'rinishi sifatida harakat, hissiy buzilishlar, nutqning buzilishi, turli xil giperkinezlar, serebellar buzilishlar, ildiz belgilari - fokal yoki umumiy tutilishlar kuzatilishi mumkin. Meningeal simptomlar deyarli har doim ensefalit bilan bog'liq. Meningeal simptomlarning past darajada zo'ravonligi bilan ham, miya omurilik suyuqligida deyarli har doim yallig'lanish o'zgarishlari mavjud (oqsilning bir oz ko'payishi bilan hujayralar sonining ko'payishi - hujayra-oqsil dissotsiatsiyasi deb ataladigan).

Neyro-refleks qo'zg'aluvchanligining kuchayishi belgilari. Spazmofiliya bilan og'rigan yosh bolalarda kuzatiladi. Spazmofiliyaning asosiy klinik ko'rinishlari - spazm va konvulsiyalar - o'tkir kaltsiy etishmovchiligi va buning natijasida nervlarning qo'zg'aluvchanligi oshishi bilan izohlanadi. Ko'pgina bolalarda bu kasallik yashirin, latent (latent spazmofiliya) davom etadi, ba'zi bemorlarda u o'ziga xos klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi (sog'lom bolada bu alomatlarning barchasi salbiy).

Xvostek simptomi (yashirin spazmofiliyaning eng doimiy belgilaridan biri) - chuqurchaga (uchlik nervning chiqish nuqtasi) teginish paytida pastki qovoq, burun qanoti va pastki qovoq mushaklarining beixtiyor qisqarishi kuzatiladi. mos keladigan tomonda og'iz burchagi (har ikki tomonda ketma-ket tekshiriladi).



Shakl 14. 8 yoshli qizda Xvostek simptomining namoyon bo'lishi.

Trusso simptomi - agar bir necha daqiqa davomida turniket, manjet yoki shunchaki barmoqlar yordamida elkadagi neyrovaskulyar to'plamni (s. Bicipitalis sohasida, olekranon tepasida) siqib qo'ysa, qo'l "akusherning qo'li" pozitsiyasini egallaydi. " mushaklarining konvulsiv qisqarishi tufayli.

Lyusta simptomi- fibulaning boshi orqasiga nevrologik bolg'a bilan urish yoki gastroknemius mushaklarini siqish (u erdan o'tadigan n. Perineusni bezovta qilish uchun) bolaning oyog'ini orqaga bukib, biroz tashqariga harakatlanishiga olib keladi ("ot oyog'i" - pes equinus). Perkussiya o'rniga, siz pastki oyoqning o'rta uchdan bir qismi darajasida (Trousseau simptomiga o'xshash) siqishni ishlatishingiz mumkin. Ikki oyoqda ketma-ket tekshiriladi.

Maslov fenomeni - og'riqli tirnash xususiyati (terining tirnash xususiyati) bilan qichqirish va yig'lashda nafas olish balandligida nafas olishni to'xtatish. Gipomagnezemik tutilishlar hipokalsemik tutilishlarga o'xshaydi, lekin ular bilan odatda karpopedal spazm kuzatiladi.

Vegetativ disfunktsiya sindromi. Ushbu sindrom turli xil kelib chiqishi va namoyon bo'lgan vegetativ (ichki organlarning ishi bilan bog'liq) funktsiyalarining buzilishlarini o'z ichiga oladi, ularning asabiy tartibga solinishi buzilishi tufayli. Avtonom disfunktsiyaga quyidagilar sabab bo'lishi mumkin: irsiy omillar (qoida tariqasida, ular allaqachon bolalik davrida paydo bo'ladi);

- markaziy va periferik asab tizimining kasalliklari (ayniqsa, gipotalamus, limbik tizim, miya sopi);

- ba'zi surunkali kasalliklar (asosan, endokrin, oshqozon-ichak va yurak-qon tomir tizimlari);

- surunkali stress, ortiqcha ish va ortiqcha kuchlanish.

- Avtonom disfunktsiyaning namoyon bo'lishi turli organlar va tizimlarga alohida yoki birgalikda ta'sir qilishi mumkin.

Quyida ushbu sindromlarning eng keng tarqalganlari keltirilgan:

- yurak-qon tomir (yurak-qon tomir) sindromi o'zini yurak aritmiyasi (taxikardiya, bradikardiya, ekstrastoliya), qon bosimining mos kelmasligi, qon tomir reaksiyalari (terining rangparligi yoki "ebrusi", "issiq chaqnashlar") sifatida

namoyon qilishi mumkin. qo'llarning sovuqligi va to'xtash). Ko'pincha paydo bo'ladi - kardialjik sindrom - yurak sohasidagi og'riqlar, tikish yoki zonklama og'rig'i yoki noqulaylik, angina pektorisidan farqli o'laroq, jismoniy faoliyat bilan bog'liq emas, nitrogliserinni qabul qilganda yo'qolmaydi.

- **Giperventilyatsiya sindromi** tez nafas olish, havo etishmasligi hissi, nafas olishning to'liq emasligi yoki qiyinlishuvi bilan namoyon bo'ladi. Bunday holda, qon juda ko'p karbonat angidridni yo'qotadi, bu uning gidroksidi va nafas olish markazining zulmiga olib keladi. Natijada, mushaklarning spazmlari, perioral mintaqada, qo'llar va oyoqlarda sezgirlikbi buzilishlar, bosh aylanishi rivojlanadi. Irritabiy ichak sindromi qorinning pastki qismida spastik va og'riqli og'riqlar, tez-tez defekatsiyaga bo'lgan talab, shishiradi, beqaror axlat, ishtahaning buzilishi, ko'ngil aynishi va qusish, disfagiya (yutish harakatining buzilishi), oshqozonda og'riq va noqulaylik (barchasi) bilan namoyon bo'ladi. bu organik kasallik bo'lmasa). Terlashning buzilishi odatda kaftlar va oyoqlarning giperhidrozi (haddan tashqari terlash) shaklida yuzaga keladi. Sistalgia - siydik tizimi kasalliklari va siydik tarixidagi o'zgarishlar belgilarisiz tez-tez og'riqli siyish. Termoregulyatsiyaning buzilishi haroratning doimiy bir oz ko'tarilishi, titroqda namoyon bo'ladi. Ko'tarilgan harorat osongina toqat qilinadi, ba'zan kunning birinchi yarmida yuqoriroq, qo'ltiq ostidagi assimetrik tarzda ko'tarilishi mumkin.

ENDOKRIN BEZLARINING AYRIM KASALLIKLARINING SEMIOTIKASI

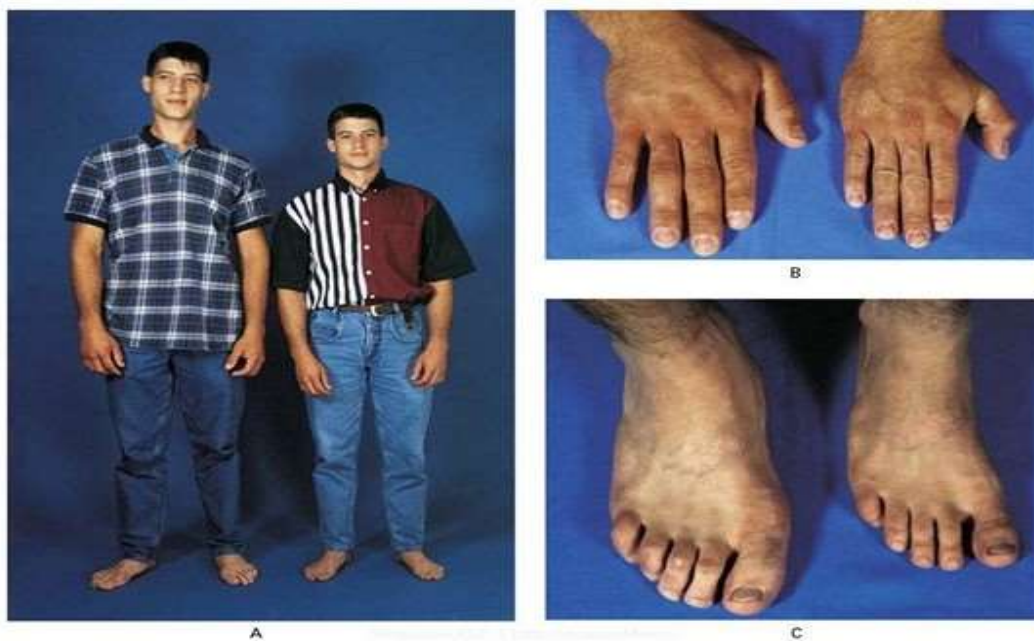
Ichki sekretsia bezlarining har biri o'ziga xos funktsiyani bajaradi va ularning barchasi bir-biri bilan va markaziy asab tizimi bilan yaqin aloqada bo'lib, organizmning birligini ta'minlaydi, bu "neyroendokrin regulyatsiya" atamasida aks etadi. Patologik jarayonning rivojlanishida turli endokrin bezlarning o'zaro bog'liq disfunktsiyasi aniqlanadi. Tug'ilgan vaqtga kelib, bolada bitta neyroendokrin tizim ishlaydi va tug'ilgandan keyin u jadal rivojlanishda va yaxshilanishda davom etadi. Shu munosabat bilan, bolalarda, aksincha kattalar, endokrin kasalliklar o'sib borayotgan tanada tuzatib bo'lmaydigan o'zgarishlarga olib kelishi mumkin.

O'SISH BUZILISHINIHG SEMIOTIKASI

Bolaning o'sishi ko'plab omillarning o'zaro ta'siri bilan belgilanadi. Masalan, genetik omillar atrof-muhit omillari bilan chambarchas bog'liq. Ruxsat etilgan tebranishlarni hisobga olgan holda, sog'lom bolada o'sish egri chizig'i juda tekis, shuning uchun o'sish chizig'ining har qanday sezilarli og'ishi kasallik, to'yib ovqatlanmaslik yoki noqulay psixo-ijtimoiy sharoitlar tufayli yuzaga keladi.

Gigantizm - bu yoshga, jinsga va millatga mos kelmaydigan o'sishning kuchayishi bilan tavsiflangan kasallik bo'lib, u gipofiz bezidan o'sish gormonining ortiqcha ishlab chiqarilishi natijasida rivojlanadi. U asosan o'g'il bolalarda uchraydi. O'sishning tezlashishi balog'at yoshida sodir bo'ladi. Uning rivojlanishida kraniokerebral travma, infeksiyon-toksik ta'sirlar (ensefalit, bolalik infeksiyalari), o'smalar, oldingi gipofiz bezining atsidofil hujayralarining giperplaziyasi bilan yuqumli-toksik lezyonlar rol o'ynashi mumkin.

Gigantizmning quyidagi belgilari qayd etiladi: skelet mutanosib va uyg'un; epifiz xaftaga zonalari kengayadi; quvurli suyaklarda giperostozlar, osteoporoz fenomeni bilan yangi suyak iligi bo'shliqlarining shakllanishi, diafizda enxondral suyak shakllanishining buzilishi va periosteumning kengayishi qayd etilgan; parenximal organlarning kengayishi; epidermisning qalinlashishi va atrofik buzilishlar; davrlarda o'sishning o'sishi: u sekinlashadi, keyin tezlashadi; ichki organlarning rivojlanishi tananing umumiy o'sishiga qaraganda sekinroq; qizlarda hayz ko'rish yo'q yoki tartibsiz tsikllardan o'tadi, sut bezlari rivojlanmaydi, bepushtlik rivojlanadi; qalqonsimon bezda tugunlar aniqlanadi, ba'zida gipertiroidizm belgilari bilan insipidus rivojlanadi. diabet, diabetes mellitus paydo bo'ladi; intellektual qobiliyatlarning pasayishi (aqliy zaiflikka), asabiylashish, infantilizm, uyqusizlik; suyak o'sishining kuchayishi va o'smaning mavjudligi tufayli bosh suyagidagi sella turcica devorlari vayron bo'ladi va periferik ko'rish sohalari torayadi; suyak yoshi pasport yoshidan sezilarli darajada oshadi.



15-rasm. Gigantizmga ega o'smirning ko'rinishi

Akromegaliya - bu suyaklar, yumshoq to'qimalar va ichki organlarning o'sishining patologik shakli bilan tavsiflangan kasallik. Kasallik gipofiz bezining eozinofil adenomasi yoki uning o'sish gormonini intensiv ishlab chiqaradigan atsidofil hujayralarining giperplaziyasi tufayli yuzaga keladi. Patologiyaning rivojlanishining sabablari chap frontal lobning malign shishi; ensefalit; yuqumli kasalliklar va bosh suyagi jarohatlaridan keyin sisterna magnasining kistalari; tug'ma yoki orttirilgan sifilis.

Akromegaliya belgilari: kattalarda o'sish gormonining ortiqcha ishlab chiqarilishi (skeletalning shakllanishi tugallangan) periosteal suyakning o'sishiga olib keladi - ular deformatsiyalanadi va qalinlashadi; bemorlarning deyarli yarmida glyukoza bardoshlilikining buzilishi tufayli diabetes mellitus rivojlanadi; qondagi kaltsiy miqdori ortadi (paratiroid bezlari funksiyasi kuchayadi) va qon zardobida noorganik fosfor; tashqi ko'rinishning o'zgarishi xarakterlidir: yuz xususiyatlarining kattalashishi, qo'llar va oyoqlarning ko'payishi; bosh suyagining suyaklari qalinlashadi, ustki va zigomatik yoylar, oksipital o'simtalar tashqariga chiqadi; jag'lar oldinga chiqadi; yuzning yumshoq to'qimalari o'sadi; gipertrofiyalangan papillalar tufayli til ko'payadi; tovush paychalari qalinlashadi, ovoz past, qo'pol, nutq loyqa; teri qalin, xiralashgan, giperpigmentatsiyalangan yoki aksincha, depigmentatsiyalangan, yog 'va ter bezlari kattalashgan, yoqimsiz

hidli ter, soch o'sishi buziladi: kallik paydo bo'ladi yoki aksincha, yuz va tanada gipertrikoz (ikkinchisi ayniqsa xarakterlidir) qizlar); kasallikning boshlanishida mushak tizimi gipertrofiyalanadi, keyinchalik mushaklarning atrofiyasi progressiv mushaklar kuchsizligi bilan sodir bo'ladi; ichki organlar o'zgaradi: yurak-qon tomir tizimining ishi buziladi, qon bosimi ko'tariladi, jigar va oshqozon ko'tariladi, ichaklar uzaytiriladi, qizlarda jinsiy bezlar gipertrofiyalanadi; intrakranial bosim oshadi, nevrit, radikulit rivojlanadi;



Shakl 16. Akromegaliya bilan og'rigan bemorning ko'rinishi intrakranial bosimning oshishi belgilari tiqilishi, ko'z olmalarida kichik qon ketishi, periferik ko'rish maydonlari tushib ketishi, ba'zida rangni idrok etishning buzilishiga olib keladi; vertebra kengayadi, intervertebral diskklar bo'shashadi. Agar tashqi ko'rinishdagi o'zgarishlar aniq bo'lsa, bosh og'rig'i va jinsiy funktsiyaning buzilishi bilan bog'liq bo'lsa, akromegaliyani tashxislash qiyin emas. Qisqa bo'yni (polietologik sindrom) ko'pincha gipotalamus va / yoki oldingi gipofiz bezining tug'ma yoki orttirilgan tabiatdagi morfologik va funktsional etishmovchiligining o'sish gormoni sekretsiasining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu holatning eng keng tarqalgan klinik variantlari miya-gipofiz mitti (CPH) va izolyatsiya qilingan o'sish gormoni etishmovchiligi. Bo'y pastligining yana bir endokrin sababi qalqonsimon bez gormonlari etishmovchiligi (gipotiroidizm), insulin (kompensatsiyalanmagan qandli diabet), jinsiy gormonlar (gipogonadizm) yoki jinsiy gormonlarning ko'pligi (erta jinsiy rivojlanish) bo'lishi mumkin.



17 - rasm. Miya-gipofiz nanaismi bo'lgan bemor bolaning ko'rinishi glyukokortikoidlar (Itsenko-Kushing kasalligi va sindromi).

Og'ir somatik kasalliklar (somatogen nanizm), suyak tizimining patologiyasi, genetik va xromosoma kasalliklari (Shereshevskiy-Tyorner sindromi) ham o'sishning buzilishiga olib kelishi mumkin. Ba'zi hollarda past bo'y konstitutsiyaviy xususiyatlarning namoyon bo'lishi (kech balog'atga etish sindromi, oilaning past bo'yi). Patologiya o'g'il bolalar uchun xosdir. Miya-gipofiz nanaismi barcha tropik gormonlar funktsiyalarini yo'qotishi bilan tavsiflanadi (pangipopituitarizm). Kasallikning idyopatik va organik variantlarini ajratish. MGN ning idiopatik variantida markaziy asab tizimining organik lezyon belgilari yo'q, patologik jarayon gipotalamus tuzilmalari darajasida shakllanadi. Bu o'g'il bolalarda qizlarga qaraganda 2-4 marta tez-tez uchraydi. Kasallikning tug'ruq paytida bolaning tug'ilishi, akusherlik qisqichlarini qo'yish va tug'ruq paytida qon ketishi bilan bog'liqligi aniqlandi. Bu tug'ilish travmasi va gipoksiyaning MGN genezisidagi rolini ko'rsatadi. Davolanmagan bemorlarning (kattalar) balandligi ayollarda 120 sm dan, erkaklarda esa 130 sm dan oshmaydi. Qisqa bo'ylik belgilari: tug'ilishda va hayotning birinchi oylarida MGN bilan og'rikan bolalarning jismoniy rivojlanishi sog'lom bolalarnikidan farq qilmaydi; o'sishning kechikishi 2 yoshda sezilarli bo'ladi, asta-sekin o'sish sur'ati pasayadi; suyak yoshi xronologikdan orqada qoladi; o'sish gormoni etishmovchiligi bo'lgan bolalarda

gipoglikemik holatlarga moyillik bor (glikogenoliz jarayonlari kamayadi), shuning uchun gipoglikemiya kasallikning birinchi belgisi bo'lishi mumkin; MGN bilan og'rigan bemorlarda qalqonsimon stimulyator gormoni (QSG) etishmovchiligi simptomlar majmuasini aniqlaydigan hipotiroidizmning sababi hisoblanadi: bola letargik, quruq teri, bradikardiya, gipotenziya, ich qotish, kech tishlash va kech tish o'zgarishi; QSG ning aniq tanqisligi MGN bilan og'rigan bemorlarda skelet suyaklarining o'sishi va farqlanishini yanada yomonlashtiradi.

Gipertiroidizm sindromi

Tireotoksikoz gipermetabolik sindrom bo'lib, unda qon va to'qimalarda qalqonsimon bez gormonlarining haddan tashqari miqdorining klinik va biokimyoviy ko'rinishlari kuzatiladi. Aksariyat hollarda tirotoksikoz qalqonsimon bez tomonidan qalqonsimon bez gormonlarini haddan tashqari ishlab chiqarish tufayli rivojlanadi (hipertiroidizm bilan).



18-rasm. 9 yoshli qiz bolada tirotoksikoz.

Tirotoksikozning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- markaziy asab tizimi va vegetativ asab tizimining shikastlanishi (AS):
qo'zg'aluvchanlikning kuchayishi, asabiylashish, ko'z yoshi, xotiraning zaiflashishi, tez charchash, uyqu buzilishi, barmoqlar va butun tananing titrashi (bolalar).
xoreya turi bo'yicha);

- yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi (simpatikotoniya va qalqonsimon gormonlarning yurakka toksik ta'siri bilan bog'liq): dam olishda yo'qolmaydigan taxikardiya, sistolik va puls qon bosimining oshishi, yurak ritmining buzilishi (ekstrasistoliya, atriyal fibrilatsiya), yurak etishmovchiligining rivojlanishi;

- metabolizmning tezlashishi bilan bog'liq alomatlar: tana haroratining ko'tarilishi (antipiretiklarning ta'siriga mos kelmaydi), terlashning kuchayishi, nam issiq qo'llar, issiqlik hissi, ishtahaning oshishi, vazn yo'qotish, osteoporoz, bazal metabolizm tezligining oshishi;

- ovqat hazm qilish tizimining shikastlanishi: ichakning motor faolligining tezlashishi (irritabiy ichak sindromi), oshqozonning sekretor faolligining pasayishi, jigarda funktsional (kamroq tizimli) o'zgarishlar (glikogen zahiralarining kamayishi, yog 'degeneratsiyasi, xolesterin sintez qilish funktsiyasining pasayishi); - qalqonsimon bez gormonlarining ko'pligi bilan bog'liq "ko'z" belgilari: ko'zlarning porlashi (Gref simptomi), ko'z qovoqlarining giperpigmentatsiyasi (Jellinek simptomi), kamdan-kam miltillash (Stelvag simptomi);

Laboratoriya belgilari: qonda TSH kontsentratsiyasining pasayishi, triiodotironin (T3) va tiroksin (T4) kontsentratsiyasining oshishi. Tirotoksikoz paytida taxikardiyaning og'irligiga, vazn yo'qotishiga, asoratlarning mavjudligiga (tirotoksik yurak, markaziy asab tizimining disfunktsiyasi, miyopatiya, ikkilamchi adrenal etishmovchilik, jigar shikastlanishi, ikkilamchi diabetes mellitus) qarab uch darajani ajratish odatiy holdir.). Tiroid transformatsiyasi sindromi ham ushbu patologiyaga xosdir. Buqoq transformatsiyasi sindromining belgilari qalqonsimon bez hajmining oshishini o'z ichiga oladi va bu bez funktsiyasidagi o'zgarishlar bilan bog'liq emas (2-jadval).

jadval 2 Qalqonsimon bezning kengayishi

Daraja	Tavsif
0	Buqoq yo'q

Ia	Buqoq palpatsiya orqali aniqlanadi
I б	Buqoq paypaslanadi va bo'yinning to'liq kengayishi bilan ko'rinadi: qalqonsimon bezning kengayishi bo'lmasa ham, bu daraja tugunli buqoqni ham o'z ichiga oladi.
II	Bo'yinning normal holatida guatr ko'rinadi
0 I II	Buqoq sezilarli masofadan ko'rinadi

Tireotoksikozning sabablari - diffuz toksik guatr, nodulyar toksik guatr, qalqonsimon bez adenomasi, otoimmün tiroiditning gipertiroid fazasi, yod bilan bog'liq tirotoksikoz, TTS ishlab chiqaradigan gipofiz o'smasi, tuxumdon o'simtasini ishlab chiqaradigan gormonlar (prostrumoid bez) qalqonsimon gormonlar qalqonsimon saraton preparatlari. Tirotoksikozning eng keng tarqalgan sababi diffuz toksik guatrdir. Ushbu sindromning boshqa ko'rinishlari orasida endokrin (autoimmun) oftalmopatiya ajralib turadi - ko'rish organidagi patologik o'zgarish, bu ko'z qovoqlarining harakatchanligini cheklash bilan tavsiflanadi.

Oftalmopatiyaning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- ekzoftalmos;
- skleraning oq chizig'i paydo bo'lganda, yuqori ko'z qovog'ining irisidan orqada qolishi;
- konvergentsiyaning zaifligi (Moebius simptomi);
- lakrimatsiya;
- fotofobiya;
- g'azablanish hissi, "ko'zlardagi qum". Boshqa belgilarga quyidagilar kiradi: ko'z yoriqlarining kengayishi bilan ekzoftalmos (Dahlrympl alomati), kamdan-kam miltillash (Stelwag simptomi), ko'z qovoqlari pigmentatsiyasining kuchayishi

(Jellinek simptomi), ko'z qovoqlarining shishishi (Singer simptomi), ko'z qovog'ining titrashi (Rosenbach).

Tirotoksik inqiroz - tirotoksikozning o'ta og'irligi va eng og'ir asoratlari. Qo'zg'atuvchi omillar - jarrohlik, giperinsolatsiya, radioaktiv yod bilan davolash, infeksiyalar, qalqonsimon bezni qo'pol palpatsiya qilish, intoksikatsiya, tireostatik dorilarni qabul qilishni to'xtatish, jismoniy va psixo-emotsional stress.

Tirotoksik inqiroz belgilari:

- 1) tana haroratining keskin oshishi;
- 2) ko'ngil aynishi, qusish, diareya;
- 3) terlash;
- 4) sistolik va diastolik qon bosimining oshishi, taxikardiya, yurak ritmining buzilishi;

5) o'tkir qo'zg'alish, gallyutsinatsiyalar, deliryum. Inqiroz o'sib borishi bilan suvsizlanish kuchayadi, teri quriydi, buyrak usti etishmovchiligi rivojlanadi, kollaps, jigar etishmovchiligi, parenximal sariqlik qo'shiladi. Hayajonlanish apatiya, adinamiya, mushaklar kuchsizligi, sajda bilan almashtiriladi. Keyin koma rivojlanadi.

GIPOTIROZ SINDROMI

Gipotireoz qalqonsimon bez tomonidan qalqonsimon bez gormonlarining yetarli darajada ajralmasligi natijasida yuzaga keladi, bu esa barcha turdagi moddalar almashinuvining tormozlanishiga, to'qimalarning kisloroddan foydalanishiga, turli ferment tizimlari faoliyatining pasayishiga, gaz almashinuvi va bazal metabolizmga olib keladi. Qalqonsimon gormonlar etishmovchiligining markazida qalqonsimon bezdagi strukturaviy yoki funktsional o'zgarishlar (birlamchi hipotiroidizm) yoki gipofiz TSH yoki gipotalamusning qalqonsimon stimulyator gormoni ajralishining ogohlantiruvchi ta'sirining buzilishi (ikkinchi darajali hipotiroidizm) mavjud.



Rasm No 19. Hipotiroidizm sindromi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Periferik to'qimalarning qalqonsimon bez gormonlariga chidamliligi tufayli yuzaga keladigan hipotiroidizm kamroq tarqalgan (periferik hipotiroidizm). Periferik to'qimalarning qalqonsimon bez gormonlariga chidamliligi tufayli yuzaga keladigan hipotiroidizm kamroq tarqalgan (periferik hipotiroidizm).

Hipotiroidizmning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- markaziy asab tizimining shikastlanishi: umumiy zaiflik, charchoq, ishlashning pasayishi, bosh og'rig'i, ruhiy tushkunlik, uyquchanlik, letargiya, befarqlik, aqlning pasayishi, xotira; ba'zida psixoz; radikulit, paresteziyalar va oyoq-qo'llardagi kramplar; tendon reflekslarining pasayishi;

- mumsimon rangparlik, teri quruq, teginish uchun sovuq, zich (katlanmaydi), yoriqlar; kaftlar, oyoqlarning giperkeratozi; sochlar yupqalanadi, tushadi, qoshlarning tashqi uchdan bir qismi yo'qoladi (Hertog simptomi); mo'rt tirnoqlar;

- yuz shishgan, niqobga o'xshash (amimik), ko'z yoriqlari tor (ko'z qovoqlarining shishishi); bo'yin, yonoq, lablar, tilning shishishi, ovozning xirillashi; bosgandan so'ng, shishgan to'qimalarda iz qolmaydi;

- yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi: bradikardiya, miyokardning shikastlanishi (miokard distrofiyasi, kardiomegaliya), ateroskleroz xavfining oshishi;

- oshqozonning sekretor funksiyasi va oshqozon-ichak traktining motor-evakuatsiya funksiyasining pasayishi (epigastriumda og'irlik, ko'ngil aynishi, qusish, meteorizm, ich qotishi);

- siydik tizimi funksiyasining buzilishi: buyrak qon oqimi va glomerulyar filtratsiyaning pasayishi, o'rtacha proteinuriya va giperurikemiya;

- anemiya (normositik, normoxrom, gipoxrom temir tanqisligi, B12 va folat tanqisligi);

- laboratoriya belgilari: qonda TSH konsentratsiyasining oshishi (birlamchi hipotiroidizm bilan), T3, T4 konsentratsiyasining pasayishi, giperlipidemiya (umumiy xolesterin va past zichlikdagi lipoproteinlar konsentratsiyasining oshishi, qon bosimining pasayishi). yuqori zichlikdagi lipoproteinlar darajasi). Birlamchi hipotiroidizmning sabablari

- jarrohlik davolash, radioaktiv yod bilan davolash, bo'yindagi jarayonlarni radiatsiya terapiyasi, merkazolil, litiyning haddan tashqari dozasi, kordaron bilan davolash, qalqonsimon bezdagi destruktiv jarayonlar (tiroidit, xo'ppoz, sil kasalligi), tug'ma gipoplaziya yoki aplaziya. qalqonsimon bez, irsiy biosintetik nuqsonlar gormonlar.

Ikkilamchi hipotiroidizmning sabablari gipotalamus-gipofiz mintaqasining ishemik, shish, yallig'lanish, travmatik lezyonlari, reserpin, levodopa, parlodelning katta dozalari bilan davolashdir. Periferik hipotiroidizmning sabablari jigar va buyrak kasalliklari, qalqonsimon bezga bog'liq bo'lgan to'qimalar retseptorlarining qalqonsimon bez gormonlariga sezgirligining irsiy pasayishi hisoblanadi. Hipotiroidizmi shish sindromi, anemiya sindromidan ajratish kerak. Gipotiroid koma.

Hipotiroidizmning eng og'ir asoratlari hipotiroid komadir. Hipotiroid komasini qo'zg'atuvchi omillar hipotiroidizmi noto'g'ri davolash, infeksiyalar, intoksikatsiya, hipotermiya, travma, jarrohlik, sedativ va giyohvand moddalar.

Hipotiroid koma belgilari:

- 1) gipotermiya (tana harorati 35° dan past);
- 2) arterial gipotenziya, bradikardiya;

3) gipoventiliya, kamdan-kam nafas olish, respirator atsidoz;
4) silliq mushaklarning atoniyasi (siydikni ushlab turish, dinamik ichak tutilishi);

5) ongni yo'qotish natijasida progressiv letargiya, apatiya, uyquchanlik.

Giperparatiroidizm. Ushbu sindrom paratiroid gormonining (PTH) ortiqcha ishlab chiqarilishi natijasida yuzaga keladi. PTH ning ortiqcha ishlab chiqarilishi rivojlanishi mumkin: - paratiroid bezlarining bevosita shikastlanishi (adenoma, paratiroid bezlarining giperplaziyasi, I va II turdagi ko'p endokrin neoplaziya sindromlari) tufayli - birlamchi giperparatiroidizm; - buyraklar, oshqozon-ichak trakti patologiyasi, suyak kasalliklari (Fankoni sindromi, kanalik atsidoz, surunkali glomerulonefrit va surunkali pielonefrit etishmovchiligi) bilan og'ir elektrolitlar buzilishi (gipokalsemiya, giperfosfatemiya) tufayli paratiroid bezlarining kompensatsion giperplaziyasi bilan.), oshqozon-ichak kasalliklari sindromi, jigarning biliar sirrozi, puerperal va idiopatik osteopatiyalar, raxit - ikkilamchi giperparatiroidizm; - ikkilamchi gipertiroidizm uzoq vaqt davomida mavjud bo'lganda paratiroid bezlari adenomasining shakllanishi natijasida; - uchinchi darajali giperparatiroidizm. paratiroid bo'lmagan kelib chiqishi o'simtasi tomonidan PTH ishlab chiqarilishi - psevdohiperparatiroidizm.

Giperparatiroidizmning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- mushak-skelet tizimining shikastlanishi: mushaklarning kuchsizligi, mushaklar va suyaklardagi og'riqlar, harakatlar va palpatsiya bilan kuchayishi, "o'rdak" yurishi, skeletning deformatsiyasi, osteoporoz, tishlarning bo'shashishi va yo'qolishi, jag'da kist shakllanishi, patologik. suyak sinishi;

- siydik tizimining shikastlanishi: poliuriya, siydikning solishtirma og'irligining pasayishi, nefrolitiaz;

- oshqozon-ichak traktining shikastlanishi: ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, meteorizm, ich qotishi, simptomatik gastroduodenal yaralar, qon ketish, pankreatokalsinoz;

- nevropsikiyatrik kasalliklar: asabiylashish, ko'z yoshi, depressiya;

- laboratoriya belgilari: qonda PTH darajasining oshishi, giperkalsemiya,

giperfosfatemiya, ishqoriy fosfataza faolligining oshishi, giperkaltsiuriya. Giperparatiroidizm giperkalsemiya bilan kechadigan boshqa kasalliklar va sharoitlardan farqlanadi (suyakdagi xavfli o'smalarning osteolitik metastazlari, miyeloma, limfomalar, limfogranulomatoz).



№ 20-rasm. Giperparatiroidizmning qo'llab-quvvatlovchi belgilari

HIPOPARATIROIDOZ

Patologiya mutlaq yoki nisbiy PTG tanqisligidan kelib chiqadi. Qon kaltsiyining kamayishi soqchilikka olib keladi. Kaltsiyning organizmga kirishining buzilishi yoki uning tanadan chiqarilishining ko'payishi ichakdagi kaltsiyning etarli darajada so'rilmaslgi yoki buyrak funksiyasining buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Mutlaq PTG etishmovchiligi paratiroid bezlarining shikastlanishi bilan uning ishlab chiqarilishining buzilishi bilan bog'liq (paratiroid bezlarining aplaziyasi yoki gipoplaziyasi, operatsiyadan keyingi hipoparatiroidizm, radiatsiya terapiyasi, paratiroid bezlarida qon ketishlar, paratiroid bezlarining yuqumli lezyonlari). Nisbiy PTG etishmovchiligi normal yoki hatto ortib borayotgan ishlab chiqarish bilan to'qimalarning befarqligi bilan bog'liq (adenilat siklazaga bog'liq yoki adenilat siklazaga bog'liq bo'lmagan maqsadli organlarning befarqligi - Olbraytning irsiy osteodistrofiyasi).

PTH etishmovchiligining qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- turli mushak guruhlarining konvulsiv qisqarishlari: skelet (fibrillyar siqilish, tonik konvulsiyalar, paresteziya), nafas olish (laringospazm,

bronxospazm), oshqozon-ichak trakti (disfagiya, qusish, diareya yoki konstipatsiya);

- asab-mushak qo'zg'aluvchanligining kuchayishi: yashirin spazmofiliyaning ijobiy belgilari (Xvostek, Trousseau, Schledenger (sonning ekstansor mushaklaridagi kramplar va tizza bo'g'imida oyoqning tez passiv egilishi bilan oyoqning supinatsiyasi), Maslov. hodisa va boshqalar);

- vegetativ kasalliklar: bosh aylanishi, bosh og'rig'i, isitma, titroq, yurak urishi, yurakdagi og'riq;

- trofik buzilishlar: tish emalidagi nuqsonlar, mo'rt tirnoqlar, buzilgan soch o'sishi, erta oqarib ketish;

- ruhiy buzilish: nevrozlar, depressiya, xotira yo'qolishi;

- laboratoriya belgilari: qondagi PTH darajasining pasayishi, gipokalsemiya, giperfosfatemiya, gipokaltsiuriya. Gipoparatiroidizmni konvulsiyalar va / yoki gipokalsemiya (raxit (spazmofiliya), malabsorbtsiya sindromi, surunkali buyrak etishmovchiligi sindromi, qusish, epilepsiya) bilan kechadigan kasalliklar va sindromlardan ajratish kerak.

QANDZIS DABET.

Sindrom antidiuretik gormon (ADH) tanqisligidan kelib chiqadi. ADH etishmovchiligi mutlaq (gipotalamus tomonidan ADH sekretsiasining buzilishi) yoki nisbiy (buyrak kanalchalari epiteliysining ADH ga befarqligi) bo'lishi mumkin.

ADH etishmovchiligining qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- polidipsiya (ichiladigan suyuqlik miqdori kuniga 3 dan 20 litrgacha); - poliuriya (tez-tez, ko'p siyish);

- poliuriya va polidipsiya tufayli rivojlanayotgan uyqu buzilishi;

- umumiy suvsizlanish (terining quruqligi, shilliq pardalar, tupurikning kamayishi va terlash);

- siydikning solishtirma og'irligining 1001-1004 gacha pasayishi, plazma giperosmolalligi (290 mosm / kg dan ortiq), gipernatiremiya (155 mmol / l dan ortiq), siydik gipoosmolalligi (100-200 mosm / kg);

- qondagi ADH: mutlaq tanqisligi bilan - pasayish, nisbiy - normal yoki ko'tarilgan. Qandli diabet insipidusining sabablari: tug'ma diabet insipidusi (oilaviy va oilaviy bo'lmagan), o'simta, travmatik, yallig'lanish, ishemik, gipotalamusning autoimmun shikastlanishlari, nefrogen diabet insipidusi, buyrak amiloidozi. Diabet insipidus diabetik belgilar sindromidan, psixogen tashnalikdan, surunkali buyrak etishmovchiligining poliurik bosqichidan farqlanadi.

DIABETIK BELGILAR SINDROMI

Simptomlar majmuasi insulinning mutlaq yoki nisbiy tanqisligi natijasida rivojlanadi, bu metabolizmning barcha turlari, birinchi navbatda, uglevodlar, qon tomirlarining shikastlanishi (angiopatiyalar), asab tizimi (neyropatiyalar) va oshqorganlar va to'qimalarning buzilishiga olib keladi.

"Katta" (erta) diabetik belgilar:

- polidipsiya (kuchli tashnalik);
- poliuriya (tez-tez, ko'p siyish);
- polifagiya (ishtahaning oshishi);
- vazn yo'qotish;
- giperglikemiya, ketoatsidoz;
- glyukozuriya.

"Kichik" diabetik belgilar:

- qichishish, ayniqsa perineum va jinsiy a'zolarida;
- furunkuloz va yuqumli kasalliklarga moyillik;
- og'iz shilliq qavatining tez-tez shikastlanishi;
- periodontal kasallik;
- uglevodlarga tolerantlikning buzilishi;
- og'iz orqali glyukoza bardoshlik testi (mmol / l) paytida qon glyukozasining ortishi.

Gipoglikemiya. Sindrom qondagi glyukoza konsentratsiyasining organizm moslashgan minimal darajadan (2,8 mmol / l dan past) pastga tushishi natijasida yuzaga keladi. Gipoglikemiya belgilarini ikki guruhga bo'lish mumkin: - simpatik (adrenergik), katexolaminlar sekretsiyasi kuchayishi natijasida yuzaga keladi:

zaiflik, terlash, taxikardiya, titroq, ko'ngil aynishi, qusish, ochlik, asabiylashish, asabiylashish, tashvish, lablar va barmoqlarning karincalanmasi; - markaziy asab tizimining disfunktsiyasidan kelib chiqqan nevrologik: bosh og'rig'i, gipotermiya, ko'z oldida tuman, diplopiya, diqqatning pasayishi, g'alati xatti-harakatlar, letargiya, hayratda qolish, amneziya, konvulsiyalar, koma.

Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda gipoglikemiyaning klinik ko'rinishi qondagi glyukoza kontsentratsiyasining juda yuqori darajadan past darajaga, lekin normadan sezilarli darajada yuqori (masalan, 20-23 mmol dan) tez pasayishi bilan rivojlanishi mumkin. / 1 dan 10-11 mmol / l gacha), qonda etarli miqdorda glyukoza mavjud bo'lsa-da, lekin u hujayralarga kirmaydi.

Gipoglikemiya turlari:

- reaktiv - normal diapazonda ochlik glysemiya darajasi, ovqatdan keyin kamayadi;

- oshqozonda operatsiya qilingan bemorlarda alimantar - kech damping sindromi;

- idiopatik - vagus nervining ohangini oshirish, oshqozonni bo'shatish tezligi va insulin sekretsiyasi tezligi, "erta" diabetes mellitus. Odatda glyukoza bardoshlik testi paytida mashqdan 2-4 soat o'tgach past glyukoza darajasi;

- ochlik gipoglikemiyasi (ro'za gipoglikemiyasi) - ko'pincha neyroglikopenik, aniqroq va uzoq davom etadigan alomatlar shaklida namoyon bo'ladi. Gipoglikemiya odatda ovqatdan 5 soat o'tgach yoki tungi ro'za tutishdan keyin kuzatiladi. Bu glyukozaning so'rilishi va uning periferik ishlatilishining pasayishi, insulin darajasining pastligi va kontrainsulyar gormonlar sekretsiyasining ko'payishi natijasida yuzaga keladi. U insulinoma, orol hujayralari gipoplaziyasi, ekstrapankreatik o'smalar (oshqozon-ichak trakti, mezotelioma, sarkoma, buyrak usti bezi saratoni, gepatotsellyulyar karsinoma), buyrak usti, buyrak va jigar etishmovchiligida kuzatiladi. Shuni esda tutish kerakki, insulinoma, adrenal etishmovchilik va insulinga otoantikorlarning shakllanishi bilan gipoglikemiya ham och qoringa, ham ovqatdan keyin paydo bo'lishi mumkin. Yatrogenik (dori) gipoglikemiya insulin, sulfanilamidlar, ma'muriyati sabab

bo'lishi mumkin - leykemiya bilan gipoglikemiya kamdan-kam shakllari, leykemoid reaksiyalar, giperlipidemiya, qon namunalari paytida og'ir glikoliz.

Gipoglikemik koma - bu gipoglikemiyaning ekstremal ko'rinishi bo'lib, u qondagi glyukoza konsentratsiyasining tez pasayishi, so'ngra miya to'qimalarida uning pasayishi bilan rivojlanadi. Qo'zg'atuvchi omillar - gipoglikemik dorilarning haddan tashqari dozasi (ko'pincha insulin), dori-darmonlarni qabul qilgandan keyin o'z vaqtida ovqat iste'mol qilmaslik yoki uglevodlar miqdori etarli bo'lmagan oziq-ovqat iste'moli; insulinga sezuvchanlikning oshishi (ayniqsa bolalar va o'smirlarda), mushaklarning kuchli yuki; psixo-emotsional stress; o'tkir yuqumli kasalliklar; tug'ruqdan keyingi davr; diabet bilan og'rigan bemorlarning dietasidagi o'zgarishlar; diabet bilan og'rigan bemorlarda jigar funksiyasining buzilishi; alkogolizm; endokrin tizim kasalliklari (kontrainsulyar gormonlar etishmovchiligi, insulinoma).

Hipoglikemik komaning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- 1) o'tkir boshlanishi va tez rivojlanishi;
- 2) gipoglikemiyaning aniq adrenergik va nevrologik belgilari;
- 3) tendon va periosteal reflekslarning kuchayishi, Babinskiy simptomining paydo bo'lishi, klonik-tonik konvulsiyalar mumkin, ko'z olmalarining tonusining oshishi, taxikardiya, qon bosimi normal yoki ko'tarilgan; karlik rivojlanadi, chuqur stuporga aylanadi;
- 4) chuqur koma bosqichida arefleksiya, yurak ritmining buzilishi, arterial gipotenziya kuzatiladi, patologik nafas paydo bo'ladi.

Kushing sindromi.

Giperkortizolizm - har qanday kelib chiqadigan glyukokortikoidlarning ortiqcha miqdori.

Kushing sindromining qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- displastik semizlik (yog'li qatlamlar magistralda, oy shaklidagi yuzda, supraklavikulyar yog 'yostiqlarida, "buffalo scruff", nisbatan ingichka oyoq-qo'llarda ko'proq aniqlanadi);
- teridagi trofik o'zgarishlar (yuzda qizarish bilan terining ingichkalashi,

binafsha cho'zilgan chiziqlar - chiziqlar, oson ko'karishlar);

- arterial gipertenziya, miyokard shikastlanishi sindromi;

- mushaklar kuchsizligi, proksimal mushaklar atrofiyasi;

- osteoporoz;

- steroid diabet yoki buzilgan glyukoza bardoshlik;

- jinsiy bezlarning disfunktsiyasi;

- steroid ensefalopatiya va hissiy va ruhiy kasalliklar (emotsional labillik, qo'zg'aluvchanlik, depressiya, uyqu buzilishi);

- ikkilamchi immunitet tanqisligi (yaralarning yomon bitishi, yuqumli kasalliklarning ko'payishi, pustular va qo'ziqorin teri kasalliklari);

- kortizolning kunlik ishlab chiqarilishining ko'payishini ko'rsatadigan laboratoriya ko'rsatkichlari: qondagi kortizol darajasining oshishi, siydikda umumiy 17-OCS ning oshishi.



21-rasm. Kushing sindromi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Klinik amaliyotda giperkortizolizmning turli xil variantlarini farqlash kerak:

- endogen - Itsenko-Kushing kasalligi (gipofiz o'smasi), buyrak usti po'stlog'i o'smasi (kortikosteroma-blastoma)

- Itsenko-Kushing sindromi; adrenal korteksning balog'atga etmagan displaziyasi; ACTH-ektopik sindrom (bronxlar, oshqozon osti bezi, timus, jigar,

ichaklar va boshqalarning o'smasi, kortikotropin chiqaradigan gormon yoki ACTH ni chiqaradi);

- ekzogen - sintetik kortikosteroidlar bilan uzoq muddatli davolash (yatrogenik Itsenko-Kushing sindromi);

- funktsional - gipotalamus sindromi, o'smirlik dispituitarizmi, diabetes mellitus, alkogolizm, semirib ketish, homiladorlik.

Buyrak usti bezlari yetishmovchiligi sindromi.

BUBES buyrak usti korteksining o'tkir yoki surunkali hipofunksiyasida rivojlanadi va glyukokortikoidlar yoki (kamroq) mineralokortikoidlar etishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. Markaziy asab tizimi birlamchi (birlamchi adrenal lezyon tufayli yuzaga keladi, bunda kortikosteroidlarni ishlab chiqaradigan kortikal hujayralarning 90% dan ko'prog'i yo'q qilinadi) va ikkilamchi (gipotalamus va gipofiz bezining kasalliklari natijasida kelib chiqadi, kortikoliberin yoki adrenokortikotrop gormonning etishmasligiga olib keladi) . Yatrogenik adrenal etishmovchilik glyukokortikoid terapiyasi to'xtatilganda yoki endogen glyukokortikosteroidlar darajasi gipotalamo-gipofiz-adrenal tizimning ekzogen yoki endogen glyukokortikoidlar tomonidan uzoq vaqt davomida bostirilishi fonida tez tushganda yuzaga keladi.

Surunkali adrenal etishmovchilikning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- zaiflik, charchoqning kuchayishi, zaiflik, asteniya;
- vazn yo'qotish;
- arterial gipotenziya;
- dispeptik kasalliklar (ko'ngil aynishi, qusish, anoreksiya, qorin og'rig'i);
- teri va shilliq pardalarning giperpigmentatsiyasi (birlamchi adrenal etishmovchilik bilan);

- hiponatremi, giperkalemiya (birlamchi adrenal etishmovchilik bilan), qondagi kortizol darajasining pasayishi, siydikda 17-OCS va erkin kortizolning chiqarilishining pasayishi. Klinik amaliyotda birlamchi va ikkilamchi adrenal etishmovchilikni farqlash kerak.

Birlamchi buyrak usti etishmovchiligining sabablari buyrak usti po'stlog'ining idiopatik autoimmun atrofiyasi, sil kasalligi, gemokromatoz, sifiliz, brutsellyoz, skleroderma, o'pka, sut bezlari o'smalarining metastazlari, buyrak usti bezlarida, buyrak usti bezlarida IV-. buyrak usti bezlari bilan og'riqan bemorlar, OIV bilan kasallanganlar

Ikkilamchi adrenal etishmovchilikning sabablari o'smalar, qon ketishlar, gipotalamus-gipofiz mintaqasining shikastlanishi, gipofiz va gipotalamusdagi yuqumli (sifiliz) va yuqumli bo'lmagan (sarkoidoz, granulomatoz gipofizit, autoimmun gipofizit) jarayonlardir.

O'tkir buyrak usti etishmovchiligi buyrak usti gormonlari sekretsiyasi keskin pasayganda (yoki to'xtaganda) yuzaga keladi. Qo'zg'atuvchi omillar - surunkali buyrak usti etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda jismoniy yoki ruhiy stress (ayniqsa, etarli darajada almashtirish terapiyasi bilan); meningokokk, streptokokk, pnevmokokk infeksiyasi; sepsis, kuyishlar; adrenokortikotrop gormon va antikoagulyantlar bilan davolash; homiladorlik; uzoq vaqt davomida ushbu dorilarni qabul qilgan bemorlarda kortikosteroidlarni to'satdan bekor qilish.

O'tkir adrenal etishmovchilikning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- o'tkir qon tomir etishmovchiligi sindromi (kollaps), yurak tovushlarining bo'g'ilishi, gipotermiya;

- anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish, diareya, suvsizlanish, qorin og'rig'i;

- konvulsiyalar, meningeal simptomlar, letargiya, stupor.

Semizlik sindromi organizmda yog '(yog' to'qimasi)ning haddan tashqari to'planishi natijasida rivojlanadi, bu esa tana vaznining o'rtacha normal ko'rsatkichlarga nisbatan 20% dan ortiq oshishiga olib keladi.

Semirib ketish - bu energiya nomutanosibliigi bo'lib, unda oziq-ovqatdan olingan kaloriyalar tananing energiya sarfidan oshib ketadi. Semirib ketishning mumkin bo'lgan determinantlari genetik, demografik, ijtimoiy-iqtisodiy, psixologik, xulq-atvor, metabolik, gormonal omillar yoki (ko'pincha) ularning kombinatsiyasi bo'lishi mumkin. Yog 'to'qimalarining tarqalish tabiatiga ko'ra, semirish yuqori turi (markaziy, qorin, android), pastki (ginoid, gluteal-femoral) va

aralash (oraliq) bilan ajralib turadi. Semirib ketishni tashxislash va uning darajasini aniqlash uchun tana massasi indeksi (TMI) yoki Quetelet indeksi qo'llaniladi.

TMI nafaqat semirishning diagnostik mezon, balki semirish bilan bog'liq kasalliklar (qandli diabet, arterial gipertenziya, osteoartrit) rivojlanishining nisbiy xavfi ko'rsatkichidir. Indeks tana vaznining (kg) bo'yi (metrda) kvadratiga nisbati sifatida hisoblanadi.

Semirib ketishning qo'llab-quvvatlovchi belgilari:

- tana vaznining normadan 20% dan ortiq ortishi;
- tana massasi indeksi - qorin bo'shlig'i semirishi (TMI 35 dan kam) uchun bel atrofi va son atrofi nisbati ko'rsatkichi erkaklarda 0,9 dan va ayollarda 0,83 dan ortiq;

- bel atrofi (qorin semizligi bilan) erkaklarda 94 sm va ayollarda 80 sm dan ortiq. Semirib ketishning sabablari noto'g'ri ovqatlanish stereotipi (ayniqsa, past jismoniy faollik bilan birgalikda), psixogen kasalliklar (bulimiya nervoza, depressiya, tungi ovqatlanish sindromi va boshqalar), gipotalamusning shikastlanishi, Itsenko-Kushing kasalligi va sindromi, hipotiroidizm, gipogonadizm, insulinoma, dori vositalari (kortikosteroidlar, antipsikotiklar, trisiklik antidepressantlar, antiserotonin preparatlari, medroksiprogesteron). Semirib ketishni massiv shishdan (anasarka) ajratish kerak.



21-rasm. Metabolik semizlik bilan og'riqan bola.

JINSIY RIVOJLANISHNING SEMIOTIKASI

Balog'at - bu ikkilamchi jinsiy xususiyatlar paydo bo'ladigan davr. Davomiyligi aniq cheklangan emas, lekin odatda taxminan 2-3 yil davom etadi. Balog'at yoshining boshlanishi keng yosh oralig'iga ega. Sog'lom qizlarning 95 foizida ikkilamchi jinsiy belgilar 8,5-13 yoshdan boshlab, 9,5-13,5 yoshli sog'lom o'g'il bolalarning 95 foizida paydo bo'la boshlaydi. Qizlarning 85 foizida balog'atga etishning dastlabki ko'rinishi sut bezlarining o'sishi (thelarche), 15% da pubik tuklar o'sishni boshlaydi. Birinchi hayz (menarche) odatda ko'krak o'sishi boshlanganidan 18-24 oy o'tgach sodir bo'ladi (o'rtacha yoshi 12,8 yil, 10 dan 16 yoshgacha bo'lgan dalgalanmalar). Menarxdan keyingi dastlabki 1-2 yil ichida tsikllar anovulyatsiya bo'lishi mumkin. Qizlarda tananing intensiv o'sishi (o'sish sakrashi taxminan 25 sm), o'g'il bolalardan farqli o'laroq, sut bezlarining kengayishi bilan parallel ravishda erta boshlanadi va hayz ko'rish boshlanishi bilan tugaydi. O'g'il bolalarda jinsiy rivojlanish asta-sekin sodir bo'ladi va skrotumda teri osti yog'ining yo'qolishi, uning pigmentatsiyasi va ko'plab mayda burmalar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Moyaklar kattalashib, skrotumning pastki qismiga cho'kadi va jinsiy olatni o'sishi boshlanadi. Pubik soch o'sishi dastlab ayol turiga ega, 16-17 yoshdan boshlab u erkaklarga o'tadi. Sochlar qo'ltiq osti joylarida paydo bo'ladi, yuqori labda, yonoqlarda va iyaklarda yumshoq sochlar asta-sekin bar sochlari bilan almashtiriladi. Prostata bezining hajmi o'zgaradi, ko'krak to'qimalari o'sishni boshlaydi, nipellar konus shakliga ega bo'ladi (balog'atga etmagan jinekomastiya), kattalashadi, areola pigmentlanadi. Halqum o'sadi, ovoz mutatsiyaga uchraydi, akne paydo bo'ladi. Spermatogenez jarayonlari kuchayadi, garchi to'liq reproduktiv funktsiya ancha kechroq - 16-17 yoshda shakllanadi. O'sish pog'onasi (taxminan 28 sm) balog'at yoshining o'rtasidan boshlanadi va uning yakuniy bosqichida tugaydi. Reprodukativ tizim jinsiy bezlar (gonadlar) va yordamchi (yordamchi) jinsiy a'zolar bilan ifodalanadi. Erkaklarda bularga moyaklar, vas deferens, seminal vazikullar, prostata va jinsiy olatni kiradi; ayollarda tuxumdonlar, fallop naychalari, bachadon, qin, tashqi jinsiy a'zolar. Sut

bezlari ham ayol jinsiy tizimiga tegishli. Jinsiy organlarning rivojlanishi buzilgan taqdirda, tekshiruv vaqtida ularning noaniq (interseks) holatini, strukturaviy anomaliyalarning mavjudligini ko'rish mumkin.

Erta (erta) jinsiy rivojlanish (EJR). O'g'il bolalarda 8 yoshgacha, qizlarda 7 yoshgacha bo'lgan balog'at erda deb hisoblanadi. EJR to'g'ri (jinsiy bezlar hajmi va faolligi oshishi bilan bolaning jinsiga mos keladigan ikkilamchi jinsiy belgilarning erda paydo bo'lishi) va noto'g'ri (jinsiy bezlar etuk emas, ikkilamchi jinsiy belgilar mos kelishi (izoseksual) yoki mos kelmasligi mumkin) farqlanadi. (heteroseksual) bolaning jinsiga). Haqiqiy izoseksual EJR gonadoliberin sekretsiasining kuchayishi, gonadotrop gormonlarning yuqori sekretsiasini va gipotalamus-gipofiz tizimidagi disregulyatsiya tufayli yuzaga keladi.

O'g'il bolalarda bu buzuvchilikning belgilari - moyaklar hajmining kattalashishi, yuz, qo'l va qo'l osti tuklarining o'sishi, akne paydo bo'lishi, ovozning sinishi va qo'pollashishi, tananing tez o'sishi (lekin erda tugashi), erda spermatogenez aniqlanadi. .

Qizlarda sut bezlari, ayolning yog 'birikishi, hayz ko'rish va ovulyatsiya hayz ko'rish sikli va unumdorligi rivojlanadi. Sabablari reproduktiv tizimning anomaliyalari, qalqonsimon bez kasalliklari, miya shishi, bosh jarohatlari natijasida yuzaga kelgan o'zgarishlar, yuqumli kasalliklarning oqibatlarini (meningit, ensefalit), bir qator genetik omillar bo'lishi mumkin. Agar uning sababini aniqlab bo'lmasa, haqiqiy EJR idiopatik hisoblanadi. Idiopatik EJR gonadoliberinning impulsli sekretsiasining erda faollashishi bilan bog'liq deb ishoniladi. Markaziy asab tizimining kasalliklari haqiqiy EJR ning eng keng tarqalgan sababidir. Boshqa sabablar - travmatik miya shikastlanishi, bosh suyagi va miya rivojlanishidagi anomaliyalar. Ba'zida EJR (konstitutsiyaviy EJR) ning oilaviy xarakteri topiladi. Noto'g'ri EJR androgenlarning vegetativ hipersekretsiasini tufayli yuzaga keladi. Noto'g'ri EJR xuddi shunday belgilar bilan namoyon bo'ladi, lekin o'g'il bolalarda moyaklar va qizlarda tuxumdonlarning ko'payishi bilan birga kelmaydi.

Geteroseksual soxta EJR bolada qarama-qarshi jins belgilarining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Geteroseksual EJR ning eng keng tarqalgan klinik shakli

"adrenogenital sindrom" deb ataladigan patologiya bo'lib, u tug'ma adrenal giperplaziya, ayol psevdogermafroditizmi yoki qizlardagi geteroseksual PPD deb nomlanadi.

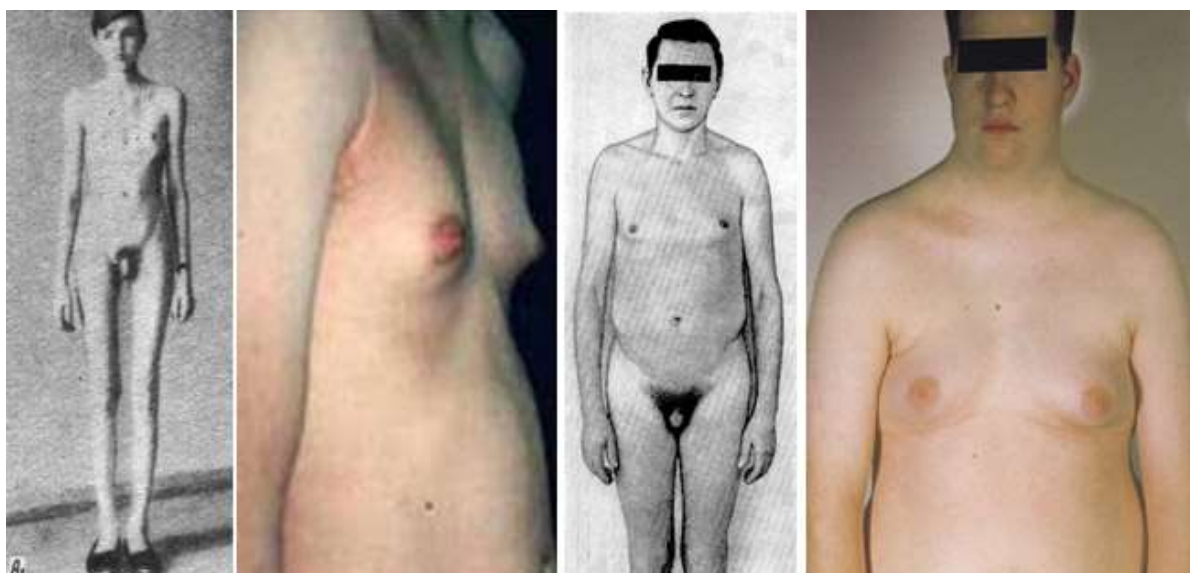
EJR ning to'liq bo'lmagan shakllariga quyidagilar kiradi:

1) erta adrenarx - 5-6 yoshli o'g'il va qiz bolalarda pubik yoki aksillar tuk o'sishi paydo bo'lishi. Akne, terning o'tkir hidi va ovozning qo'pollashishi mumkin. Skeletning o'sishi va kamolotining tezlashishi va jinsiy olatni kattalashishi kuzatilmaydi. Bu adrenal androgenlar sekretsiyasining erta ko'payishi tufayli yuzaga keladi;

2) erta hayz ko'rish - qizlarda bachadondan qon ketishining bir necha epizodlarining rivojlanishi;

3) erta telarx - sut bezlarining izolyatsiya qilingan erta rivojlanishi. Gipogonadizm. Jinsiy gormonlar ishlab chiqarishning pasayishi bilan reproduktiv tizimning doimiy, tez-tez qaytarilmas zararlanishiga gipogonadizm deyiladi.

Birlamchi (gipergonadotropik) gipogonadizm tuxumdonlar yoki moyaklarning shikastlanishi natijasida rivojlanadi. Ikkilamchi gipogonadizm gipofiz bezining shikastlanishi, uchinchi darajali gipogonadizm esa gipotalamusning natijasidir. Birlamchi gipogonadizm tug'ma (ayrim irsiy sindromlarda, masalan, Klaynfelter sindromi, Noonan sindromi) va orttirilgan bo'lishi mumkin. Ikkala holatda ham testosteron etishmovchiligi follikulani ogohlantiruvchi gormon va luteotrop gormon darajasining oshishiga olib keladi, ammo bu o'sish odatda faqat o'smirlik davrida aniqlanadi. Klinefelter sindromi har 500 o'g'il boladan 1 nafariga ta'sir qiladi. Sindromning klassik varianti bo'lgan bemorlarda 47, XXY karyotipi mavjud. Boshqa karyotiplar ham mumkin va bemorlarning 10 foizida 46, XY / 47, XXY mozaiklari aniqlanadi. Sindrom odatda o'smirlik davrida jinsiy rivojlanishning kechikishi sifatida namoyon bo'ladi: jinsiy olatni va moyaklar kichrayadi, fizika eunukoiddir, jinekomastiya va o'rtacha aqliy zaiflik mavjud. Bemorlar diabetes mellitus, ko'krak kasalliklari va ko'krak saratoniga moyil.



22-rasm. Klaynfelter sindromi bilan og'rigan bemorning ko'rinishi

Noonan sindromi 8000 yangi tug'ilgan chaqaloqning 1 tasida uchraydi; karyotip normaldir. Meros autosomal dominantdir. Klinik ko'rinishlari bo'yicha (bo'yinning pterygoid burmalari, hallux valgus, bo'yi past, qo'l va oyoqlarning limfa shishi) Noonan sindromi Tyorner sindromiga o'xshaydi. Noonan sindromining boshqa belgilari ptozis, ko'krak qafasining cho'kib ketishi, o'ng yurak nuqsonlari (o'pka stenoz), uchburchak yuz va aqliy zaiflikdir. O'g'il bolalarda kriptorxidizm yoki mikropeniya bor. Olingan birlamchi gipogonadizm (orttirilgan moyak etishmovchiligi) virusli orxit (parotit virusi, Cocksackie B virusi va ECHO viruslari), antineoplastik vositalardan foydalanish, maqsadli nurlanish va boshqalarning natijasi bo'lishi mumkin.



23-rasm. Noonan sindromi bilan og'rigan bemorning ko'rinishi.

Ikkilamchi gipogonadizm (ikkilamchi moyak etishmovchiligi) bilan jinsiy rivojlanish katta kechikish bilan boshlanadi va sekin davom etadi yoki boshlanadi, lekin tugamaydi. Bemorlarda bepushtlik xavfi yuqori. Bola o'smirlik davriga qadar normal o'sadi, keyin o'sish sekinlashadi va jinsiy rivojlanish belgilari paydo bo'lmaydi. Ushbu patologiyaga ega bo'lgan o'smirlar eunukoid fizikaga ega. Gonadotrop gormonlarning alohida tanqisligi alohida kasallik sifatida kam uchraydi va holatlarning yarmida avtosomal retsessiv tarzda meros bo'lib o'tadi. Ko'pincha gonadotrop gormonlarning izolyatsiya qilingan etishmovchiligi rivojlanishning boshqa anomaliyalari bilan birlashtiriladi: hidning yo'qolishi yoki kamayishi (Kalman sindromi bilan), miya va bosh suyagining median tuzilmalaridagi nuqsonlar, mikropeniya, kriptorxizm, rang ko'rliigi, buyraklar va anomaliyalar. metakarpal suyaklar.



№ 24-rasm. Gipogonadizm bilan kasallangan bolaning ko'rinishi.

Idiopatik gipopituitarizm. Bu nom ostida bir nechta sporadik va irsiy kasalliklar birlashtirilgan. Tug'ma idiopatik gipopituitarizm yangi tug'ilgan chaqaloqlarda og'ir gipoglikemiya, giponatremiya va gepatitga o'xshash jigar shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi. Mikropeniya deyarli har doim kuzatiladi. Kattaroq o'g'il bolalardagi idiopatik gipopituitarizm 50-60% hollarda tug'ilish

travması va gipoksiya oqibatidir. Gipotalamus va gipofiz bezining disfunktsiyasining sabablari: - o'smalar (kraniofaringioma, astrositoma, optik asab gliomasi, disgerminoma, teratoma va boshqalar); - rivojlanish anomaliyalari (miya va bosh suyagining o'rta chizikli tuzilmalaridagi nuqsonlar, gidrosefali); - infeksiyalar (meningit, ensefalit); - bosh jarohati; - leykemiya va miya shishi uchun radiatsiya terapiyasi.

Jinsiy rivojlanishning kechikishi (JRK). O'rtacha ko'rsatkichga nisbatan balog'atga etishish belgilarining boshlanishida 2 yildan ortiq kechikish bo'lsa, ZPR deyiladi. O'sish va jinsiy rivojlanishning konstitutsiyaviy kechikishi normaning bir variantidir. Bu gipotalamus-gipofiz-gonadal tizimning faollashuvining kechikishi tufayli yuzaga keladi. LH, FSH va testosteronning past darajasi tufayli jinsiy rivojlanish 15 yoshda yoki undan keyin boshlanishi mumkin. Surunkali tizimli kasalliklar o'sishning sekinlashishiga, skeletning etukligiga va jinsiy rivojlanishga olib kelishi mumkin. Bunday kasalliklarga surunkali buyrak etishmovchiligi, kist fibrozisi, çölyak kasalligi, bronxial astma, surunkali yallig'lanishli ichak kasalligi va og'ir hipotiroidizm kiradi. Markaziy asab tizimining kasalliklari (miya shakllari) ham RRDga olib kelishi mumkin.

Organik tabiatning miya kasalliklari: travmatik, toksik, yuqumli lezyonlar (ensefalit, epilepsiya, gipotalamus mintaqasining o'smalari) - agar gipotalamus jarayonda ishtirok etsa, CRDni keltirib chiqaradi. Miya shakllariga psixoz, nevrozlarda CRD kiradi. RPD ning miya shakllaridan biri - anoreksiya nervoza (anoreksiya nevroza) - organizmdagi pubertal o'zgarishlarga javoban nevroitik reaksiya sifatida qaraladi. Ushbu shakl tana vaznini yo'qotish fonida ZPR bilan chambarchas bog'liq. CRDga shubha quyidagi belgilarning mavjudligidan kelib chiqishi mumkin: "zaif" fizika, nisbatan uzun oyoq-qo'llar, yuqori bel, ko'pincha sonlar elkalaridan kengroq. Ko'krak, bel, qorinning pastki qismida teri osti yog'ining odatiy cho'kishi. Jinsiy organlar rivojlanmagan, o'g'il bolalarda skrotumning burmalari va sarkması yo'q, emissiya yo'q; qizlarda amenoreya bor. Bemorlarda pubis va qo'ltilqlarda soch o'smaydi. CRD birlamchi amenoreya bilan

aniqlanmasligi kerak (16 yosh va undan katta yoshdagi hayz ko'rishning yo'qligi). CRD kengroq tushunchadir va birlamchi amenore ko'pincha uning alomatidir.

Jinsiy rivojlanishning etishmasligi (ODA). 16 yoshdan keyin hayz ko'rishning yo'qligi, sut bezlarining rivojlanishi, jinsiy va qo'ltiq osti tuklarining o'sishi ODA belgilaridir. Buning sababi gonadal aplaziya yoki funktsional faol gormon ishlab chiqaradigan tuxumdon to'qimalari mavjud bo'lmagan malformatsiyadir.

Ko'rsatkichlarga ko'ra, 8-10 yoshda tuxumdonlarni olib tashlagan qizlarda jinsiy rivojlanish sodir bo'lmaydi. ODA ning yana bir sababi gonadal disgenez deb ataladigan jinsiy bezlarning genetik jihatdan aniqlangan malformatsiyasidir. Jinsiy bezlarning disgenezi kam uchraydigan patologiya bo'lib, uning chastotasi 10-12 ming yangi tug'ilgan chaqaloqqa 36 ta holat. Gonadal disgenez rivojlanishining sababi bitta X xromosomasining yoki uning bir qismini yo'qotish shaklida xromosoma anomaliyalari. Ko'pincha gonadal disgenezning 4 ta klinik shakli mavjud. Shereshevskiy-Tyorner sindromi. Ushbu shakl 45, X karyotipi bilan tavsiflanadi. Bemorlar o'ziga xos ko'rinishi bilan ajralib turadi. Majburiy simptomlar - past bo'yli (150 sm gacha), past sochli qisqa keng bo'yin, bo'yinning teri burmalari, baland tanglay, past quloqchalar, tirsak bo'g'imining deformatsiyasi, sut bezlarining keng tarqalgan ko'krak uchlari, ko'p yoshdagi dog'lar. teri ustida. Vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan belgilar - malokluziya, strabismus, uchinchi ko'z qovog'i, qalqonsimon ko'krak, skapula pterygoid. Buyraklar va ureterlarning rivojlanishida anomaliyalar, yurak-qon tomir tizimining nuqsonlari mavjud. Tashqi va ichki jinsiy a'zolar gipoplastik, aniq jinsiy infantilizm mavjud. Ultratovush tekshiruviga ko'ra, jinsiy bezlar ingichka (taxminan 0,3-0,5 sm kengligida) biriktiruvchi to'qima kordlari.

Синдром Шерешевского-Тернера



Короткая шея с крыловидными складками

25-рasm. Shereshevskiy-Tyorner sindromi bilan yangi tug'ilgan chaqaloq Gonadal disgenezning o'chirilgan shakli. Ko'pincha, ushbu turdagi gonadal disgenez bilan u 45, X / 46, XX mozaik xarakterga ega. Klinik ko'rinishlarning zo'ravonligi normal va aberrant hujayra klonlarining foiziga bog'liq. Klon 45, X qanchalik yuqori bo'lsa, bemorlarning tashqi ko'rinishi va kasallikning klinik ko'rinishi Shereshevskiy-Tyorner sindromi bilan og'rigan bemorlarga shunchalik yaqinroq bo'ladi. Ular past bo'yga ega, birlamchi amenoreya mavjud bo'lganda ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning etarli bo'lmagan, ammo o'z-o'zidan rivojlanishi mumkin; bemorlarning 20% da hayz ko'rish normal vaqtda sodir bo'ladi va bemorlarning 10% da hayz ko'rishdan keyin taxminan 10 yil davomida nisbatan muntazam hayz ko'rishi qayd etiladi, keyinchalik u oligomenarreja va ikkilamchi amenoreyaga aylanadi. Tashqi va ichki jinsiy a'zolar gipoplastikdir. Ultratovush va laparoskopiya keskin gipoplastik jinsiy bezlarni aniqlaydi. Gonadal disgenezning sof shakli. Ushbu klinik variant normal o'sish, somatik nuqsonlarning yo'qligi, ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning kam rivojlanganligi va aniq jinsiy infantilizm bilan tavsiflanadi. Fizika eunuxoiddan interseksgacha. Bemorlarning karyotipi ko'pincha 46, XX yoki 46, XY (Swier sindromi). Jinsiy bezlar tolali kordonlar bo'lib, ba'zida stroma elementlarini o'z ichiga oladi. Gonadal disgenezning aralash shakli. Ushbu shaklga ega bemorlar uchun normal tana uzunligi, interseks fizikasi

va tashqi jinsiy a'zolarning virilizatsiya elementlari xarakterlidir: klitorisning biroz ko'tarilishi, qinning pastki uchdan bir qismi va siydik chiqarish kanalining birlashishi. Ularda Shereshevskiy-Tyorner sindromiga xos rivojlanish anomaliyalari ham mavjud. Turli xil mozaik to'plamlarga ega bo'lgan ushbu bemorlarning karyotipida Y xromosomasi yoki uning bo'limi majburiy ravishda mavjud. Eng keng tarqalgan karyotip - 45, X / 46, XY. Bunday bemorlarda jinsiy bezlar aralash tuzilishga ega. Qizlarda, laparotomiya bilan, bir tomonda tolali shnur, ikkinchisida esa rivojlanmagan moyak topiladi. Jinsiy balog'at davrida bu bemorlarda ko'pincha jinsiy bezlar o'smalari paydo bo'ladi. 20-25 yoshga kelib, gonadal disgenezning aralash shakli bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida shish paydo bo'ladi.

TERI VA TERI KATLAMLARINI ZARARLANISHLARI SEMIOTIKASI

Ko'p funktsiyalari, turli organlar va tizimlar bilan eng yaqin fiziologik aloqasi terini tanadagi ko'plab patologik jarayonlarni aks ettiruvchi ekranga aylantiradi. Shuning uchun uning holatini to'g'ri baholash diagnostikada katta amaliy ahamiyatga ega.

Agar terida patologik o'zgarishlar aniqlansa (rangning o'zgarishi, toshma paydo bo'lishi, butunlikning buzilishi, chandiqlarning mavjudligi, po'stlog'i va boshqalar), quyidagilarni aniqlash kerak:

- 1) ma'lum o'zgarishlar qachon bo'lgan;
- 2) teri rangining o'zgarishi qanchalik tez paydo bo'lgan;
- 3) döküntünün birinchi elementlari qaerda paydo bo'lgan, ular qanday ko'rinishda bo'lgan, ular bitta yoki ko'pmi;
- 4) döküntünün tarqalish tezligi, uning lokalizatsiyasi, simmetriyasi qanday;
- 5) vaqt o'tishi bilan toshma qanday o'zgargan (rangi, shakli, elementlarning o'lchami, peeling ko'rinishidagi o'zgarishlar);
- 6) teridagi o'zgarishlar harorat reaksiyasi bilan birga kelganmi;
- 7) bolaning yuqumli bemor bilan aloqada bo'lganligi, bunday toshmalar

ilgari qayd etilganmi. Teri rangining semiotikasi Bola terisining rangi melanin, oksigemoglobinning nisbiy tarkibi, undagi gemoglobin va karotinning kamayishi, shox pardaning qalinligi va qon bilan ta'minlanish darajasi bilan belgilanadi. Melanin terining, sochlarning va ko'zlarning rangiga ta'sir qiluvchi asosiy pigmentdir. Odatda terining rangi genetik yoki konstitutsiyaviy omillar bilan belgilanadi va tananing ba'zi qismlarida (dumg'aza sohasida) saqlanib qoladi, chunki teri tashqi ta'sirlarga duchor bo'lmaydi yoki quyosh nurlari ta'sirida (ko'nchilik) rangi o'zgaradi. melanotsitlarni rag'batlantiradigan gormonlar ta'siri ostida pigmentatsiyaning kuchayishi. Pigmentatsiya semiotikasi Melanotsitlar tizimidagi buzilishlar gipermelanozga (epidermis yoki dermisda melaninning ko'payishi) va gipomelanozga (dermisda, leykodermada melanin miqdorining pasayishi yoki yo'qligi) bo'linadi, ular o'z navbatida umumlashtirilgan yoki lokalizatsiya qilinishi mumkin. . Ushbu kasalliklarning ba'zilari gormonal o'zgarishlar (Addison kasalligi), boshqalari mahalliy rivojlanish nuqsonlari (silli sklerozdagi oq dog'lar) yoki terining yallig'lanishi (yallig'lanishdan keyingi gipo- yoki giperpigmentatsiya) natijasidir.

Gipermelanoz. Ular epidermal (jigarrang) va teri (ko'k, ko'k-kulrang, kulrang) ga bo'linadi. Jigarrang gipermelanoz (melazma) melanotsitlarning faolligi oshishi, sekretor melanotsitlar sonining ko'payishi, melanosomalar soni yoki ularning hajmining oshishi natijasida epidermisdagi melanin miqdori ortishi bilan bog'liq.



26-rasm. Gipermelanoz belgilari bo'lgan bemor bolaning ko'rinishi

Moviy-kulrang gipermelanoz (seruloderm, ko'k teri) soxta tatuirovka melaniniga o'xshaydi va dermisda, ektopik dermal melanotsitlarda yoki dermal makrofaglarda melanin mavjudligi bilan izohlanadi, ular Tyndall ta'siri natijasida teriga xarakterli kulrang, kulrang-ko'k yoki ko'k rang. Terining giperpigmentatsiyasi terining ma'lum joylarida umumiy bir xil, umumiy yamoqli yoki cheklangan bo'lishi mumkin. Diffuz konjenital melanoz tug'ilishda allaqachon giperpigmentatsiya bilan tavsiflanadi (boshqa organlar o'zgarmaydi), keyinchalik qo'llarning giperkeratozi qo'shiladi. Konstitutsiyaviy giperpigmentatsiya asosan O'rta er dengizi xalqlarida to'q sariq rangli bolalarda kuzatiladi.

Diffuz jigarrang gipermelanoz adrenal etishmovchilik (Addison kasalligi) uchun xarakterlidir, bunda terining giperpigmentatsiyasi unga bosim o'tkazadigan joylarda (umurtqalar, interfalangeal, tirsak va tizza bo'g'imlari), tananing burmalarida, kaft yuzalarida, milklarning shilliq qavati. Adrenalektomiya, oshqozon osti bezi va o'pkaning shishi gipermelanozga olib keladi. Bunday sharoitda giperpigmentatsiya melanotsitlarni ogohlantiruvchi gormon va ACTH ning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq bo'lib, unda aminokislotalar ketma-ketligi bir xil bo'ladi. Umumiy gipermelanoz gemokromatoz, kech teri gematoporfiriyasi, rang-barang porfiriyaning tipik belgisidir. Gemokromatozda giperpigmentatsiya kulrang jigarrang yoki jigarrang rangga ega bo'lib, Addison

kasalligidan farq qilmaydi va tashxisni teri biopsiyasi yordamida aniqlash mumkin, bu ter bezlarida gemosiderin va melanin konlarini aniqlaydi. Kech teri porfiriyasi bilan tashxis pufakchalar, pufakchalar, atrofik dog'lar, sklerodermoid o'zgarishlar va tananing ochiq qismlari terisida tariq toshmasi bilan belgilanadi va siydikda uroporfirinining ko'payishi bilan tasdiqlanadi (uroporfirin va koproporfirinining nisbati odatda 3 dan ortiq: 1) yoki kislotali siydikning qizil floresansi. Rangli porfiriyadagi teri o'zgarishlari kechikkan teri porfiriyasi bilan bir xil bo'lib, ularni davolanishga turlicha javoblar bilan farqlaydi.



№ 27-rasm. Nevoid giperpigmentatsiyasi bo'lgan bemor bolaning ko'rinishi

Surunkali buyrak etishmovchiligi, birlamchi biliar sirozda sog'lom terining giperpigmentatsiyasi kuzatiladi. Surunkali oziqlanish etishmovchiligi (kvashiorkor, nefrotik sindrom, malabsorbtsiya sindromi va boshqalar) bilan magistral terida giperpigmentatsiyalangan dog'lar paydo bo'ladi. Pellagra bilan pigmentatsiya maydoni yorug'lik yoki travma ta'sir qiladigan terining joylari bilan cheklangan; B12 vitamini etishmovchiligi sochlarning erta oqarib ketishi va gipermelanoz bilan birga keladi, ayniqsa qo'llarning kichik bo'g'imlari atrofida yaxshi ifodalanadi. Gipermelanoz miyelosan, siklofosamid, metil karbamid, xlorpromazin va boshqalar bilan davolash natijasida paydo bo'lishi mumkin.

Giperpigmentatsiyalangan teri elementlari. Freckles (efelidlar) - burunning ikkala tomonida, elkada yuzning teri darajasida joylashgan kichik yoshdagi dog'lar. Kattaroq dog'lar, sutli qahva rangi Recklinghausen neyrofibromatozining namoyon bo'lishi mumkin, unda terining neyrofibromatozi va periferik asab tizimi, gipertenziya va erta balog'atga etishish aniqlanadi. Leopard sindromi - neyrosekretor karlik, o'sishning kechikishi, yurak nuqsonlari va genital anomaliyalar bilan birgalikda to'q jigarrang dog'larning umumiy tarqalishi bilan autosomal dominant holat. Moviy nevus dermisda to'plangan pigment hujayralari guruhidir. Ularning ustidagi shaffof epidermis mavimsi dog'larga o'xshaydi. Sakrum mintaqasida lokalizatsiya qilinganida, ular 3 yoshdan keyin yo'qolib ketadigan mo'g'ul dog'lari deb ataladi. Bolalarda melanomaning yaxshi va yomon xulqli variantlari ham mavjud (o'simtuga o'xshash, o'sib borayotgan pigmentli nevus).



28-rasm. Ko'k nevusli kasal bolaning ko'rinishi

Mastotsitoz yoki urticaria pigmentosa - bu tanada, oyoq-qo'llarda, bosh terisida, yuzda va (kamdan-kam hollarda) kaft va oyoqlarda joylashgan pushti-qizil rangli, dumaloq yoki oval pufakchalar, paroksizmal toshmalar bilan tavsiflangan kasallik. Mastotsitoz odatda 2 yoshdan oldin boshlanadi. Bola qattiq qichishish tufayli bezovtalanadi, shilliq qavatlar ta'sirlanmaydi. Mastotsitoz uchun patognomonik Unna-Darrieusning alomati hisoblanadi, qachonki dog' yoki papulani spatula bilan ishqalaganda yoki issiq narsaga tegib ketgandan so'ng,

elementning qizarishi va shishishi tez orada paydo bo'ladi - u pufakchaga o'xshash ko'rinishga ega bo'ladi. Mastotsitoz davrida gistamin chiqarilishining tizimli belgilari (epizodik "issiq chaqnashlar", taxikardiya, nafas olish etishmovchiligi, bosh og'rig'i, ichak sanchig'i, diareya, gipotenziya) deyarli doimiydir. Gipomelanoz. Albinizm, German-Gudluck sindromida (trombotsitlar nuqsonlari va gemorragik diatez bilan tirozinaza-musbat albinizm), Kross-McKusik-Brin sindromida (mikroftalmiya bilan tirozinaza-musbat albinizm, rivojlanish kechikishi, gipertoniklik) mushaklar va atletozda kuzatiladi. Qisman albinizm (Piebaldizm), autosomal dominant tarzda meros bo'lib, frontal mintaqada, boshning old qismida (natijada oq soch tolasi), ko'krakda, tizza va tirsak bo'g'imlarida amelanotik plitalar bilan tavsiflanadi. Blyashka melanotsitlar sonining mahalliy yo'qligi yoki kamayishi tufayli yuzaga keladi va yo'qolmaydi. Wardenburg sindromi otosomal dominant tarzda meros bo'lib, sochlarning oq tolalari, pigment nuqsonlari va terining gipopigmentatsiyasi, geteroxrom irislar, keng burun ko'prigi, ko'z burchaklarining distopiyasi, tug'ma karlik bilan tavsiflanadi. Tuberoz skleroz autosomal dominant tarzda irsiy bo'lib, asosan tanasida joylashgan mayda oq barg dog'lari (1-3 sm), peshona, magistral, qo'l va oyoq terisida fibromatoz tugunlar, aqliy zaiflik, epilepsiya, tuberoz bilan tavsiflanadi. korteks va subependimal sohalarda tugunlar, retinal fakomatoz, yurak rabdomiyomasi, buyraklar, o'pka va suyaklarning kistalari. Ito gipomelanozi (akromatik pigment tuta olmaslik) - tug'ma kasallik bo'lib, balog'at yoshida yo'qolib ketadigan tananing butun yuzasida aniq chegaralangan naqshlar, chiziqlar va plitalar hosil qiluvchi g'alati gipopigmentatsiyalangan dog'lar bilan tavsiflanadi. Vitiligo (orttirilgan pigmentli nuqson) har qanday yoshda uchraydi va yuz terisida (ko'z atrofida va og'izda), jinsiy a'zolar, qo'llar va oyoqlarda lokalizatsiya qilingan, aniq chegaralari bo'lgan turli shakl va o'lchamdagi depigmentatsiyalangan dog'lar bilan tavsiflanadi. , tirsak va tizza bo'g'imlari, ko'krakning yuqori yarmi. Teri elementlari o'z-o'zidan yo'qolishi mumkin, yangi dog'lar paydo bo'lishi mumkin, doimiy depigmentatsiya mumkin.



№29-rasm. Boladagi albinizm

OQARGAN TERI. Pallor terining individual anatomik va gistologik xususiyatlariga, past qon bosimiga bog'liq bo'lishi mumkin. Ko'pincha terining rangsizligi anemiya, periferik tomirlarning qon bilan ta'minlanmaganligi, shish tufayli kuzatiladi. Shunday qilib, periferik tomirlarda qon aylanishining etarli emasligi periferiyadagi qon aylanishining pasayishi (qon aylanishini markazlashtirish) yoki yurak chiqishining pasayishi (difteriya, pnevmoniya, endomiyokardit, perikardit, aorta stenozisi bilan o'tkir chap qorincha etishmovchiligi) tufayli yuzaga kelishi mumkin. ochilish va boshqalar). Terining oqarib ketishining bevosita sabablari glomerulonefrit, kollaps, shok, qo'rquv, sovuqlik, og'riq va boshqalar bo'lishi mumkin. Terining diffuz rangparligi qondagi gemoglobinning pasayishini ko'rsatadi (qizil qon tanachalari shakllanishining buzilishi: temir tanqisligi, gipo-, aplastik va boshqa anemiyalar; o'tkir yoki surunkali qon ketish: massiv yoki mikroqon ketish; qizil qon tanachalarining yo'q qilinishining kuchayishi: gemolitik anemiya, gemoglobinopatiyalar). Terining rangsizligi kapillyarlar ustidagi to'qimalar qatlamlarining qalinlashishi, og'ir gipoproteinemiya (glomerulonefrit, nefrotik sindrom, ekssudativ enteropatiya, malabsorbsiya sindromi, kuyish kasalligi), hipotiroidizm, A gipovitaminozi, konstitutsiyaviy ravishda terining qalinlashishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Qonning sifat yoki miqdoriy tarkibining o'zgarishi bilan bog'liq rangparlikni

vazospazm - psevdanemiya bilan kelib chiqqan rangparlikdan ajratish muhimdir: haqiqiy anemiya bilan shilliq qavatlar oqarib ketadi, psevdanemiya bilan pushti rang qoladi. Ba'zi sharoitlarda rangparlik xarakterli soyani oladi: sariq - gemolitik anemiya bilan; mumsimon - gipo-aplastik anemiya bilan; sutli qahvaning rangi - yuqumli endokardit bilan; tuproqli kulrang - yiringli-septik kasalliklar bilan; yashil rang - xloroz bilan. Terining rangsizligi albinizmda melanin etishmovchiligi, fenilketonuriya (Felling kasalligi) bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ikterik bo'yash. Gemolitik anemiyada (limon-sariq rang), obstruktiv sariqlikda (yashil rangda) terining va skleraning ikterik ranglanishi kuzatiladi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida, bilirubin terida to'plana boshlaganda, u to'q sariq rangga ega bo'ladi. Avvalo, haqiqiy sariqlik bilan sarg'ishlik sklerada, tilning pastki yuzasida va yumshoq tanglayda paydo bo'ladi. Soxta sariqlik bilan (sabzi, mandarin, pomidor, akrixin va boshqalarni qo'llash tufayli) faqat teri bo'yalgan - karotinli sariqlik paydo bo'ladi, qondagi bilirubin darajasi normaldir. Karotinning haddan tashqari dozasi (teri va shilliq pardalar epiteliysida joylashgan) eng qizg'in sariq rang epidermis qalinroq bo'lgan terining joylarida (kaft va oyoqlarda) kuzatiladi; epiteliya qatlami juda nozik bo'lgan ko'zlarning sklerasi oq bo'lib qoladi.

Terining siyanozi. Siyanoz teri va shilliq pardalarning mavimsi rangi bo'lib, u kapillyarlarning asosiy tarmog'ining holati bilan belgilanadi va fizik tekshiruv vaqtida aniqlanadi. Siyanozning klinik zo'ravonligi kapillyar qonda 50 g / l dan ortiq kamayadi (kislorod bilan to'yinmagan) gemoglobin mavjudligi bilan bog'liq. Oksigemoglobin miqdori 85% dan pastga tushganda siyanoz paydo bo'ladi. Siyanozni og'ir anemiya bilan og'rigan bemorlarda (gemoglobin <70 g / l), hatto tiklangan gemoglobinning sezilarli foizida ham farqlash qiyin va ehtimol - qondagi gemoglobin kontsentratsiyasi 50 g / l dan past bo'lganda. Politsitemiya bilan og'rigan bemorlarda siyanozni aniqlash qiyin bo'lishi mumkin, ularda ham to'yingan, ham kamaytirilgan gemoglobin (qizil siyanoz) miqdori ortadi. Siyanozning zo'ravonligiga teri osti kapillyar tarmog'ining zichligi, terining qalinligi va ekstravaskulyar teri pigmentlari ta'sir qiladi. Umumiy va mintaqaviy siyanoz (perioral - og'iz atrofida, burun-lab uchburchagining siyanozi, tananing

distal qismlari (akrosiyanoz) - burun uchi, quloq bo'laklari, lablar, tilning uchi, qo'llar, oyoqlar) mavjud. Ko'pincha siyanoz nafas olish va yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida kuzatiladi. O'pka kasalliklarida siyanoz o'pkaning yomon shamollatiladigan joylaridan qonning o'tishi natijasida yuzaga keladi, shamollatish va perfuziya o'rtasidagi nomuvofiqlik natijasida bir vaqtning o'zida to'yinmagan gemoglobin miqdori ortadi. Konjenital yurak nuqsonlarida siyanozning sababi venoz va arterial qonning intrakardiyak aralashuvidir (o'ngdan chapga oqindi). Periferik siyanoz periferik qon oqimining pasayishi natijasida paydo bo'lishi mumkin, to'qimalar tomonidan kislorod ekstraksiyasining kuchayishi tufayli kapillyar to'shakda to'yinmagan gemoglobin miqdori ortadi. Sog'lom odamda siyanoz yuqori balandliklarda rivojlanishi mumkin, bu erda nafas olayotgan havodagi kislorodning qisman bosimi kamayadi. Markaziy (issiq, arterial) siyanoz - aylanib yuruvchi qondagi kislorod miqdori 85% dan kam bo'lgan, oyoq-qo'llarning va tananing boshqa qismlarining qizarishi qizarishga olib kelmaydigan holat, teriga bosilganda esa ko'karish nuqta paydo bo'ladi. paydo bo'ladi. Markaziy siyanoz gemoglobin va methemoglobinga bo'linadi. Gemoglobin siyanozi bilan periferik qonda kamaygan gemoglobin miqdori ortadi. Siyanozning bu shakli ko'proq uchraydi: - o'ngdan chapga qon shunt bilan (tetrad, pentad yoki Fallot triadasi); - teskari shunt (interventrikulyar va interatrial septalarning nuqsonlari, Ebshteyn sindromi, ochiq arterioz kanali, o'ng qorinchaning og'ir etishmovchiligi). Qo'llarda oyoqlarga qaraganda aniqroq bo'lgan siyanoz aortaning yuqori koarktatsiyasi yoki stenozi bo'lgan katta arteriyalarning transpozitsiyasini ko'rsatadi va natijada paydo bo'lgan o'pka gipertenziyasi ochiq arterioz kanali orqali oqindi darajasini pasaytiradi, buning natijasida ko'proq kislorod bilan ta'minlanadi. qon ekstremitalarga oqadi. Baraban barmoqlari va siyanoz, chap qo'ldan ko'ra oyoqlarda aniqroq, o'ng qo'l nisbatan normal rangga ega bo'lsa, o'pka gipertenziyasi tashxisini patent arteriosus orqali teskari qon oqimi bilan tasdiqlaydi, natijada kislorodli qon kamroq bo'ladi.



Shakl 30. Barmoqlarning og'ir siyanozi.

Siyanoz nafas olish tizimi ta'sirlanganda paydo bo'ladi (nafas olish yo'llarining torayishi bilan nafas qisilishi, o'pkaning nafas olish yuzasining cheklanishi, nafas olish harakatining buzilishi, nafas olish markazining shikastlanishi) va nafas olish etishmovchiligining og'irligiga bog'liq. Ko'pincha yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish buzilishi sindromida, pnevmoniya, atelektaz, pnevmotoraks, krup va boshqalar bilan kuzatiladi.

Periferik (sovuq, venoz) siyanoz - teri qon tomir pleksuslari arteriolalaridagi qon normal kislorod miqdoriga ega bo'lgan holat, terining qizishi qizarish bilan birga keladi va bosgandan so'ng birinchi navbatda pushti nuqta paydo bo'ladi, keyinchalik u paydo bo'ladi. mavimsi rang. Qonning daqiqali hajmining pasayishi (yurak etishmovchiligi, perikardit, zirhli yurak), qon oqimining oxirgi bo'limlarida mahalliy turg'unlik (sovutish, kollaps va turli xil kelib chiqishi shoklari, arterial emboliya, politsitemiya va boshqalar) bilan kuzatiladi. Uglrod oksidi bilan zaharlanganda, qonga kirgan uglrod oksidi gemoglobin temiri bilan birlashadi va uni karboksigemoglobinga aylantiradi, qonda konsentratsiyasi 35 g / l dan ortiq bo'lsa, hemik gipoksiya, nafas olish etishmovchiligi va nevrologik kasalliklar. yuzaga keladi. Odatda, bunday yuzli bemorlar yorqin qizil (gilos qizil), akrosiyanoz mavjud, keyingi bosqichda og'ir siyanoz rivojlanadi. Ko'p miqdordagi dori-darmonlar va kimyoviy birikmalar, shu jumladan nitratlar methemoglobinemiya olib keladi, gemoglobin temirning kislorodni mustahkam bog'lashga qodir bo'lmagan uch valentli temirga

oksidlanishi. Bu holatda rivojlanayotgan siyanoz teriga mavimsi emas, balki jigarrang rang beradi. Qon quyuq va shokoladli. Bolalarda, yoshidan qat'i nazar (ayniqsa, glyukoza-6-fosfat dehidrogenaza etishmovchiligi bilan) yuqori dozalarda sulfanilamidlar sulfgemoglobinemiya olib kelishi mumkin va siyanozning klinik belgilari paydo bo'lishi uchun qonda 5 g / l sulfgemoglobin miqdori etarli.



31-rasm. Nazolabial uchburchakning og'ir siyanози

Argiriya bilan terining ochiq ko'k rangi siyanozga o'xshash bo'lishi mumkin, ammo terining pigmentatsiyasining buzilishi Addison kasalligida yoki gemokromatozda ham uchraydi.



№ 32-rasm. Addison kasalligi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Terining giperemiyasi. Terining qizarishi fiziologik hodisa sifatida harorat ta'sirida (yuqori yoki past), aqliy qo'zg'alish, jismoniy zo'riqishning kuchayishi, terining mexanik tirnash xususiyati bilan yuzaga kelishi mumkin, vaqtinchalik va

odatda tananing bir yoki bir nechta sohalarida cheklangan. Patologik giperemiya eritrotsitoz, isitma bilan kechadigan kasalliklar, atropin, alkogol bilan zaharlanish, skopolamin yoki gallyutsinogenlar ta'sirida, og'ir asetonemiya bilan, Kawasaki sindromi (qo'llarda polimorf eritema sindromi va vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan shilliq-teri limfa sindromi) bilan namoyon bo'ladi. yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, bir xil egizaklarda xomilalik transfüzyon bilan. Yonoqlarda, burunda va ko'z atrofida lokalizatsiyasi bilan cheklangan giperemiya ("lupus kapalak") tizimli qizil yuguruk uchun xarakterlidir, og'iz atrofida xarakterli rangparlik bilan yuzning diffuz qizarishi qizil olov bilan kuzatiladi, terining ochiq joylari buriladi. quyosh nuri ta'sirida qizil, 1-darajali kuyishlar bilan. Mahalliy giperemiya yallig'lanish o'choqlari bilan birga keladi - yallig'langan bo'g'inlar, infiltratlar, yaralar. Terining qon tomir shakllanishlari. Terining eng keng tarqalgan qon tomir shakllanishlari gemangiomalar bo'lib, ular orasida yuzaki va chuqur joylashgan, teskari rivojlanish va progressiv rivojlanish mavjud.



№ 33-rasm. Boladagi terining qon tomir shakllanishi

Yassi gemangiomalar tekis, yuzaki, turli shakl va o'lchamdagi dog'lar bo'lib, telangektaziyalar birlashganda hosil bo'ladi, qizil rangga ega, ba'zan ko'karish tusli. Atrofdagi sog'lom teri darajasida joylashgan yoki undan biroz yuqoriga ko'tariladi. Qon tomir nevuslari yuzaki, yaxshi qon tomirlangan lezyonlar bo'lib, ularni paypaslash mumkin.

Kapillyar gemangiomas ("olovli" nevuslar, "qizil ikra" dog'lari) vaqt o'tishi bilan o'zgarib turadigan tekis tomir malformatsiyasidir. "Olovli" nevus (port-vino dog'i, "sharob" dog'i) aniqroq vazodilatatsiyaga ega bo'lgan tekis gemangiomaning bir variantidir. "Port vino" dog'lari etuk kengaygan kapillyarlardan iborat va doimiy malformatsiyani ifodalaydi, yuz yoki ko'krakning yarmida, ba'zan og'iz bo'shlig'ining shilliq pardalarida assimetrik tarzda joylashgan. Sevimli lokalizatsiya - bo'yinning orqa qismi (Unna nevus). Dog'lar ko'k-qizil yoki qip-qizil rangga ega, aniq chegaralarga ega, o'lchamlari juda katta. Ular etuk bo'lganda, dog'lar ko'tarilib, zich mustahkamlikka ega bo'lishi mumkin. Yengilroq elementlar vaqt o'tishi bilan sezilarli darajada yo'qolishi mumkin. Yulduzsimon angioma to'q qizil rangli pinka o'lchamidagi tugunlar shaklida bo'lib, ulardan kengaygan qon tomirlari nurlar shaklida tarqaladi. Ular sog'lom maktabgacha yoshdagi bolalarning 15 foizida va maktab yoshidagi bolalarning taxminan 45 foizida uchraydi. Ularning sevimli lokalizatsiyasi bilaklarda, qo'llarning orqa yuzalarida, yuzida va quloqlarida. Ular tug'ilgandan keyin darhol kuzatiladi va bir yildan keyin o'z-o'zidan yo'qoladi yoki ular suyuq azotni qo'llash yoki elektrokoagulyatsiya yordamida chiqariladi. Tuberoz-kavernoz gemangioma teri yuzasidan ko'tarilgan o'simtga o'xshash tomir shakllanishining ko'rinishiga ega. U tez-tez yuz, bosh terisida, kamroq oyoq-qo'l va dumbalarda, ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida lokalizatsiya qilinadi. Gemangiomaning yuzasi varikoz bo'shliqlar devorlarining bo'rtib chiqishi tufayli tuberkulyar, yumshoq konsistensiya, ko'k-qizil, jigarrang tusli. Har xil o'lchamdagi, bir yoki ko'p gemangioma ba'zan limfangioma, tekis gemangioma bilan birlashtiriladi. Kavernoz angiomas o'sish, statsionar va involyutsiya fazalaridan o'tadi. Natijani shakllanish hajmi va joylashuvidan oldindan aytib bo'lmaydi.

Kazabach-Merritt sindromi tug'ilgandan keyin yoki hayotning birinchi haftalarida paydo bo'ladi va gemangioma, trombositopeniya va anemiya bilan namoyon bo'ladi. Odatda, gemangiomas bitta va katta. Qon tomir lezyonlari odatda terida va kamdan-kam hollarda ichki organlarda joylashgan. Trombositopeniya gemangiomada trombositlarning sekvestrlanishi yoki yo'q

qilinishing kuchayishi natijasida yuzaga keladi. Birgalikda trombositopeniya ekximoz, petexiya va tez ortib borayotgan gemangioma bilan bog'liq ko'p qon ketishiga olib kelishi mumkin. Anemiya rivojlanishi mumkin. Gipofibrinogenemiya va koagulyatsion omillar darajasining pasayishi nisbatan doimiydir. Klippel-Trenone-Weber sindromi yumshoq va suyak gipertrofiyasi va varikoz tomirlari bilan birgalikda makula tomirlari nevus (port rangli dog'lar) bilan namoyon bo'ladi, bu irsiy autosomal dominant holatning simptomlari triadasini tashkil qiladi. Anomaliya bir qo'l yoki oyoqning kengayishi (makromeliya) bilan cheklanishi mumkin yoki ikkala oyoq-qo'l va magistralning bir qismi ishtirok etadi. Makromeliya angiomatoz bilan kasallangan tomondan oyoq-qo'lning suyaklari va yumshoq to'qimalarining uzunligi va kengligining kamroq gipertrofiyasi bilan namoyon bo'ladi. Sindrom ichak, siydik pufagi, buyraklarning angiomatozi bilan birlashtirilishi mumkin. Sindromning asoratlari tromboflebit, konjestif yurak etishmovchiligi, ta'sirlangan a'zoning gangrenasi, o'pka kasalligi, gematuriyaning o'z ichiga olishi. Osler-Randu kasalligi (irsiy gemorragik telangiektaziya) - irsiy autosomal dominant kasallik bo'lib, simptomlar triadasi: teri va shilliq pardalarning telangiektaziyasi, qon ketish tendentsiyasi va bu xususiyatlarning irsiyat yo'li bilan uzatilishi. Teri va shilliq pardalardagi tipik o'zgarishlar paydo bo'lishidan oldin, bolaning burunidan qon ketishi takrorlanadi. Nuqtalar, chiziqli va yulduzsimon dog'lar ko'rinishidagi telangiektaziyalar yuzda (yonoqlar, peshonalar, jag'lar, burun qanotlari, aurikullar) va tananing ma'lum joylarida lokalizatsiya qilinadi. Ular og'iz, burun, bronxlar, miya, oshqozon-ichak va siydik yo'llarining shilliq pardalarida joylashgan. Massiv qon ketish eng jiddiy asorat bo'lib, og'ir anemiya, splenomegaliyaga olib kelishi mumkin.

Sturge-Weber-Crabbe sindromi (ensefalotrigeminal angiomatoz) bir tomonlama teri, ko'z va miya angiomatozining kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi. U tug'ilishdan boshlab trigeminal asabning shoxlari bo'ylab joylashgan "olovli" nevus shaklida topiladi. Ba'zida angiomatoz bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'iga tarqaladi, kamroq tez-tez tish go'shti, burun va lablarning shilliq pardalari ta'sirlanadi. Miyaning bir tomonlama angiomatozi epileptiform tutilishlar,

hemiparez va oligofreniya bilan namoyon bo'ladi. Ko'zning shikastlanishi konjenital glaukoma, kon'yunktiva anjiyomasi, koroidning anjiyomasi shaklida bo'lishi mumkin. Ushbu sindromning prognozi yomon. Hippel-Lindau kasalligi (serebroretinal angiomatoz) teri, to'r parda, serebellum, medulla oblongata va orqa miya, buyraklar va oshqozon osti bezi gemangiomalarning kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi. Yuzda, ba'zan oyoq-qo'llarda, qorinda, ko'krakda joylashgan terining ko'plab tuberous-kavernoz gemangiomalari mavjud. Sindrom go'daklik davrida, ko'pincha o'g'il bolalarda aniqlanadi va autosomal dominant tarzda meros bo'lib o'tadi. Prognoz yomon: bir necha oy yoki yillar o'tgach, miya shishi uchun xarakterli alomatlar paydo bo'ladi. Louis Bar sindromi (ataksiya-telangiektaziya) telangiektaziya, serebellar ataksiya va immunitetning buzilishi bilan tavsiflanadi va autosomal retsessiv tarzda meros bo'lib o'tadi. Telangiektaziyalar 3 yoshli bolalarda kon'yunktivada, so'ngra burun septumida, quloqlarda, qattiq tanglayda, ko'krakning yuqori qismida va ekstremitalarda paydo bo'ladi. Fabri kasalligi - teri, buyrak, o'pka va yurakning birgalikdagi shikastlanishi bilan tavsiflangan buyrak-teri sindromi (diffuz angiokeratoma). Merosning turi retsessivdir. Ikkala jinsdagi odamlar ham kasal. Kasallikning dastlabki belgilari 6-7 yoshda paydo bo'ladi. Kasallikning boshlanishida terida tirsak, tizza, son, qorin, pastki orqa, skrotumda joylashgan angiokeratomlar shaklida xarakterli o'zgarishlar mavjud. Qizil rangdagi diffuz makulopapulyar toshmalar og'iz bo'shlig'i, oshqozon-ichak traktining shilliq pardalarida ham bo'lishi mumkin.

Toshmalarning semiotikasi (ekzantema). Teri (ekzantema) va shilliq qavatlardagi toshmalar (enantema) nafaqat virusli va bakterial infeksiyalar, balki yuqumli bo'lmagan tabiatning kasalliklari bilan ham paydo bo'lishi mumkin. Pediatr har kuni teri toshmalarining differentsial tashxisiga duch keladi, shuning uchun bu erda kasalliklarning batafsil tavsifisiz faqat asosiy differentsial diagnostika belgilari berilgan. Toshmalarning differentsial diagnostikasi uchun har doim anamnez kerak (boshqa kasalliklar, inkubatsiya davrining davomiyligi, oldingi kasalliklar, allergiyaga moyillik, qabul qilingan dorilar, emlashlar), tekshirish (morfologiyasi va joylashuv tabiati). toshmalar: kasallikning

boshlanishidan boshlab toshma paydo bo'lish vaqti, rangi, toshma qalinlashishi va uning hajmi), qon rasmi va kasallikning dinamikasi to'g'risidagi ma'lumotlar, kasallik paytida ma'lum bir patogenning izolyatsiyasi. mikrobiologik tadqiqotlar yoki turli patogenlarga kasallikning dinamikasida antikorlarni aniqlash. Ushbu o'zgarishlar terining birlamchi shikastlanishini anglatadimi yoki klinik belgilar ikkilamchi omillar (infektsiya, travma yoki davolash) tomonidan o'zgartirilganmi yoki yo'qligini hal qilish muhimdir. Toshmalarning elementlari. Döküntünün asosiy va ikkilamchi elementlari mavjud. Birlamchi elementlar rozeola, dog', papula, tugun, qabariq, pufakcha, siydik pufagi, qon ketishi sifatida tasniflanadi. Ikkilamchi morfologik elementlarga pigmentatsiya va depigmentatsiya, tarozi, qobiq, eroziya, yorilish, ishqalanish, yara, chandiq, tsikatrial atrofiya, likenifikatsiya, vegetatsiya kiradi. Roseola (roseola) - 1 dan 5 mm gacha bo'lgan qizil rangdagi och pushti dog'. Shakli yumaloq yoki tartibsiz, qirralari aniq yoki xiralashgan, teri sathidan tashqariga chiqmaydi, terini bosganda va cho'zilganda yo'qoladi. Roseola ko'plab yuqumli kasalliklarda, ayniqsa tif isitmasida uchraydi. (MP Konchalovskiy aytdi: "Bir yulduz hali yulduzli osmon emas, lekin bitta rozeola sizni tif isitmasi haqida o'ylashga majbur qiladi.") yoki izzsiz yo'qoladi. Dog' (makula) rozeola bilan bir xil rangga ega, teri sathidan tashqariga chiqmaydi, o'lchami 5 dan 20 mm gacha. Shakl ko'pincha noto'g'ri. Teriga bosim o'tkazilganda dog' yo'qoladi va bosim chiqarilgandan keyin yana paydo bo'ladi. 5 dan 10 mm gacha bo'lgan o'lchamdagi bir nechta yamoqlar kichik dog'li toshmalar (masalan, qizilcha) sifatida tavsiflanadi. 10-20 mm o'lchamdagi dog'lar katta dog'li toshma hosil qiladi (masalan, qizamiq, allergiya). Eritema (eritema) - qizil, binafsha-qizil yoki binafsha rangdagi giperemik terining katta joylari. Bu nafaqat terining papiller qatlamining, balki papiller tomir pleksusining tomirlarining kengayishi natijasida hosil bo'lgan katta dog'larning (20 mm dan ortiq o'lchamdagi) birlashishi natijasida yuzaga keladi. Eritema qizilo'ngach, termal, ultrabinafsha kuyishlar uchun eng xosdir. Qon ketishi (gemorragiya) - teri tomirlarining vayron bo'lishi natijasida terida qon ketishi. Turli o'lcham va shakldagi nuqta yoki dog'lar ko'rinishiga ega, teri cho'zilganida yo'qolmaydi. Rang dastlab qizil, binafsha yoki binafsha rangga

ega, keyin qon ketishining yo'qolishi bilan sariq-yashil va oxir-oqibat sariq rangga ega bo'ladi (qizil qon hujayralarining parchalanishi paytida gemosiderin hosil bo'lishi). Kattaroq qon ketishlar bilan rang o'zgarishi aniq ko'rinadi. Aniq qon ketishlar petexiya (petexiya) deb ataladi. 2 dan 5 mm gacha bo'lgan ko'plab dumaloq qon ketishlar purpura (rigrihemoggioe) deb ta'riflanadi. Noqonuniy shakldagi, 5 mm dan ortiq o'lchamdagi qon ketishlar ekximoz (ekximoz) deb ataladi. Qon ketishi toshmaning boshqa elementlari bilan bir-biriga mos kelishi mumkin. Bunday hollarda ular rozeolaning petechial transformatsiyasi, dog'lar, papulalar haqida gapirishadi. Qoida tariqasida, bu kasallikning og'ir kursi bilan kuzatiladi.

Papula (papula) - teri sathidan yuqoriga ko'tarilgan toshma elementi, ko'pincha teginish bilan aniqlanadi. Yassi yoki gumbazli yuzaga ega, o'lchami - 1 dan 20 mm gacha. Shakli va rangi rozeola va dog'lar bilan bir xil. Papulalar ko'pincha pigmentatsiyani va terining qichishishini qoldiradi. Shakli va o'lchamiga qarab, papulalar miliar, tariq donasining kattaligi, ko'pincha konussimon shaklga ega va soch follikulasi atrofida joylashgan (bunday elementning markazida shoxli tiqin yoki soch seziladi). Tuberkulum (tuberkulum) diametri 1-2 dan 5-10 mm gacha bo'lgan, teri yuzasidan yuqorida joylashgan cheklangan, zich, bo'shliqsiz shakllanishdir. Tuberkullar dermisda o'ziga xos yallig'lanish infiltratining to'planishi natijasida hosil bo'ladi. Klinik jihatdan tuberkulyoz papulaga o'xshaydi, lekin undan tuberkulyar his etilganda teridagi zich infiltratsiya har doim aniq aniqlanadi. Bundan tashqari, tuberkullar, papulalardan farqli o'laroq, ular teskari rivojlanganda nekrozga uchraydi, ko'pincha oshqozon yarasi hosil qiladi va terining chandig'i yoki tsicatricial atrofiyasini qoldiradi. Shishlar teri leyshmaniozi, moxov va tuberkulyoz teri lezyonlari, uchinchi va kech tug'ma sifilis uchun eng xosdir. Tugun (tugun) bo'shliq bo'lmagan, cheklangan, muhrning terisiga chuqur kirib boradi, ko'pincha teri sathidan yuqoriga chiqadi. Fındıkdan tovuq tuxumiga qadar tugunlarning kattaligi va boshqalar. Teri osti to'qimasida va dermisning o'zida hujayrali infiltratning to'planishi natijasida hosil bo'ladi. Yallig'lanish tugunlari yumshoq yoki xamirli konsistensiyaga ega, chegaralari noaniq, ularning

ustidagi teri qizil rangga ega, ular tezda hal qilishga intiladi. O'ziga xos yallig'lanish natijasida paydo bo'ladigan tugunlar (kollikvativ sil, sifilitik gum) zich konsistensiyaga ega bo'lib, atrofdagi to'qimalardan keskin ajratilgan va chirish va yaralanishga moyil bo'lib, keyin chandiqlar paydo bo'ladi.

Blister (urtica) o'tkir yallig'lanishli, bo'shliqsiz element bo'lib, teri sathidan biroz balandroq, hajmi 2-3 dan 10-15 sm gacha yoki undan ko'p, yumaloq yoki oval shaklga ega, ko'pincha qichishish bilan birga keladi. Rang - oqdan och pushti yoki och qizil ranggacha. Blister odatda tez shakllanadi va hech qanday iz qoldirmasdan tezda yo'qoladi. Bu terining papiller qatlamining cheklangan o'tkir yallig'lanish shishi va kapillyarlarning bir vaqtning o'zida kengayishi natijasida yuzaga keladi. Urticarial elementlarning ko'rinishi turli xil kelib chiqishi (dori, oziq-ovqat, sovuq allergiya), shu jumladan yuqumli tabiatning allergik reaksiyalariga xosdir. Ba'zida u gepatit B ning preikterik davrida sodir bo'ladi vesikula 1 dan 5 mm gacha bo'lgan o'lchamdagi bo'shliq elementi bo'lib, epidermisning ajralishi hisoblanadi. Odatda, pufakchalar shaffof, loyqa yoki qonli tarkib bilan to'ldiriladi, ular qisqarishi va shaffof yoki jigarrang qobiq berishi mumkin. Agar qabariq qopqog'i ochilsa, u holda eroziya hosil bo'ladi - pufakning o'lchami bilan cheklangan pushti yoki qizil rangli yig'layotgan sirt. Pufakchalar terida iz qoldirmaydi. Agar qabariqda ko'p miqdorda leykotsitlar to'plansa, u xo'ppozga aylanadi - pustula (pustul). Yallig'lanish o'zgarishlari pufakchanning tagida va atrofida qayd etiladi. Pustulalar bir kamerali (suvchechak) va ko'p kamerali (tabiiy chechak) bo'linadi. Yallig'langan terida joylashgan pufakchalar guruhiga herpes deyiladi. Vesikulalar herpes va enterovirus infeksiyalari, suvchechak va chechak, eritipeloid va oyoq va og'iz kasalliklari uchun xarakterlidir. Pufakcha (bulla) epidermisning yuqori qatlamlarida va uning ostida joylashgan diametri 3-5 sm gacha bo'lgan bo'shliq elementidir. Blisterlarning tarkibi seroz, qonli, yiringli bo'lishi mumkin. Ular cho'kishi mumkin, qobiq hosil qiladi, ochiladi, beqaror pigmentatsiyaga aylanadigan eroziv sirt hosil qiladi. Quviq ko'pincha eritematoz nuqta fonida, kamroq tez-tez o'zgarmagan teri fonida (neonatal pemfigoid) paydo bo'ladi. Elementlar epidermis ichida ham, stiloid

qatlamida (pemfigus vulgaris) va epidermis ostida (polimorf ekssudativ eritema, dermatoz herpetiformis) joylashishi mumkin. Qizilchanning bullyoz shakli, ba'zida suvchechak, termik kuyishlar bilan kuzatiladi. Ikkilamchi morfologik elementlar döküntünün birlamchi elementlarining evolyutsiyasi natijasida hosil bo'ladi.



№ 34-rasm. Bolalardagi vesikulalarning namoyon bo'lishi

Giperpigmentatsiya (hyperpigmentatio) - unda melaninning ko'payishi yoki birlamchi elementlarning gemosiderin konlari natijasida teri rangining o'zgarishi. Depigmentatsiya (depigmentatio) teridagi melanin miqdorining kamayishi natijasida yuzaga keladi, u tugun, tuberkulyoz yo'qolganidan keyin, makulotsitar (pityriasis versicolor, ekzematoid) va papulyar (psoriaz) elementlarning rezolyutsiyasidan keyin kuzatiladi. Skala (sguama) - shox pardaning rad etilgan hujayralarining, ba'zan epidermisning pastki qatlamlarining to'planishi. Tarozilar birlamchi morfologik elementlarda - papulalar (psoriaz, sifilis), tuberkulyarlar, pufakchalar (ekzema) ajralganidan keyin va boshqalarda bo'ladi. Tarozilarning shakli va o'lchamiga qarab, unga o'xshash (achchiq tarozilar) farqlanadi. terining yuzasi un sepilganga o'xshaydi (kseroderma) va qatlamli peeling, bunda turli o'lchamdagi shox pardaning pergamentga o'xshash massalari terining muhim joylaridan ajralib turadi (Leyner desquamativ eritrodermi). Eroziya (eroziya) - vesikula, siydik pufagi, xo'ppozning ochilishi natijasida epidermis ichidagi terining nuqsoni, ularning shakli va hajmini takrorlaydi. Pufakchalar va pustulalar birlashganda, eroziya qirrali qirralarga ega. Eroziya, shuningdek,

burmalar hududida terining maseratsiyasi yoki toshmaning boshqa elementlari, ko'pincha papulalarning maseratsiyasi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Eroziya tuzalganda, chandiqli qolmaydi, odatda faqat vaqtinchalik pigmentatsiya mavjud. Abraziya (excoriatio) - chizish, chizish va boshqa shikastlanishlar natijasida terining butunligini buzish. Abraziyalar yuzaki bo'lishi mumkin - epidermis ichida, ba'zan papiller dermisni o'z ichiga oladi va chandiqli davolanadi. Dermisning chuqur qatlamlarini o'z ichiga olgan chuqurroq aşınmalar chandiqli qoldiradi. Abraziyalar infeksiyaga moyillik bilan tavsiflanadi. Oshqozon yarasi (oshqozon yarasi) dermisga, teri osti yog 'to'qimalariga, fastsiyaga, mushaklarga, suyaklarga etib boradigan chuqur teri nuqsonidir. Bu birlamchi element (tuberkul, tugun, ektima) to'qimalarining parchalanishi natijasida yuzaga keladi. Uning o'lchami 1 mm dan tanga yoki xurmo o'lchami va undan ko'p bo'lishi mumkin, shakli yumaloq, tasvirlar, chiziqli, cho'zinchoq, tartibsiz. Atrofdagi to'qimalar yallig'langan (shish, giperemiya) yoki infiltratsiyalangan. Yaralar har doim chandiqli bilan davolanadi. Yoriqlar, ko'z yoshlar (fissura, rhagades) - yallig'lanish infiltratsiyasi yoki terining haddan tashqari cho'zilishi paytida elastiklikni yo'qotish natijasida haddan tashqari quruqlikdan kelib chiqadigan yorilish shaklida terining chiziqli shikastlanishi. Yoriqlar epidermis va dermis ichida joylashgan bo'lishi mumkin. Odatda ular og'iz burchaklarida, interdigital burmalarda, kaftlarda, tagliklarda, bo'g'inlar ustida, anusda lokalizatsiya qilinadi. Yuzaki yoriqli shifo topganidan keyin hech qanday iz qoldirmaydi. Chuqur yoriqlar tuzalgach, chiziqli chandiqlar qoladi. Skar (cicatrix) - chuqur nuqson joyida biriktiruvchi to'qima hosil bo'lishi. Bu yarali tuberkullar, chuqur pustulalar, tugunlar, chuqur kuyishlar, yaralar joyida chuqur teri nuqsonlarini davolashdan keyin paydo bo'ladi. Skar shakllanishi yog 'va ter bezlari, soch follikulalari, qon tomirlari va elastik tolalarning nobud bo'lishi va teri naqshining yo'qolishi bilan birga keladi. Odatda chandiqlar teri sathidan pastda joylashgan yoki uning darajasida bo'ladi, kamroq tez-tez teri sathidan ko'tariladi - gipertrofik chandiqlar (ularning turi keloid). Lichenifikatsiya (lichenificatio) - terining qalinlashishi va siqilishi, giperpigmentatsiya, quruqlik bilan birga rivojlangan teri naqshining diqqat

markazida. Lixenifikatsiya o'choqlari ko'pincha bo'yin, tirsak va popliteal burmalar, bilak va to'piq bo'g'imlari, inguinal burmalar, skrotumda lokalize qilinadi va qichishish (ekzema, neyrodermatit) bilan kechadigan surunkali dermatozlarda paydo bo'ladi. Vegetatsiya (vegetatio) - epidermisning stiloid qatlamining ko'payishi va uzoq davom etadigan yallig'lanish jarayoni bilan dermisning papillomatozi natijasida terining papiller qalinlashishi. Ko'pincha u papulyar elementlar va yaralar sohasida hosil bo'ladi. O'simliklar eroziyalanishi, qon ketishi va ikkilamchi pyokokk infeksiyasiga moyil bo'lishi mumkin. Striae (striae) - buzilmagan epidermis bilan terining cho'zilishi va uning koriumining yirtilishi natijasida paydo bo'ladigan sikatrisli chiziqlar. Ular ko'pincha semiz bo'lgan katta yoshdagi bolalarda shakllanadi va ko'pincha yuqori sonlarda yoki qorinda lokalizatsiya qilinadi. Dastlab, chiziqlar och qizil rangga ega bo'lib, kulrang-ko'k va keyinchalik oq rangga aylanadi. Ko'pincha, hayotning birinchi oyidan boshlab, quruq teri va qichishish fonida teri burmalarida doimiy bezi toshmasi shaklida terida ekssudativ diatez paydo bo'ladi. Bunday holda, bosh terisida gneys yoki seboreya bo'lishi mumkin (katta fontanel atrofida va boshning tojida yog'li sarg'ish tarozilar), sut qobig'i (haroratga bog'liq qizarish, so'ngra yonoq terisining po'stlog'i pasayadi. salqin havoda tashqarida). Eksudativ diatez uchun oyoq-qo'l va magistral terisida eritematoz-papulyar yoki eritematoz-vezikulyar toshmalar xarakterlidir, shuningdek.

Yuqumli bo'lmagan toshmalarning semiotikasi. Allergik toshmalar sarum kasalligi, oziq-ovqat va dori allergiyalari bilan kuzatiladi. Asosiy kasallik (difteriya, botulizm, tetanoz va boshqalar) fonida zardob kasalligi bilan, heterologik sarum kiritilgandan bir hafta o'tgach, bemorda toshma paydo bo'ladi. Döküntünün tabiati xilma-xil - dog'li, makulopapulyar, o'rta va katta. Urticarial toshmalar juda xarakterlidir. Toshma, albatta, qichishish bilan birga keladi, hamma joyda - yuzda, magistralda, oyoq-qo'llarda, lekin ko'pincha bo'g'inlar atrofida va sarum in'ektsiya joyida joylashgan. Ko'p shaklli ekssudativ eritema, nodulyar eritema kabi, yuqumli-allergik xususiyatga ega. Bu dumaloq shakldagi makula yoki papulyar toshmalar bilan tavsiflanadi, diametri 3-15 mm, o'tkir chegaralari,

pushti yoki yorqin qizil, depressiya va markaziy qismning engil rangi bilan markazdan qochma o'sishi bilan tavsiflanadi. Ko'p shaklli eritema nosimmetrik, ancha keng tarqalgan terining shikastlanishi bilan tavsiflanadi, ba'zida dog'lar birlashib, gulchambarlar, yo'ylar ko'rinishidagi shakllarni hosil qiladi, asosan oyoq-qo'llarning ekstensor yuzalarida lokalizatsiya qilinadi, ko'pincha bilaklar, kamroq tez-tez oyoqlar, oyoqning orqa tomonida, yuzida, bo'ynida. Ko'pincha eritema subfebril holat, tomoqdagi og'riqlar, bo'g'imlar va boshqalar bilan birga keladi.

Stiven-Jonson sindromi ekssudativ eritema multiforme kursining variantlarini anglatadi. Rivojlanish mexanizmi Artyus fenomeniga ko'ra, dori-darmonlarni qabul qilish: sulfa preparatlari, pirazon hosilalari, antibiotiklar va boshqalarni qabul qilish uchun darhol turdagi allergik reaksiyalar bilan bog'liq. Boshlanishi o'tkir, zo'ravon, isitma bir necha kundan 2 kungacha davom etadi. -3 hafta, tomoqdagi og'riq, shilliq qavatning giperemiyasi, burun oqishi, kon'yunktivit, gipersalivatsiya, bo'g'imlarda og'riq. Birinchi soatlardan boshlab teri va shilliq pardalarning progressiv shikastlanishi kuzatiladi: bo'yin, yuz, ko'krak, oyoq-qo'llarda og'riqsiz to'q qizil dog'lar (hatto kaftlar, tagliklar ta'sirlanadi); bu bilan birga papulalar, pufakchalar, pufakchalar paydo bo'ladi.



№ 34-rasm. Stiven-Jons sindromi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Lyell sindromi (toksik epidermal nekroliz) - yuqumli, asosan stafilokokk jarayoniga va dori-darmonlarni qabul qilishga (antibiotiklar, sulfanilamidlar, analjeziklar) yoki qon quyish va qon tarkibiy qismlariga allergik reaksiya. Kasallik patogenezida teridagi lizosomal fermentlarning "portlovchi" chiqishi (har doim ham immun kelib chiqishi emas) birinchi darajali ahamiyatga ega. Kasallik titroq, isitma, tomoq og'rig'i, pastki orqa, bo'g'imlar, terining yonishi va og'rig'i bilan o'tkir boshlanadi. Har xil o'lchamdagi katta eritematoz dog'lar paydo bo'ladi, ular ko'pincha birlashadi va bir necha soat ichida butun tanaga tarqaladi. Terining ba'zi joylarida dog'lar o'rnida pufakchalar, papulalar, pufakchalar paydo bo'ladi, keyin esa katta, tekis, xira pufakchalar, boshqalarda - qon ketishlar. Aniq epidermoliz natijasida bola ikkinchi darajali kuyishga o'xshaydi. Kiyim bilan ishqalanadigan joylarda terining sirt qatlamlari pufakchalar mavjudligi yoki yo'qligidan qat'i nazar, eksfoliatsiya qilinadi.



№ 35-rasm. Lyell sindromi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Nikolskiy simptomi ijobiy. Ushbu sindrom bilan shilliq qavatlar ham ta'sir qilishi mumkin. Stivens-Jonson sindromidan farqli o'laroq, toksikoz keskin namoyon bo'ladi, og'iz va ko'zning shilliq pardalari ta'sirlanadi, miyokardit, nefrit, gepatit tez-tez rivojlanadi. Urticaria, anjiyoödem - eng keng tarqalgan allergik teri lezyonlari. Urticaria ning immun va immun bo'lmagan shakllari farqlanadi.

Bolalarda oziq-ovqat moddalari ko'pincha allergen hisoblanadi. Allergik reaksiyalar IgE vositachiligida sodir bo'ladi. Allergenlarni iste'mol qilgandan so'ng bir necha daqiqa yoki soat o'tgach, bemor til, lablar, tanglay, bu joylarda shish, ko'pincha o'tkir qorin og'rig'ini his qiladi. Yuz terisida eritema paydo bo'lib, u keyinchalik tananing boshqa qismlariga tarqaladi, eritema o'rnida ürtiker, juda qichishadigan elementlar paydo bo'ladi. Teri toshmasi har xil tabiatga ega: tugunlar, turli o'lchamdagi pufakchalar va g'alati shakllar. Konyunktivit hodisalari ko'pincha bir vaqtning o'zida kuzatiladi, kamroq tez-tez - laringeal shish va boshqalar tufayli nafas olish qiyinlishuvi, ko'zlar, qo'llar, oyoqlar, jinsiy a'zolar. Shishish ko'chib ketishi mumkin. Umumiy simptomlar mumkin: isitma, qo'zg'alish, artralgiya, kollaps.



№ 36-rasm. Urticaria sindromi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Leiner - Mussu desquamative eritrodermiya hayotning dastlabki 3 oyi davomida bolalarda uchraydi. Bu butun terining yorqin giperemiyasi, infiltratsiyasi va peelingi bilan tavsiflanadi. Ko'pgina bolalarda lezyonning dastlabki lokalizatsiyasi dumba va inguinal burmalar, kamroq tez-tez - tananing yuqori qismi, bosh terisi, yuz, qo'ltiqlardir. Nopok sariq rangdagi tarozilar yuzga birlashadi va go'yo qobiq hosil qiladi. Tanadagi tarozilarni tozalashdan so'ng, maseratsiya, burmalarda

yoriqlar paydo bo'ladi, ikkilamchi infeksiya qatlamlanadi. Teridagi o'zgarishlarga qo'shimcha ravishda, dispeptik kasalliklar tipik bo'lib, gipovitaminoz, to'yib ovqatlanmaslik, temir tanqisligi anemiyasi va septik asoratlarga olib keladi.

SUYAK-BO'G'INLAR TIZIMI SHIKASTLANISHINING SEMIOTIKASI

Turli yoshdagi bolalarning tayanch-harakat tizimining fiziologik parametrlarini bilish, alohida elementlarning patologiyasining klinik belgilarini va umuman osteoartikulyar tizimning butun tizimini aniq talqin qilishdir. uning kasalliklarini to'g'ri tashxislash va muvaffaqiyatli terapiya uchun zarur. Fosfor-kaltsiy almashinuvining buzilishi. Fosfor-kaltsiy almashinuvining buzilishi bolalik davrida ko'plab kasalliklarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bolalarda suyak deformatsiyasi, osteopeniya va erta osteoporozning eng keng tarqalgan sabablari raxit va raxitga o'xshash kasalliklardir. Gipokalsemiya sindromi - genetik jihatdan aniqlanishi yoki sotib olinishi mumkin. Oshqozon-ichak trakti, suyaklar va buyraklardan hujayradan tashqari suyuqlik va qon oqimiga kaltsiyni kam iste'mol qilish natijasida yoki ortiqcha kaltsiy yo'qotilishi natijasida rivojlanadi. Gipokalsemiyaning klinik ko'rinishi asosan nerv-mushaklarning qo'zg'aluvchanligining buzilishi bilan bog'liq. Gipokalsemiya uchun paresteziya va tetaniya eng xarakterlidir.

Osteoporoz - bu inson skeletining keng tarqalgan dismetabolik kasalligi bo'lib, u past suyak massasi va suyak to'qimalarining mikrostrukturasini qayta qurish bilan tavsiflanadi, bu suyaklarning mo'rtlashuviga va natijada sinish xavfining oshishiga olib keladi. Revmatik kasalliklarda, dismetabolik artropatiyalarda, surunkali buyrak kasalliklarida, turli xil etiologiyalarning malabsorbtsiya sindromida kuzatilishi mumkin. Osteoporozni aniqlashning asosiy usuli rentgen nuridir. Raxit (yunoncha - umurtqa pog'onasi) - bu skeletning qayta qurish va o'sish tezligining oshishi, organizmning Ca, P va boshqa oziq moddalarga bo'lgan katta ehtiyoji, nisbiy zaiflik va tizimlarning nomukammalligi natijasida yuzaga keladigan polietiologik kasallik. ularning etkazib berish va metabolizmi. D vitamini yetishmaydigan raxitga o'xshash suyak tizimidagi o'zgarishlar D vitamini metabolizmida ishtirok etadigan organlarning birlamchi

(genetik jihatdan aniqlangan) va ikkilamchi kasalliklarida rivojlanishi mumkin: paratiroid bezi, oshqozon-ichak trakti, buyraklar, jigar, o'pka patologiyasida, skelet tizimi.

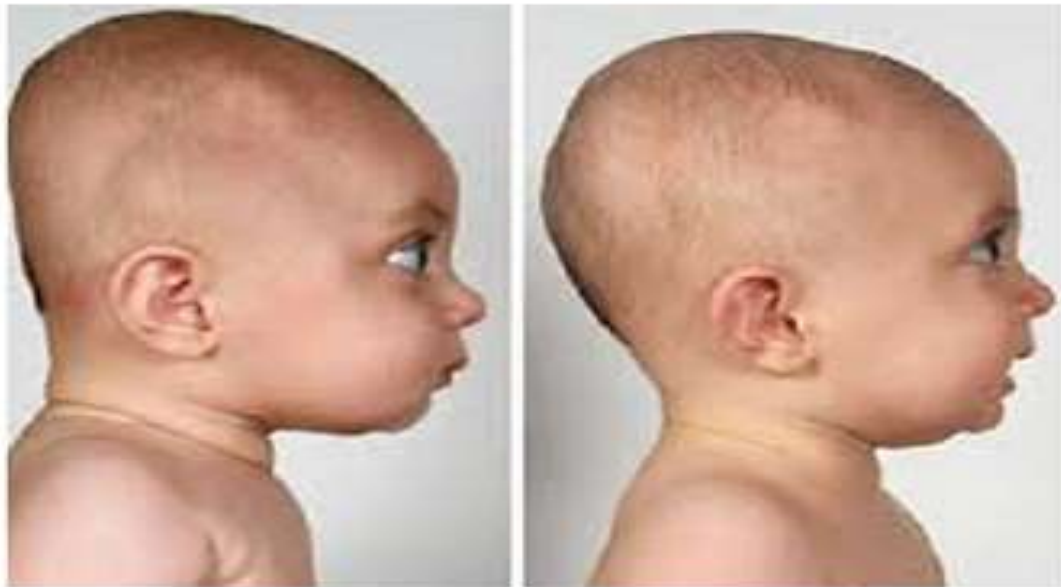


Shakl 37. Raxit bilan pastki oyoq-qo'llarning egriligi

Bunday hollarda fosfor-kaltsiy almashinuvining buzilishi asosiy kasallikdagi raxitga o'xshash sindrom (gipoparatiroidizm, buyrak tubulyar atsidoz, de Toni - Debreu - Fankoni sindromi va boshqalar) sifatida talqin etiladi. Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda, kattalarda, xususan, raxit bilan og'rikan bolalarda quvurli suyaklarning mineralizatsiyasi va yumshashining etishmasligi osteomalaziya deb ataladi.

Raxit bilan suyak deformatsiyasi. Raxitning eng yorqin belgilari suyak tizimidagi o'zgarishlardir. Suyak o'zgarishlari skelet bo'ylab sinxron bo'lmagan va notekis ravishda sodir bo'ladi. Avvalo va eng intensiv ravishda buzilishlar tez o'sib borayotgan suyaklarda - bosh suyagida, qovurg'alarining old uchlarida, quvurli suyaklarning metafizlarida, keyinroq - umurtqalar, tos suyaklari va jag'larda rivojlanadi. Shu munosabat bilan, raxitda suyak belgilari bemorning yoshiga qarab farqlanadi: hayotning birinchi yarmidagi bolada bosh suyagi va ko'krak qafasining shikastlanishi, kattaroq bolalarda - oyoq-qo'llari va umurtqa pog'onasining

shikastlanishi aniqlanadi. Raxit bilan bosh suyagidagi o'zgarishlar: 1) lambdoid tikuv bo'ylab va parietal suyaklarning orqa qismlarida (kamroq oksipital suyak tarozilari sohasida), diametri 1,5-2 sm bo'lgan yumshatilish joylari (kraniotabalar) paydo bo'lib, bosilganda yumshoq pergament yoki yupqa tsellyuloid plastinka hissi paydo bo'ladi ("ping-pong to'pi" yoki "namat shlyapa" alomati); 2) kranial tikuvlar kech yopiladi, katta fontanelning yopilishi ham kechiktiriladi (16-24 oygacha); bosh suyagi konfiguratsiyasidagi umumiy o'zgarishlar tufayli katta fontanel shaklini o'zgartiradi, rombikdan kvadratga aylanadi, uchburchak yoki bo'ylab va bo'ylab cho'ziladi; 3) suyaklarning yumshoqligi va bolaning yotoqdagi holatiga qarab, bosh suyagi tartibsiz shaklda bo'lishi mumkin - boshning orqa qismi tekislangan yoki boshning assimetriyasi, braxisefaliya, ba'zan. burun ko'prigi cho'kib ketadi (egar burun); 4) bosh suyagining miya qismi ancha rivojlanganligi va yuz suyaklari va bosh suyagi asosining kechikib o'sishi tufayli bolaning boshi nomutanosib ravishda katta bo'ladi; 5) tishlash jag'larning deformatsiyasi tufayli buziladi - yuqori jag anteroposterior yo'nalishda cho'ziladi va pastki tomondan oldinga chiqadi; pastki jag burchakli bo'lib, old tomondan tekislanadi; osmon tomi baland va tor bo'ladi; 6) burun yo'llarining torayishi; 7) parietal va frontal tuberkulyarlarning o'sishi (osteoidning o'sishi) tufayli bosh suyagi turli xil konfiguratsiyalarda bo'lishi mumkin (kvadrat (kaput quadratum), egar shaklida, raxit braxitsefaliyasi); 8) baland ("Olimpiya") peshona.



Rasm № 38. Raxit bilan bosh suyagidagi o'zgarishlar

Tishlardagi o'zgarishlar:

- 1) raxit bilan og'rikan bolalarda sut tishlari ko'pincha noto'g'ri tartibda va keyinroq chiqadi;
- 2) dentin va emal tuzilishining buzilishi tufayli tishlar karioz jarayonlarga oson ta'sir qiladi.

Ko'krak qafasining deformatsiyasi:

- 1) klavikulalarning egriligi kuchayadi;
- 2) qovurg'alarning yumshoqligi va ularning ko'proq harakatchanligi natijasida, diafragmaning biriktirilishiga taxminan mos keladigan kamar shaklida gorizontol tushkunlik paydo bo'ladi (Harrisonning yivi), bu ayniqsa chuqur nafas olish va yig'lash bilan sezilarli bo'ladi. bolaning;
- 3) ko'krakni yon tomonlardan sezilarli darajada siqish bilan (qattiq o'ralgan holda) sternum oldinga chiqadi - keeled ("tovuq") ko'krak hosil bo'ladi;
- 4) ba'zan sternumning pastki qismi bosiladi - voronka shaklidagi ko'krak hosil bo'ladi («poyafzalchining ko'kragi»); ayniqsa, ko'krak qafasining og'ir deformatsiyalari umurtqa pog'onasining egriligi bilan kuzatiladi (orqa tomondan - kifoz, old tomondan - lordoz, yon tomonga - skolyoz);

5) ko'krakning pastki teshigi tashqariga buriladi - "shlyapa qirralari" deb ataladigan narsalar hosil bo'ladi;

6) osteoid to'qimalarning shakllanishining kuchayishi natijasida qovurg'alarining suyak va xaftaga tushadigan qismlari chegarasida qalinlashuvlar paydo bo'ladi - "raxit tasbehi" yoki "raxit tasbehi".



№ 39-rasm. Ko'krak qafasining raxitik "huni"

Umurtqa va tos suyagining deformatsiyalari:

1) belning egriligi kuchayadi (rickety kifoz), ricketli dumba hosil bo'ladi; bola yurishni boshlaganda, ba'zida lordoz qo'shiladi, ba'zi hollarda - skolyoz;

2) yotgan holatda kasal bolalar osongina oyoqlarini boshlariga tortib olishadi, hatto oyoqlarini yelkalariga qo'yishadi ("pichqoncha" belgisi);

3) tekis rickety tos suyagi hosil bo'ladi - pubik yo'ylar kengayadi, konjugatlar qisqaradi.



Shakl № 40. Raxitik kifoz, lordoz va umurtqa pog'onasi skolyozi

Ekstremitalarning deformatsiyalari:

1) epifizalarning deformatsiyasi va metafizalarning kengayishi natijasida radius, dirsek, tibia va tolaning pastki uchlarida qalinlashuvlar - ricket "bilaguzuklar" va "marvarid iplari" hosil bo'ladi. barmoqlarning falanjlari, ba'zida oyoqlarda suprakondilyar qalinlashuvlar ko'rinadi;

2) sonning oldinga va tashqariga har xil egriliklari, pastki uchlikdagi pastki oyoq oldinga - bu deformatsiyalar O shaklidagi (genu varum) va X shaklidagi (genu valgum), shamshir shaklidagi oyoqlarning, tekis oyoqlarning shakllanishiga olib keladi;

3) suyak shakllanishining buzilishi va osteomalaziya jarayonlari ko'pincha sinish va yoriqlarga olib keladi;

4) suyaklarning uzunligi bo'yicha o'sishining sekinlashishi - bu raxit bilan og'rikan bolalarning o'sishining kechikishining sabablaridan biri va umumiy o'sishning kechikishi, ayniqsa, deformatsiyalar bilan birga umurtqalarda o'zgarishlar mavjudligida namoyon bo'ladi. skeletning boshqa qismlari.



№ 41-rasm. Raxit bilan pastki oyoq-qo'llarning egriligi

Shunday qilib, raxitda skelet tizimining zararlanishini to'rt guruhga bo'lish mumkin:

1) o'tkir davrda osteomalaziya belgilari (suyakning yumshashi) ustunlik qiladi - bosh suyagi suyaklari, fontanel qirralari, kraniotabalar, braxisefaliya, bosh suyagi, oyoq-qo'llar, klavikulalar, tekis tos suyagi, eroziya va boshqalarning deformatsiyalari tish karieslari;

2) raxitning subakut bosqichida osteoid giperplaziya belgilari ustunlik qiladi - frontal, parietal tuberkulyarlar, qovurg'a "rosary", oyoqlarning suprakondilyar qalinlashishi, bilaklardagi "bilaguzuklar", barmoqlarda "marvaridlar";

3) suyak to'qimalarining gipoplaziya belgilari - uzunligi bo'yicha quvurli suyaklarning sekin o'sishi, sut va doimiy tishlarning kech otilishi, fontanellarning kech yopilishi tufayli xarakterli "qisqa oyoqli" o'sishning kechikishi;

4) mushak gipotenziyasi belgilari - orqa-bel kifoqli umurtqa pog'onasi egriligi, skolyoz, kengaygan pastki teshikli ko'krak qafasining deformatsiyasi ("qo'ng'iroq shaklidagi" ko'krak qafasi).

Artikulyar sindrom. Artikulyar sindrom - patologik jarayonda bir yoki bir nechta bo'g'inlar ishtirok etganda rivojlanadigan simptom majmuasi. Anamnez bolalarda artikulyar sindromning differentsial diagnostikasining markaziy va

aniqlovchi bo'g'inlaridan biridir. Tashxis qo'yishda anamnestik ma'lumotlar orasida og'riqni tahlil qilish muhim rol o'ynaydi.

Artralgiya (ta'sirlangan bo'g'imdagi og'riq) asab tugunlari va qon tomirlari bo'lmagan artikulyar xaftaga bundan mustasno, uning turli tuzilmalarida asab tugunlarining tirnash xususiyati natijasida yuzaga keladi.

Og'riqni tavsiflashda quyidagilar hisobga olinadi:

- lokalizatsiya (assimetrik, simmetrik);
- og'riqni nurlantirish;
- og'riq sindromining davomiyligi;
- og'riqning intensivligi (zaif, o'rtacha, kuchli);
- paydo bo'lishning to'satdan yoki asta-sekinligi;
- og'riq xronologiyasi: kechasi, ertalab, kechqurun;
- harakat yoki harakatning muayyan turi bilan bog'lanish;
- og'riq uyqusizlik hissi bilan birga keladimi;
- og'riqni kamaytiradigan omillar.

Og'riqning tabiati:

- yallig'lanish - og'riq dam olishda ko'proq aniqlanadi yoki harakatning boshida oxiriga qaraganda kuchliroq bo'ladi; bo'g'inlar ertalab yoki tunning ko'p qismida og'riydi (romatoid artrit, Reiter kasalligi, reaktiv artritning xarakterli alomati);

- mexanik - og'riq qo'shilishdagi harakatlar bilan bog'liq, kasal bola qanchalik ko'p yursa, og'riq kuchliroq bo'ladi (osteoartrit uchun xarakterli belgi);

- doimiy - qattiq og'riq, charchagan, kechasi kuchaygan (osteo-destruktsiya va suyak nekrozi bilan bog'liq, intraosseöz gipertenziya bilan birga). Doimiy "suyak og'rig'i" (kecha va kunduz) suyakdagi o'smalarning metastazlari bilan sodir bo'ladi.

Quyidagi nuqtalarga e'tibor bering:

1. O'tkir boshlanish - asosiy simptomlar bir necha soat - bir necha kun ichida rivojlanadi. Gut va yuqumli artrit o'tkir boshlanadi - bir necha soat ichida. Reiter kasalligi va reaktiv artrit bilan artrit bir necha kun ichida sodir bo'ladi.

2. Subakut kursda artritning asosiy belgilari bir oy ichida rivojlanadi. Ushbu kurs revmatoid va tuberkulyoz artritda, shuningdek, biriktiruvchi to'qimalarning diffuz kasalliklarida eng ko'p uchraydi.

3. Surunkali kurs revmatoid artritning ko'p hollarda artroz va ankilozan spondilit bilan kuzatiladi.

4. Og'riqning lokalizatsiyasi - ko'pincha og'riq ta'sirlangan bo'g'imga to'g'ri keladi, lekin u "aks ettirilgan" og'riq xarakteriga ega bo'lishi mumkin, masalan, son bo'g'imi ta'sirlangan bo'lsa, tizza bo'g'imi, bel, inguinal og'riqlar bo'lishi mumkin. va gluteal hududlar; tekis oyoqlari bilan - to'piq, tizza va hatto kalça qo'shimchasida va hokazo.. Ba'zida qo'shma og'riqlar ichki organlarning kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan, o'pka shishi bilan, ular tos a'zolarining patologiyasi bilan elkama bo'g'imida lokalize qilinadi. - sakrumda va boshqalar

5 Og'riq sindromi kursining variantlari: sekin, lekin barqaror rivojlanib boradi; tez rivojlanmoqda; rivojlanish yo'q; progressiyasiz to'lqinli; barqaror progressiya bilan to'lqinli; takrorlanuvchi progressiv; qaytalanuvchi regressiv. Mexanik omillar og'riq paydo bo'lishida rol o'ynaydi - bo'g'implarning ortiqcha yuklanishi, tendon-ligamentli apparatlarning cho'zilishi, sinovial membrananing tirnash xususiyati, shuningdek mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, suyak skeletida metabolik kasalliklar, yallig'lanish va degenerativ o'zgarishlarning rivojlanishi. qo'shma. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va chaqaloqlarda bo'g'implarning og'rig'ining eng ko'p uchraydigan sabablari orasida son suyagi va son suyagining sinishi, tug'ruq paytida klavikulaning sinishi, brakiyal pleksus falaji, dumg'aza epifiziolizi, sepsis bilan metastatik artrit, osteomielit kiradi. 1-3 yoshda bo'g'implarda og'riq sabablari orasida shikastlanishlar, balog'atga etmagan revmatoid artrit, sillit artrit, sepsisli artrit, artrit va tubulopatiyalar bilan artralgiya, allergik kasalliklar va toksikoseptik kasalliklarni nomlash mumkin. Kattaroq bolalar va o'smirlarda bo'g'implarning patologik jarayonga jalb etilishi yuqumli kasalliklar, çölyak kasalligi, zardob kasalligi, kollagenozlar, revmatizm, psoriaz, asab tizimi kasalliklari, onkologik kasalliklar, alkaptonuriya va boshqalarda ta'sirlangan

bo'g'imdagi harakatlarda kuzatiladi. (lar), ertalab qattqlik, shish va bo'g'im konfiguratsiyasining o'zgarishi, siqilish mavjudligi, harakatlanayotganda uni bosish, bolaning yurishida o'zgarish. Ertalabki qattqlikning davomiyligi har xil bo'lishi mumkin - bir necha daqiqadan (keyin ular bo'g'inlardagi qattqlik haqida gapirishadi) bir necha soatgacha. Ertalabki qattqlik alomatiga qo'shimcha ravishda, umumiy qattqlik deb ataladigan narsa ham mavjud - bu umurtqa pog'onasi holatini aks ettiruvchi alomat. Umumiy qattqlik butun umurtqa pog'onasida yoki uning qismlarida - servikal, torakal, lomberda kuzatilishi mumkin.

Umumiy shikoyatlarga tana haroratining ko'tarilishi (isitma), shuningdek, toksikoz sindromining mavjudligi va og'irligini aks ettiruvchi boshqa shikoyatlar, masalan, zaiflik, letargiya, harakatsiz kayfiyat, bezovtalik, bolaning xatti-harakatlaridagi o'zgarishlar kiradi. Bo'g'implarni tekshirishda ularning joylashuvi va simmetriyasiga, hajmi (o'lchami), konturlari va shakli (konfiguratsiyasi), zararlangan bo'g'in ustidagi yumshoq to'qimalarda o'zgarishlarning yo'qligi yoki mavjudligiga (terining rangparligi yoki giperemiyasi, uning pigmentatsiyasi, oqmalar) qayd etilgan. Haroratning o'zgarishi bo'g'in ustida amalga oshiriladi (qo'lning orqa tomoni bilan yaqin atrofda joylashgan bir nechta joylar taqqoslanadi). Bo'g'implarning assimetriyasi ko'pincha oyoq-qo'llardan biri qisqarganida - hemiatrofiya yoki oyoq-qo'lning rivojlanmaganligi yoki uning bir tomonlama o'sishi - hemigipertrofiya sodir bo'ladi. Qo'shimchalarning deformatsiyasi - bu suyak o'zgarishi, ankiloz rivojlanishi, subluksatsiya tufayli ularning shaklining doimiy o'zgarishi. Shishish - uning konturlarining silliqliqi bilan qo'shilish hajmining oshishi. Shishish bir tekis va notekis bo'lishi mumkin. Qo'shimchaning bir xil shishishi odatda uning konturlarining silliqliqi, xususan, suyak o'simtalari va yumshoq to'qimalarning normal tortilishi bilan birlashtiriladi. O'tkir yallig'lanishga xos bo'lgan aniq ekssudativ jarayon bilan bo'g'in hajmi sezilarli darajada oshadi va sferik (sferik) shaklga ega bo'lib, odatdagi shaklini yo'qotadi. Qo'shimchalar ustidagi teri tarang va porloq.



№ 42-rasm. Chap tizzaning deformatsiyasi

Yagona shishning sababi ko'pincha sinovial membrana va periartikulyar yumshoq to'qimalarning sezilarli shishishi, ba'zan esa bo'g'im bo'shlig'ida efüzyon (ekssudat) mavjudligi. Qo'shimchani bo'shlig'ida, masalan, tizza yoki tirsakda sezilarli darajada ekssudat to'planishi bilan sinovial membrananing burilishlari paydo bo'ladi. Qo'shimchani notekis shishishi burilish deb ataladi va ko'pincha surunkali artritda kuzatiladi. Bu sinovial parda va periartikulyar to'qimalarning yallig'lanish shishi, bo'g'im bo'shlig'iga oqishi, sinovial membrananing gipertrofiyasi va periartikulyar to'qimalarda sklerotik o'zgarishlar tufayli bo'g'im shaklining o'zgarishi. Bo'shliqning anatomik joylashishiga to'g'ri kelmaydigan bo'g'im sohasidagi cheklangan shishish kist, gigroma, o'simtadan kelib chiqishi mumkin, lekin ko'pincha - periartikulyar yumshoq to'qimalarning, xususan tendonlarning (tenodinit), tendonning yallig'lanishli shikastlanishi. g'iloflar (tendovaginit yoki tenosinovit) yoki sinovial bursalar (bursit). Tayanch-harakat apparati shikastlanganda bolaning yurishi (ostomalaziya va son suyagining tug'ma chiqishi bilan "o'rdak yurishi", bo'g'imlarning ankiloz bilan "o'rdak yurishi" va boshqalar) azoblanadi. Qo'shimchadagi "begona, begona jism" hissi haqida shikoyatlar kamroq tarqalgan ("artikulyar sichqoncha"). Mushak og'rig'i, ligamentlar va tendonlar sohasidagi og'riqlar haqida shikoyatlar muhimdir. Ta'sirlangan bo'g'imlarning qizarishi haqida shikoyatlar ko'pincha septik artrit,

o'tkir revmatik isitma (revmatizm) haqida gapiradi, lekin ba'zida ular malign shishning belgisidir. Ta'sirlangan bo'g'inlarni tekshirish va palpatsiya qilishda ushbu bo'g'inga xos bo'lgan harakatlar doirasini cheklash shartli ravishda belgilanadi. Qo'shimchalardagi faol va passiv harakatlarning cheklanishi baholanadi. Bolalardagi artikulyar sindrom artrit, artroz va artropatiya bilan ifodalanishi mumkin.

Artrit - sinoviumda boshlanadigan yallig'lanishli qo'shma kasallik. Ushbu simptom kompleksi quyidagilar bilan tavsiflanadi: - o'tkir boshlanish; - alevlenme va remissiya davrlari bo'lgan kurs; - intoksikatsiya bilan birga keladigan alomatlar: tana haroratining oshishi, mushaklar va bo'g'imlarda "og'riqlar" hissi, bosh og'rig'i; - yallig'lanish xarakteridagi og'riqlarning mavjudligi (kechasi yoki ertalab paydo bo'ladi va kuchayadi, dam olish va harakat paytida qayd etiladi); - "ertalab qotib qolish" haqida shikoyatlar; - uzoq vaqt harakatsizlikdan keyin bo'g'imning shishishi mavjudligi - "jele" alomati; - bo'g'im tomondan ko'rinadigan o'zgarishlar - uning shishishi, yumshoq to'qimalarning giperemiyasi; palpatsiya - og'riq, ta'sirlangan bo'g'im ustidagi terining harorati oshishi; - laboratoriya tekshiruvi paytida yallig'lanish belgilari: qonning umumiy tahlilida leykotsitoz, ESR ning oshishi, anemiya; biokimyoviy - dis-g- va a-globulinemiya, fibrinogenemiya, C-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi va boshqalarda; - sinovial suyuqlikdagi o'zgarishlar uning yopishqoqligining pasayishi, sitoizning ko'payishi, yomon musin pıhtısının shakllanishi, shuningdek, biopsiya natijalariga ko'ra, sinovit belgilarining rivojlanishi bilan sinovitning mavjudligi. granulyatsiya to'qimasi (pannus), plazma hujayralari reaksiyasi va limfoid infiltratsiyasi. Rentgen tekshiruvida artikulyar yuzalarning eroziyasi, osteoporoz, bo'g'im bo'shlig'ining ankilozgacha torayishi belgilari aniqlanadi. Agar bitta bo'g'im zararlangan bo'lsa, ular monoartrit, ikkitadan to'rtta bo'g'inlar - oligoartrit, to'rttdan ortiq - poliartrit haqida gapirishadi. Ikki tomonlama artrit har ikki tomonda ham teng darajada lokalize qilinadi. Nosimmetrik artrit har ikki tomonda ham bir xil lokalizatsiya va bir xil zo'ravonlik darajasiga ega.

Artroz - bu degenerativ-distروفik tabiatdagi bo'g'imlarning kasalligi (artikulyar xaftaga birlamchi shikastlanish). Bolalikda artroz birlamchi jarayon sifatida deyarli yuzaga kelmaydi. Misol uchun, balog'atga etmagan spondiloartroz yoki diskit ko'pincha o'murtqa shikastlanishdan keyin o'zini namoyon qiladi. Dissit pineal bezning qisman siljishi tufayli yuzaga keladi, ko'pincha III-V bel vertebralari, chunki ular oldingi va maksimal lateral fleksiya paytida maksimal yukni boshdan kechiradilar. Bolaning umumiy holati deyarli zarar ko'rmaydi, laboratoriya ko'rsatkichlarining normadan chetga chiqishi aniqlanmaydi. Rentgenogramma intervertebral bo'shliqlarning torayganligini ko'rsatadi.

Artropatiya - turli patologik jarayonlar fonida bo'g'im (lar) ning ikkilamchi shikastlanishi. Bu yallig'lanish va degenerativ-distروفik xarakterga ega bo'lishi mumkin.

Artropatiyalarning umumiy o'ziga xos xususiyatlari quyidagilardir:

- 1) lezyonning assimetriyasi;
- 2) artikulyar klinikaning parallelizmi mavjudligi asosiy kasallikning klinikasi bilan sindrom;
- 3) asosiy jarayonni davolash fonida ijobiy dinamika;
- 4) rentgen tasvirining kamligi (uzurlarning yo'qligi, bo'g'im bo'shlig'ining torayishi, ankiloz belgilari).

Jadval 3 artrit va artroz uchun differentsial diagnostika mezonlari

Kasallikni boshlanishi	o'tkir	Simptomlarsis usok kechishi
Bolalarda uchrashi	Tes-tes	kam
kechishi	Avj olishlar va remissiyalar bilan	Sust, sezilarsis avj olish
Ogriqlar harakteri	Yallig'lanish turi: o'tkir va kuchli, kechasi, ertalab paydo bo'ladi va kuchayadi, ko'pincha ta'sirlangan bo'g'inlarda	Mexanik tip, ya'ni mexanik (jismoniy) stress bilan bog'liq: zerikarli, og'riqli, o'rtacha kuch, doimiy,

	ertalabki qattqlik bilan birga keladi, dam olish va harakatda qayd etiladi.	kunning oxirida, tunning birinchi yarmida, ertalab pasayish, jismoniy zo'riqishdan keyin va uzoq vaqt tik turish bilan, dam olishda susayadi, ularning xilma-xilligi to'g'ridan-to'g'ri harakatning boshida paydo bo'ladigan va davom etganda susayadigan "boshlovchi og'riqlar"
Ko'zga ko'rinadigan o'zgarishlar,	yumshoq to'qimalarning giperemiyasi, paypaslanganda og'riq	paypaslaganda va perkussiyada giperemiya va shishsis og'riq
Harakatlarni chegaralanganligi	Ankiloz rivojlanishi bilan bogim funktsiyaning progressiv yomonlashishi, ertalabki karahtlik	Harakatlanishning aniq cheklanishi yo'q (koksartroz bundan mustasno), kunning istalgan vaqtida karahtlik, dam olish holatidan keyin (masalan, uzoq vaqt tik turgandan keying karahtlik)
Kontraktura va ankilozlar	Kontraktura va ankilozlar harakterli	Turgun Kontraktura va ankilozlar harakterli

		emas.
Yalliglanish belgilari	Lihoradka va intoksikatsia	yok
Synovial suyuklikdagi belgilar	Sitozning kuchayishi, kovushkoklikni pasayishi, yomon lahtak kotmasi	Kuchsis Sitoz, kovushkoklik o'zgarishsis
Biopsia	Granulyatsiya (pannus), plazma hujayralari reaksiyasi va limfoid-gistiotsitik infiltratsiya bilan sinovit belgilari	bogim to'qimalarining degeneratsiyasi belgilari
Rentgen belgilari	Uzoq muddatli artrit bilan: osteoporoz, artikulyar yuzaning eroziyasi, qo'shma bo'shliqning torayishi, ankiloz	Subxondral osteoporoz, osteofitlar, bo'g'imlarning torayishi, suyakning artikulyar uchi shaklining o'zgarishi.
Laborator belgilar	ECHT ortishi, leykotsitoz, anemiya, disproteinemiya (a2-globulin fraksiyasi, g-globulin fraksiyasining ko'payishi), fibrinogenning ko'payishi, seromukoidning ko'payishi, C-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi va boshqalar.	ECHTning oshishi (20-25 mm / soat), o'rtacha leykotsitoz, disproteinemiya (a2-globulinlarning ko'payishi, C-reaktiv oqsilning paydo bo'lishi va boshqalar).

Qo'shma patologiyaning asosiy nozologik shakllarida artikulyar sindromning ba'zi boshqa xususiyatlari Jadvalda keltirilgan. 4.

Bogimlar patologiyasining asosiy nozologik shakllarida bogim sindromning xususiyatlari

<p>30 daqiqadan ko'proq vaqt davomida bo'g'implarda ertalab qattqlik. Poliartrit. Kamroq tez-tez oligo- va monoartrit. Qo'l va oyoqlarning kichik bo'g'implari ta'sirlanadi - metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal. Kasallikning kuchayishi davrida va kasallikning kuchayishi bilan bo'g'implarning aniq deformatsiyasi, ularning funksiyalarining buzilishi kuzatiladi. Odatda infeksiya bilan bog'liq emas</p>	<p style="text-align: center;">Revmatoid artrit</p>
<p>bogim ko'rinishlar tonzillit, faringitdan 2,5-3 hafta o'tgach paydo bo'ladi. Katta bo'g'inlar ta'sirlanadi, uchuvchanlik, lezyon simmetriyasi, aspirin va boshqa steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarning ajoyib tez ta'siri xarakterlidir. bogim nogironlik yo'q</p>	<p style="text-align: center;">Revmatik poliartrit</p>
<p>INFEKTSION bilan aniq bog'liqlik mavjud - urogen, enterogen, tonzillojenik. Mono- yoki oligoartrit turi bo'yicha bo'g'implarning shikastlanishi, ko'pincha sakroiliit belgilari. Bo'g'implarning aniq</p>	<p style="text-align: center;">Reaktiv artrit</p>

deformatsiyasi yo'q. Antibiotiklar va steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarning ta'siri qayd etilgan	
Belgilar triadasi - poli- yoki oligoartrit, kon'yunktivit, uretrit	Sindrom reytera
Umurtqa pog'onasining progressiv shikastlanishi, katta bo'g'inlar artikulyar nogironliksiz ta'sir qilishi mumkin	Ankilozan spondilit
Birinchi metatarsofalangeal qo'shimchani o'z ichiga olgan takroriy artrit	Podagra
anmnzda sil, gonoreya ko'rsatkichlari bor. Asosan assimetrik mono- va oligoartrit	Yuqumli o'ziga xos artrit
Interfalangeal, asosan distal, qo'llarning bo'g'imlari (barmoqlar kolbasa yoki turp shaklida) mag'lub bo'ladi. Sakroiliit	Psoriaz belgilari mavjud
Asosan katta bo'g'inlar ta'sirlanadi, og'riq kuchayganida kuchayadi. Bo'g'imlarning aniq deformatsiyasi bo'lishi mumkin, ikkinchidan - sinovit belgilari	deformatsiyalovchi osteoartrit

Differensial diagnostik qidiruv sxemasiga kiruvchi turli yoshdagi bolalarda mushak-skelet tizimining boshqa patologiyalari orasida O'HP, patellaning xondromalaziyasi, patellaning takroriy subluksatsiyasi, umumiy qo'shma gipermobillik sindromi, fibromiyalgiyani ajratib ko'rsatish mumkin.

Osteoxondropatiya. Bular subhondral joylashgan aseptik nekrozi bilan namoyon bo'ladigan kasalliklar va, qoida tariqasida, kuchaygan ogirlikka duchor bo'lgan skelet qismlari (ko'pincha bu qisqa va uzun suyaklarning epifizlari). Rentgenogrammada bu jarayon uchun patognomonik yarim oy simptomini aniqlash mumkin - subkondral zonada joylashgan yorug'lik joyi aniqlanadi. Ushbu kasalliklar tsiklik va uzoq vaqt davomida sodir bo'ladi.

Osgud-Schlatter kasalligi tizza kopkogini son suyagiga birikkan joylarida og'riq va shishish bilan tavsiflanadi. Umumiy simptomlar yo'q. Rentgenogrammada (lateral proektsiyada) - tibia tuberkulining parchalanish belgilari. Ko'pincha 10-15 yoshli o'g'il bolalar ta'sir qiladi. Legg-Calve-Perthes kasalligida son suyagi boshi epifizining birlamchi subkondral aseptik nekrozi aniqlanadi, ko'pincha bir tomonlama. 5-10 yoshli bolalar, odatda o'g'il bolalar azoblanadi. Ular tos-son suyagi va tizza bo'g'imlarining birida asta-sekin ortib borayotgan og'riqdan, yurishning buzilishidan shikoyat qiladilar. O'zgarish asta-sekin davom etadi. Vaqt o'tishi bilan mushak atrofiyasi qo'shilishi mumkin. R-grammada son suyagi boshining tekislanishi va parchalanishi kusatiladi.

Boshqa lokalizatsiyada ham xondropatiya kusatilishi mumkin: balog'atga etmagan kifoz - Scheuermann-Mau kasalligi, Hass kasalligi (elka HP), Larsen-Johansson (tizza O'HP), Kienbek (bilak suyagidagi O'HP). Bolani ma'lum dori-darmonlar (masalan, kortikosteroidlar), shuningdek, mukopolisakkaridozlar, gemoglobinopatiyalar bilan uzoq muddatli davolashda yuzaga keladigan ikkilamchi O'HP mavjud. Bunday holda, son suyagi boshi ko'pincha zararlanadi.

Patellaning xondromalatziyasi. O'smir qizlarda bir yoki ikkala tizza bo'g'imlarida og'riqlar patella xondromalaziya kabi boshqa patologiyalar bilan ham paydo bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, bo'g'inlarda siqilish va silliqilinish paydo bo'ladi. Zinadan ko'tarilayotganda og'riq kuchayadi. Krepitstsiya patella ustida aniklanadi. Os mikdorda b o'g'imlarda suyuklik

aniklanishi mumkin. Rentgenografiya b o'gim eroziyalarni aniqlashi mumkin. Patellaning takroriy b o'gim ziljishi b o'gim payilarini zaifligi, harakatdagi ishonchsizlik hissi, patellaning medial qismida og'riqlar bilan birga keladi. Anamnezda bola tizza b o'gimi harakatlarini blokini ko'rsatishi mumkin.

Bo'gimlarning umumiy gipermobillik sindromi. Taxminan 10% odamlarda gipermobillik normadan chegaraga bo'gimlarning harakatchanligi mavjud. Ushbu bemorlarning o'rtacha 10-15 foizida gipermobillik patologik (masalan, Marfan sindromi, Elers-Danlos sindromi, akromegaliya va boshqalar) hisoblanadi.

Umumiy gipermobillikni tashhisi uchun skrining nazorati o'zgartirilgan Bayton balli bo'lishi mumkin, bu uning tashxisini osonlashtiradi:

- 1) kichik barmoqni 90° yoki undan ko'proq kengaytirish (har bir tomonlar bir ball);
- 2) bosh barmog'ini bilakka tegguncha yon va orqa tomondan sharpa bukish (har ikki tomon birballdan);
- 3) tirsak bo'g'imining 10° ga giperekstansiyasi (har bir tomondan bir balldan);
- 4) tizza bo'g'imining 10° yoki undan ko'proq hiperekstansiyonu (har bir tomonda bir balldan). Gipermobillik tashxisi 6 yoki undan ko'p ballda amalga oshiriladi.

Fibromiyalgiya. Bu tez-tez uchraydigan sindrom quyidagi xususiyatlar bilan tavsiflanadi:

- 1) yomon uyqu, uyg'onganda charchoq hissi;
- 2) darmonsizlik, uyquchanlik;
- 3) asabiylashish;
- 4) bir nechta mahally og'riqlar, shu jumladan umurtqa pog'onasidagi og'riqlar, analgetiklarni qabul qilishda kamaymaydi;

5) palpatsiya paytida ma'lum nuqtalarning yuqori sezuvchanligi (bo'yni umurtqasining pastki qismi, supraspinatus mushaklarining o'rtasi).

MUSHAKLAR TIZIMI ZARARLANISHLARI SEMIOTIKASI.

SKELET MUSHAKLARI HOLATI.

Tayanch-harakat tizimini o'rganishda skelet mushaklarining holatiga e'tibor beriladi. Mushaklarni tekshirishda o'ng va chap tomonlar taqqoslanadi, mushak guruhlarining simmetriyasi, atrofiya mavjudligi (amyotrofiya) va mushaklarning patologik jarayonda ishtirok etishini ko'rsatadigan "ichi bo'sh" qo'lning alomati aniqlanadi. Amyotrofiyaning engil, o'rtacha va og'ir darajalari mavjud. Ko'p bo'g'imlarning zararlanishi keng tarqalgan atrofiyaga olib keladi. Mahalliy atrofiya mushaklar yoki nervlarning mexanik shikastlanishiga ko'proq xosdir. Mushaklarning palpatsiyasi ularning to'liq bo'shashishi bilan amalga oshiriladi. Bu mushak tonusi, miyogen kontrakturalarning mavjudligi, qattqlik haqida fikr beradi. Mushak perkussiyasi sizga og'riq nuqtalarini aniqlash imkonini beradi, miyogiloz - og'riqli mushaklarning siqilishi.

Mushak og'rig'i shikoyatlari - miyalgiya - ham b o'gim kasalliklarga, ham mushak to'qimalariga zarar etkazadigan bir qator revmatik kasalliklarga xosdir. Shuni ta'kidlash kerakki, revmatik kasalliklarga chalingan bolalar ko'pincha bog'lamlar, paylarning suyaklarga biriktirilgan joylarida og'riqlar beradi. (entezopatiya). Mushaklarning rivojlanishdan orkada kolishi ko'proq rivojlanmaganda (masalan, to'sh suyagi mushaklarining rivojlanmaganligi - tortikollis, katta ko'krak qafasi, deltasimon mushakning rivojlanmaganligi yoki yo'qligi, elkaning deformatsiyasiga olib keladi, uning funksiyasini buzadi), rivojlanish anomaliyalarida (masalan, anomaliyalarda) namoyon bo'ladi. diafragma churrasi shakllanishi bilan diafragma rivojlanishida). Mushaklar shikastlanishi ochiq (yaralar) va yopiq (ko'karishlar, qon ketishlar, yorilishlar) ga bo'linadi.

Mushak atrofiyasi - mushak tolalarining ingichkalashi va degeneratsiyasi, mushak massasining sezilarli darajada pasayishi, ularning qisqarish qobiliyatining zaiflashishi yoki yo'qolishi bilan mushak trofizmining qaytarilmas yoki qaytarilmas buzilishi. Bu tug'ma va orttirilgan, birlamchi va ikkilamchi bo'lishi

mumkin. Bu bolaning nerv-mushak tizimining ko'plab irsiy kasalliklarining asosiy belgilaridan biridir (Verdnig-Xoffman amyotrofiyasi, Aran-Dyuchen, Charcot-Marie-Tish va boshqalar). Erta bolalik davrida 2 yoki 3 darajali to'yib ovqatlanmaslik, uzoq vaqt harakatsizlik, somatik kasalliklar, uzoq vaqt immobilizatsiya va boshqalar bilan sodir bo'ladi. Mahalliy mushak atrofiyasi parazitlar kasalliklar (toksaplazmoz, trixinoz) bilan rivojlanishi mumkin.

Mushak tonusi. Mushak tonusining o'zgarishi qator patologiyalarni o'z ichiga oladi: Atoniya - mushak tonusining yo'qolishi (gipotenzia), buning natijasida ta'sirlangan oyoq-qo'l bo'shashadi va bo'g'inlar bo'shashadi (Guillain-Barre sindromi, orqa miya shikastlanishining o'tkir bosqichi (orqa miya shok). yoki insult).

Musku gipotenziiyasi - passiv harakatlarga qarshilikning pasayishi, palpatsiya paytida mushaklarning xiralashishi. Mushaklar gipotenziiyasi bo'g'imdagi harakatlarning ko'payishi (giperekstantsiya) bilan birga keladi. Musku gipertenziiyasi passiv harakatlarga qarshilikning oshishi hisoblanadi. Palpatsiya paytida mushaklarning zichligi oshadi, o'z-o'zidan va ixtiyoriy vosita faoliyati cheklangan yoki imkonsizdir.



No 44 rasm. Mushaklar gipotenziiyasi bilan kasallangan bolaning ko'rinishi

Muskul distoniyasi - gipotenziya gipertenziya bilan almashadi: dam olishda, passiv harakatlar bilan, mushaklarning gipotenzivasi ifodalanadi, har qanday harakatni faol ravishda bajarishga harakat qilganda, mushaklarning tonusi ortadi.

Miyotoniya - bu kuchli qisqarishdan keyin mushaklarning bo'shashishi keskin qiyin bo'lgan holat. Tug'ma miotoniya Tomsen miotoniyasi deb ataladi. Miyotoniya - bu tug'ma, aniq umumiy gipotenziya yoki skelet mushaklarining to'liq atoniyasi (Oppengeym kasalligi).

Myasthenia gravis - otoimmün kasalliklar bilan bog'liq mushaklar kuchsizligi va charchoqning kuchayishi alomatlari bo'lgan nerv-mushak kasalligi. U nerv-mushak uzatilishi bloki bilan davom etadi (bemorlarning 70 foizida timus shishi topiladi).

Spastik tonus - bu harakat tezligiga (gipertoniklik) qarab mushak tonusining oshishi. tonusning oshishi sekin harakatga qaraganda tez passiv harakatlarda, harakatning boshida va oxirida ko'proq namoyon bo'ladi. Tez passiv kiskarish va kengayish boshlanishida yuzaga kelgan qarshilik, oyoq-qo'l bo'shashganda to'satdan yo'qolishi mumkin. Tonusning bunday buzilishi "jackknife yuigma pichok" alomati deb ataladi. Bu qon tomir bilan, ayniqsa uzoq muddatda paydo bo'lishi mumkin.

taranglik - bu mushak tonusining barqaror o'sishi, mushaklarning passiv harakatga bir xil qarshilik ko'rsatishi, masalan, meningitda bo'yinning qattiqligi (bemorning iyagini ko'kragiga yaqinlashtirish qobiliyatini cheklash, mushaklari tonusi refleksli kuchayishi tufayli). . Tezligidan qat'iy nazar passiv harakatning butun davomiyligi davomida davom etuvchi muskullar qarshiligiga qo'rg'oshin-sim qattiqligi deyiladi. Mushak tonusining bunday buzilishi "mum moslashuvchanligi" deb ham ataladi. Qo'l yoki bilakning passiv fleksiyasi bilan "tishli g'ildirak" alomati deb ataladigan intervalgacha, bosqichli mushaklar qarshiligi paydo bo'lishi mumkin. Parkinsonizmda uchraydi.

Paratoniya - passiv harakatlar paytida tonusni keskin o'zgarishi. Harakatni

osonlashtiradigan tonusning keskin pasayishi (nemis terminologiyasida) mitgehen fenomeni (qo'shma harakat) deb ataladi va harakatni qiyinlashtiradigan tonusning keskin oshishi gegenhalten (ushlab turish) deb ataladi.

MOTOR FAOLIYATDAGI O'ZGARLAR.

Gipokineziya - turli nerv, mushak, suyak, b o'gimlar patologiyalar tufayli harakat doirasining cheklanishi.

Giperkineziya - yuz, magistral, oyoq-qo'l mushaklarining zo'ravon beixtiyor harakatlari. Giperkineziya distal (ko'pincha) yoki proksimal bo'limlarning alohida mushak guruhlarida kuzatilishi yoki umumiy xarakterga ega bo'lishi mumkin. Yashirin giperkineziyani aniqlash uchun boladan shifokor tomonidan qilingan harakatlarni nusxalash, tarqoq kichik to'plar yoki gugurtlarni yig'ish so'raladi. Kattaroq yoshda siz boladan ko'zlarini yopiq holda har qanday matn yozishni so'rashingiz mumkin.

Ixtiyorsiz giperkinezning quyidagi variantlari mavjud:

1. Atetoz - uzluksiz, sekin, chuvalchangsimon harakatlar, yuqori oyoq-qo'llarning distal qismlarida, kamroq tez-tez yuz mushaklarida tonik majburiy harakatlar (og'izning buzilishi, og'izning chiqib ketishi. lablar) yoki pastki oyoq-qo'llar. Tananing mushaklarining atetoz shikastlanishi bilan ular torsion spazm haqida gapirishadi.

2. Mioklonus - turli muskullarda dam olishda ham, harakat paytida ham bitta yoki ketma-ket yuzaga keladigan turli amplituda va davomiylikdagi mushaklarning spazmlari.

3. Tremor (qaltirash) - tananing turli qismlari (bosh, ko'z qovoqlari, pastki jag, barmoqlar, qo'llar va boshqalar) arzimas amplitudali ritmik harakatlarni keltirib chiqaradigan mushak guruhlarining tez intervalgacha beixtiyor qisqarishi va bo'shashishi. U kichik supuruvchi (1 sekundda 10-20 ta burilish), o'rtacha supuruvchi (1 soniyada 3-9 ta burilish) bo'lishi mumkin. Pallidar (faqat dam olishda, harakatlar paytida yo'qoladi) va qasddan (ixtiyoriy harakatlar paytida paydo bo'ladi, katta amplitudali tebranishlar xarakteriga ega va harakatning maqsadiga erishilganda vosita harakati oxirida keskinlashadi) tremor mavjud.

4. **Tic - ko'z qovoqlar va elkainging miltillashi (uchirish)** ko'rinishidagi beixtiyor harakatlar,

5. **Gemiballizm** - katta harakatlar, asosan tananing bir yarmining proksimal a'zolarida, uloqtirish, qo'l silkitish, uloqtirish harakatlariga taqlid qilish.

6. **Distoniya** - harakatlar biroz atetoiddir, lekin ko'pincha ko'proq mushaklar, shu jumladan magistral mushaklari ishtirok etadi. Ushbu harakatlar natijasida tana g'alati, badiiy pozitsiyalarni egallaydi. Fenotiazin seriyasidagi preparatlar, birlamchi torsion distoni va spastik tortikollis bilan davolashda kuzatiladi.

7. **Xoreya** - tez, ritmik bo'lmagan, oldindan aytib bo'lmaydigan harakatlar bilan tavsiflanadi. Ular dam olishda paydo bo'lishi yoki normal muvofiqlashtirilgan harakatlarni buzishi mumkin. Tiklardan farqli o'laroq, xoreada harakatlar stereotip emas. Harakatlar yuz, bosh, yuqori va pastki oyoq-qo'llarni o'z ichiga oladi. Revmatizm (Sydenham xoreasi) va Xantington kasalligida kuzatiladi.

8. **Orofasiyal diskineziya** - asosan yuz, til muskullarining tanlab qisqarishi natijasida ritmik ravishda takrorlanuvchi harakatlar, ular g'alati burishmalar, pastki jag', lablar harakatlari, tilning chiqib ketishi shaklida namoyon bo'ladi. Bu uzoq muddat foydalanish bilan psixotrop dorilarning (xususan, fenotiazin seriyasidagi dorilar) yon ta'sirining namoyon bo'lishi mumkin. Bu kech diskineziya deb ataladi.

Uzoq muddatli psixozlarda, tishlarini yo'qotgan bemorlarda kuzatiladi. Koordinatsiya buzilishlariga quyidagilar kiradi:

1. **Ataksiya** - harakatlarni muvofiqlashtirishning buzilishi (beqaror, dovdirab yurish, narsalar bilan harakatlarning buzilishi) yoki muvozanatni muvofiqlashtirishning buzilishi (o'tirganda, tik turganda).

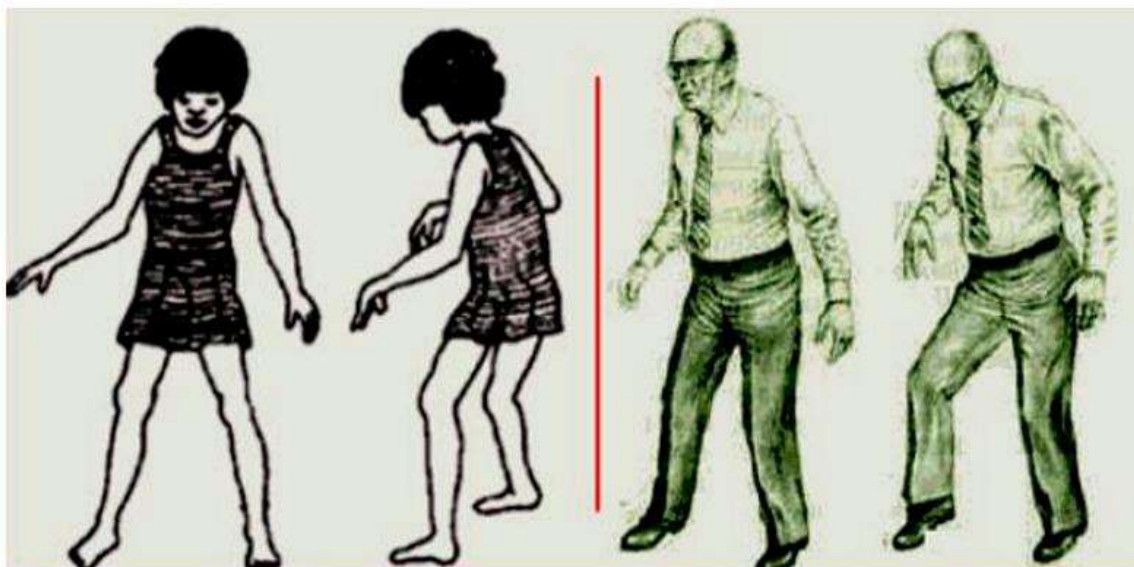
2. **Neyromuskulyar** qo'zg'aluvchanlikning o'zgarishi. Nerv-mushaklarning qo'zg'aluvchanligi kuchayishi konvulsiyalar bilan namoyon bo'ladi - tutilish shaklida to'satdan paydo bo'ladigan va boshqa davomiylikka ega bo'lgan mushaklarning majburiy qisqarishi.

Paraliz (plegiya) - kortiko-mushak yo'lining shikastlanishi tufayli ixtiyoriy harakatlarning to'liq yo'qligi.

Parez - cheklangan harakat doirasi va kuchning pasayishi. Falajlar ajralib turadi:

- markaziy - markaziy vosita neyronining uning biron bir qismida shikastlanishi - mushaklarning gipertoniyasi, giperrefleksiya, oyoq, tizza qovoqlari, qo'llarning klonozlari, patologik reflekslar, himoya reflekslari, patologik sinkenezialar (do'stona beixtiyor faol harakatlar);

- periferik - periferik vosita neyronining uning har qanday sohalarida shikastlanishi - arefleksiya, mushaklarning atoniyasi va atrofiyasi, ba'zida fibrillar yoki fasikulyar mushaklarning burishishi. Bir a'zoning falajlanishi monoplegiya, perez - monoperez deb ataladi. Ikki oyoq-qo'lning falaji - diplegiya (paraplegiya va hemipleji). To'rt oyoq-qo'lning falajiga tetraplegiya deyiladi.



Shakl 45. Falaji bilan og'rigan bemorning ko'rinishi

YURAK-TOMLAR ZARARINING SEMIOTIKASI

Vizual tekshirish. Yurak-qon tomir tizimining holatini baholashda tashqi tekshiruv katta ahamiyatga ega. Yurak-qon tomir tizimining patologiyasining ayrim shakllari bolaning majburiy pozitsiyasi bilan birga keladi. Shunday qilib, II-III darajali qon aylanish etishmovchiligi bilan bemorlar o'tirish yoki yotish holatini

oladi, bu ularning holatini sezilarli darajada engillashtiradi. Perikardit bilan bemorlar egilgan pozitsiyani egallaydilar, qo'llari bilan biror narsaga suyanishadi yoki ko'kragiga yostiq qo'yishadi. Tashqi tekshiruvda terining o'tkir rangsizligi yoki siyanozi, yurak mintaqasida ko'krak qafasining bo'rtib borishi (yurak turtkisi) aniqlanishi mumkin. Yurak turtkisi tug'ma yurak nuqsonlari (TYUN), kardiomegali (erta bolalik davrida, ko'krak qafasi egiluvchan bo'lganida), yurak mushaklarining gipertrofiyasi (asosan chap qorincha), uzoq muddatli perikardit engil turtki hosil bo'ladi. Perikardda katta miqdorda efüzyon. Ba'zi bolalarda ko'krak qafasining tashqi tekshiruvi teri osti venasining ko'payishini aniqlashi mumkin, bu o'ng yurakka venoz qonning qiyin oqimini ko'rsatadi (Fallot triadasi va tetradasi, Eyzemenger sindromi, yopishqoq perikardit).

Yurak-qon tomir patologiyasi bo'lgan bemorlarda shishlar aniqlanishi mumkin, bu o'ng qorinchaning zaifligi bilan bog'liq qon aylanishining buzilishini ko'rsatadi. Kardial shishlar quyidagi xususiyatlar bilan ajralib turadi: ular tananing periferik va past joylarida namoyon bo'ladi: oyoqlar, pastki oyoqning pastki uchdan bir qismi, agar bemor yursa; orqa tomonda, sakrum mintaqasida, agar bemor yotok holatda bolsa. Yurak yetishmovchiligi kuchayishi bilan shish paydo bo'ladi, ba'zida anasarka darajasida bolishi mumkin. Tana holatining uzoq vaqt o'zgarishi bilan yurak shishi uning joyini o'zgartiradi. Yonoqlarda siyanotik tusli doimiy qizarish mitral qopqoq nuqsonlari uchun xarakterlidir. Ochiq arteriya kanali (OAK), aortaning yari oy klapanlarining etishmovchiligi bilan uyqu arteriyalarining pulsatsiyasining kuchayishi kuzatiladi. Karotid arteriyalarining pulsatsiyasining kuchayishi isitmali bemorlarda, tirotoksikozda, kuchli asabiy hayajonda kuzatilishi mumkin.

bo'yn tomirlarining aniq pulsatsiyasi va ularning qon bilan ta'minlanishi qonning turg'unligi va uni o'ng atriumdan to'liq yoki qiyin evakuatsiya qilish bilan sodir bo'ladi. Bunday holda, pulsatsiya uyqu arteriyasidagi pulsga to'g'ri kelmaydi va uning amplitudasi kichikdir. Bo'yn tomirlarining kuchli shishishi va ularning katta dalgalanma amplitudasi triküspit qopqoq etishmovchiligi bilan birga keladi. Ushbu yurak kasalligi bilan pulsatsiya karotid arteriyadagi pulsga to'g'ri keladi

(musbat venoz pulsning alomati).

Ko'krak suyagining bo'yinbog'i hududida pulsatsiyaning kuchayishi atriumning kengayishi va hajmining oshishi bolmachalar aro tosik defekti tufayli bo'lishi mumkin. Mitral nuksonida kasalligida paydo bo'lishi mumkin. O'ng qorincha massasi va hajmining oshishi bilan aniq epigastral (epigastrik) pulsatsiya paydo bo'ladi. Epigastral pulsatsiya yurakning mitral kasalliklarida, aorta qopqog'i etishmovchiligida, og'ir nisbiy trikuspid qopqoq etishmovchiligida topiladi.

Palpatsiya. YUrak urishi nuqtasi vizual va palpatsiya bilan aniqlanadi. Sistolik yurak urishining oldingi ko'krak devoriga o'tishi natijasida paydo bo'ladi. . YUrak urishining lokalizatsiyasiga nafas olish fazasi ta'sir qiladi: chuqur nafas bilan surish pastga, chuqur ekshalatsiya bilan yuqoriga ko'tariladi. Ushbu siljishlar fiziologik deb tasniflanadi. Cho'qqi urishining patologik yuqoriga siljishi diafragma gumbazining yuqori turishi bilan qayd etiladi, bu astsit, meteorizm tufayli yuzaga keladi. Pastga siljish amfizem, kor pulmonale bilan qayd etiladi. Butun yurak chapga siljiganida cho'qqi urishi chapga siljiydi (yurakning plevra oqishi bilan siljishi, gidrotoraks, o'ngda pnevmotoraks, chap o'pkaning atelektazi bilan). O'ngga, apeks urishi chap tomonlama lokalizatsiyaning o'xshash patologik jarayonlari bilan siljiydi.

Chap qorincha gipertrofiyasi cho'qqi urishini chapga va pastga siljitadi. Chap qorinchaning gipertrofiyasi va kengayishi kombinatsiyasi bilan siljish yanada aniqroq bo'ladi. Apeks urishining kuchi yurakning o'zida va yurakdan tashqari omillarga bog'liq. Chap qorincha gipertrofiyasi, aorta qopqog'i etishmovchiligi bilan yuqori cho'qqi urishi kuzatiladi. Tireotoksikozda apikal impuls kuchayadi, sezilarli darajada vazn yo'qotadi, ko'krak devori juda yupqalashganda, orqa mediastinda o'smalar paydo bo'lib, yurakni oldingi ko'krak devoriga mahkam itarib yuboradi. Apeks urishining zaiflashishi miokardit, o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi, perikarditda kuzatiladi. Perikard bo'shlig'ida suyuqlikning sezilarli darajada to'planishi apeks urishining yo'qolishiga olib keladi. Ba'zi yurak bo'lmagan omillar: semizlik, teri osti yog 'shishi, teri osti amfizemasi - shuningdek, apikal impuls kuchini zaiflashtiradi. Yurakning gipertrofiyasi va kengayishi

paytida cho'qqi urishi diffuz bo'lib, uning maydoni kattalashadi. Ko'krak qafasini palpatsiya qilishda ko'krak qafasining qaltirash fenomeni aniqlanadi. Agar titroq sistola fazasiga to'g'ri kelsa, u sistolik, diastol fazasi bilan - diastolik ("mushukning xirillashi") deb ataladi. Sistolik titroq ko'pincha konjenital yurak kasalligi bilan aniqlanadi. Qorinchalar aro to'sik nuqsoni (QTN) bilan titroq sternumning chap chetidagi IV-V qovurg'alararo bo'shliqda, QTN bilan - yurak tagida, aorta teshigi stenoz bilan - uning chiqish joyidan yuqorida joylashgan. , II-III qovurg'alararo bo'shliqda sternumning o'ng tomonida. Bolalarda mitral qopqoq etishmovchiligi bilan yurakning tepasida sistolik tremor aniqlanishi mumkin. OAP uchun sistolik-diastolik titroq xos bo'lib, sternumning chap tomonidagi ikkinchi interkostal bo'shliqda yoki chap subklavian chuqurlikda aniqlanadi. Biroq, OAP da o'pka gipertenziyasi rivojlanishi bilan diastolik komponent asta-sekin kamayadi va butunlay yo'qolishi mumkin. Pulsni o'rganish radial, femoral arteriyalarda, oyoqning dorsal arteriyasida palpatsiya orqali amalga oshiriladi. Pulsning xarakteristikasiga uning chastotasi, ritmi, kuchlanishi, to'lishi, o'lchami, shakli, o'ng va chapdagi sanab o'tilgan ko'rsatkichlarning simmetriyasi kiradi. Bolalikda yurak urish tezligi yoshga bog'liq xususiyatlarga ega. Yosh bolalarda yurak-qon tomir tizimining ishiga avtonom nerv tizimining simpatik aloqasi ustun ta'siri tufayli tez-tez yurak urishi, bu yoshda metabolizm kuchayadi. Sog'lom bolada yurak urish tezligining oshishi (taxikardiya) qo'rquv, quvonch, kuchli hayajon bilan, shuningdek ovqatdan keyin, jismoniy faollik, issiq havoda sodir bo'ladi. Yurak-qon tomir patologiyasi, qon aylanishining etishmovchiligi, tirotoksikoz, anemiya, virusli va bakterial kasalliklar bilan patologik taxikardiya paydo bo'ladi. Haroratning 1 ° C ga oshishi bilan bolalarda yurak urishi daqiqada 10-12 marta tezlashadi, deb ishoniladi. Isitma bilan birga keladigan tif isitmasi, tuberkulyoz meningit kabi kasalliklarda yurak urish tezligi haroratning ko'tarilish darajasidan orqada qoladi. Endomyokardit, peritonit bilan yurak urish tezligi harorat oshishidan sezilarli darajada oldinda. Sog'lom bolalarda yurak tezligining pasayishi (bradikardiya) uyqu vaqtida kuzatiladi, individual xususiyat bo'lishi mumkin, yosh sportchilarda paydo bo'ladi. Patologik bradikardiya virusli gepatit,

tif isitmasi, turli yurak bloklari, miyokardit, miksedema va raqamli preparatlarning haddan tashqari dozasi bilan sodir bo'ladi. Pulsning ritmi ostida bir xil amplituda puls to'lqinlarining muntazam oraliqlarda almashinishi tushuniladi. Ushbu almashinishning o'zgarishi aritmik, notekis puls deb ataladi va yurakning asosiy funksiyalarining buzilishi bilan bog'liq: qo'zg'aluvchanlik, kontraktillik, o'tkazuvchanlik va avtomatizm.

Bolalarda eng ko'p uchraydigan nafas olish aritmi, bu nafas olish fazalari ta'sirida yurak urishi ritmining o'zgarishi. Nafas olish aritmiyasi bolaning hayajonlanishi, yig'lashi, avtonom disfunktsiyasi bo'lgan bolalarda, ayniqsa, prepubertal va pubertal davrda kuchayadi. Ekstrasistolik aritmiya oddiy puls to'lqinining orqasida boshqa, kuchsizroq to'lqinning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi va qo'shimcha miokard qo'zg'alish impulslari tufayli yurakning favqulodda qisqarishi natijasida yuzaga keladi. Keyinchalik jiddiy prognoz atriyal fibrilatsiya bo'lib, xaotik puls to'lqinlari va ko'pincha puls etishmovchiligi, ya'ni yurak urishi soniga nisbatan periferik tomirlarda puls to'lqinlarining kamayishi bilan tavsiflanadi. Atriyal fibrilatsiya va ekstrasistolning differentsial diagnostikasi uchun qo'llaniladigan mashqlardan keyin yurak urishi tanqisligi yanada aniqroq bo'ladi: atriyal fibrilatsiya bilan, defitsit kuchayadi va ekstrasistol bilan u kamayadi yoki yo'qoladi.

Auskultatsiya. Yurak ohanglari. Yurak auskultatsiyasi yurak tovushlari deb ataladigan tovush hodisalarini aniqlaydi. I ton bir necha tarkibiy qismlardan hosil bo'ladi: klapanlar (ikki va trikuspidli klapanlarning siqilishi va tebranishi), mushak (atriya va qorinchalarning qisqarishi natijasida), qon tomir (aorta devorlarining tebranishidan hosil bo'lgan tovush va). o'pka arteriyasi qorinchalardan ularga quyiladigan qonni cho'zishda). II ton hosil bo'lishida ikkita komponent ishtirok etadi: aorta va o'pka arteriyasi klapanlarining siqilishi va bu klapanlarning klapanlarining tebranishi. Qopqoqlarning chayqalishi diastolik fazada sodir bo'ladi, shuning uchun II ton diastolik deb ham ataladi. III ton diastolaning boshlanishi paytida atriya kiruvchi qon oqimi bilan qorinchalar devorlarining tez kuchlanishi va kengayishi tufayli hosil bo'ladi. II tondan keyin qisqa vaqtdan keyin

keladi. Vanalarni eng yaxshi tinglash joyi katta ahamiyatga ega. Bikuspid (mitral) qopqoq yurak cho'qqisida va chap tomonda IV qovurg'aning sternumiga biriktirilgan joyda yaxshi eshitiladi; triküspid - o'ngda 5-qovurg'aning to'sh suyagiga birikish joyida, o'pka arteriyasining klapanlari - to'sh suyagining chap chetida ikkinchi qovurg'alararo bo'shliqda, aorta klapanlari - o'ngda ikkinchi qovurg'alararo bo'shliqda. sternumning chetida. Aorta klapanlari sternumning chap tomonidagi uchinchi qovurg'alararo bo'shliqda (Botkin nuqtasi) eshitiladi. Yurak ohanglari kuch, tembr, shakl (konfiguratsiya) bilan tavsiflanadi. Yurakning kuchi ostida ohanglar ularning balandligini tushunadi. Kuchga qarab, yurak ohanglari zaiflashishi yoki kuchaytirilishi mumkin (ta'kidlangan). Yurak cho'qqisida I tonning zaiflashishi ikki qo'l qopqog'i etishmovchiligida kuzatiladi (qopqoqning deformatsiyasi tufayli uning urilishi to'liq emas, urilish tovushi zaif). Yurak cho'qqisida I tonusining kuchsizligi, chap qorincha qon bilan to'ldirilishi va uning bo'shlig'idan qonning sekin chiqishi tufayli aorta teshigi yoki aorta klapanlarining torayishi. I tonusi yurakning yuqori qismida miyokardit, miyokardiyal distrofiya bilan zaiflashishi mumkin. Aortada II tonning zaiflashishi aorta klapanlari etishmovchiligi bilan, shuningdek, yurakdan chiqadigan joyda aortaning torayishi bilan kuzatiladi, buning natijasida aortadagi bosim pasayadi va aortaning kuchi kamayadi. klapanlarning siqilishi kamayadi. Yuqoridagi I tonning kuchayishi mitral stenozga xosdir. Bu nuqson bilan diastola vaqtida chap qorincha to'liq to'ldirilmaydi, buning natijasida u tez qisqaradi va klapan xarakterli sakrash tovushi ("qarsak urish", "kanon" ohangi) bilan tez yopiladi. Xuddi shu sababga ko'ra, qorincha ekstrasistoliyasi va atriyal fibrilatsiyada yurak cho'qqisida I ton kuchayadi. Aortada II tonning kuchayishi (ta'kidlanishi) tizimli qon aylanishida qon bosimining oshishi bilan, chap qorincha gipertrofiyasi rivojlanishining dastlabki bosqichlarida sodir bo'ladi. Aortadagi II ton urg'usining qisqa muddatli varianti bolalar va o'smirlarda haddan tashqari hayajon, sport musobaqalari va kuchaytirilgan mashg'ulotlar paytida paydo bo'lishi mumkin. O'pka arteriyasida II tonning urg'u har doim o'pka qon aylanishida gipertoniya bilan namoyon bo'ladi, bu o'pka qon aylanishining to'lib ketishi bilan barcha yurak nuqsonlari bilan

yuzaga keladi (mitral stenoz, Eyzemenger sindromi, ASD, VSD). II tonning urg'usi amfizem, o'pka to'qimalarining keng shikastlanishi bilan kechadigan pnevmoniya, pnevmoskleroz, efüzyon plevriti va o'pkaning tuberkulyoz lezyonlari kabi o'pka kasalliklari bilan birga keladi. Ko'krak qafasidagi deformatsiyalar (kifoz, skolyoz, voronka shaklidagi ko'krak qafasi) o'pkaning harakatchanligi cheklanganligi sababli o'pka arteriyasida II tonning urg'usi bilan birga bo'lishi mumkin. Jismoniy zo'riqish, asabiy hayajonli sog'lom bolalarda ikkala yurak tovushining kuchayishi aniqlanishi mumkin, lekin ko'pincha ikkala tonning oshishi tirotoksik guatr, yuqori isitma, chap qorincha gipertrofiyasi, posterior mediastinumdagi o'sma jarayoni (yurak oldingi ko'krak devoriga bosilgan), ba'zida anemiya bilan, perikard bo'shlig'ida havo to'planishi. Uchinchi ohang haqida gapirganda, shuni ta'kidlash kerakki, "gallop" ritmida qayd etilgan ohangning kuchayishi amaliy ahamiyatga ega. III tonning zaiflashishi yoki yo'qligi diagnostik rol o'ynamaydi.



46-rasm. Yurakning auskultatsiya nuqtalarining sxemasi

Yurak ohanglari tembri ostida tovush xususiyati (ovozli, kar, qarsak chalish) tushuniladi. Yurak cho'qqisida kar I tonusi miokardit, o'tkir yuqumli kasalliklar (tif yoki tif, skarlatina) fonida intoksikatsiya bilan eshitiladi. Yurak cho'qqisida sochiqning shamolda urilayotgan tovushiga o'xshash I tonning chayqalishi qo'shqo'l qopqog'i tugunlarida sklerotik o'zgarishlar

tufayli mitral stenoz bilan eshitiladi. Yurak ohanglarining shakli yoki konfiguratsiyasining buzilishi ularning bifurkatsiyasi yoki bo'linishi shaklida namoyon bo'ladi. Bu tovush hodisasining asosini eshitilayotgan ohangni bir butun sifatida emas, balki birin-ketin keluvchi ikkita qisqa tovush sifatida idrok etish tashkil etadi. Agar ohangni tashkil etuvchi har ikkala tovush tinglashda farqlansa, ular ohangning ikkiga bo'linishi haqida gapiradi, lekin ohangning ikkala komponenti noaniq farq qilsa, ular ohangning bo'linishi haqida gapiradi. I tonning bifurkatsiyasi va bo'linishi sog'lom bolalarda ikki va uch qanaqa klapanlarning bir vaqtning o'zida bo'linmasligi natijasida eshitiladi. I tonning patologik bifurkatsiyasi sternumning chap chetida uchinchi yoki to'rtinchi qovurg'alararo bo'shliq darajasida yaxshi eshitiladi. Birinchi tonning sistolik va presistolik bifurkatsiyasini ajrating. I tonning sistolik bifurkatsiyasi atrioventrikulyar to'plamning o'ng yoki chap oyog'i bo'ylab o'tkazuvchanlik buzilganida kuzatilishi mumkin, bu ikkala qorincha qisqarishi sinxronligini buzilishiga olib keladi (yurakning uzunlamasına dissotsiatsiyasi). Bu ta'sir revmatik miokardit, aorta qopqog'i etishmovchiligida paydo bo'ladi va chap o'rta klavikulyar chiziq bo'ylab uchinchi qovurg'alararo bo'shliqda eshitiladi. Presistolik bifurkatsiya va I tonning bo'linishi revmatik kardit, miyokardioskleroz, miokard distrofiyasi, gipertrofiyalangan tarkibiy qismlarni ajratish paytida atriya va qorinchalar o'rtasida impuls o'tkazuvchanligining sekinlashishi (yurakning ko'ndalang dissotsiatsiyasi) natijasida yuzaga keladi. I tonning tarkibiy qismlaridan atriyal qisqarish. II tonning fiziologik bo'linishi odatda chapdagi ikkinchi va uchinchi interkostal bo'shliqda eshitiladi. II tonning o'pka komponenti juda zaif, yurak cho'qqisida yoki aorta hududida eshitilmaydi. Odatda, nafas olish paytida bo'linish kuchayadi va odatda ekshalasyon paytida yo'qoladi. Ba'zi bolalarda bemor o'tirganda ekshalasyon paytida ifoda etilmagan bo'linish eshitilishi mumkin. II tonning bifurkatsiyasi fiziologik bo'linishning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi, bu butun nafas olish siklida davom etadi. Bifurkatsiya o'pka klapanlarining kechikib yopilishi natijasida yuzaga kelishi

mumkin (masalan, o'pka stenoz yoki o'ng to'plam filiallari blokadas). His to'plaming o'ng oyog'ining blokadas ham I tonning mitral va trikuspid qismlariga bo'linishiga olib keladi. II tonning bifurkatsiyasi aorta klapanlarining erta yopilishi bilan sodir bo'lishi mumkin (masalan, mitral etishmovchilik bilan). Yurak tubida II tonning aniq bifurkatsiyasi va bo'linishidan farqli o'laroq, yurakning "ohangi" yuqori qismida bedana ritmi yoki gallop ritmi shaklida eshitiladi. Bedana ritmi bedana qo'shig'iga o'xshash uch muddatli ritm bo'lib, mitral stenoz bilan eshitiladi. U doimiy bo'lib, patologiyani jarrohlik davolashdan keyin yo'qoladi. Yurish ritmi chopayotgan otning ovozigacha o'xshaydi. Ushbu ritm bilan ikkita oddiy ton va bitta qo'shimcha ton eshitiladi. Bu mitral stenoz bilan bo'lishi mumkin va yurak mushagining zahiraviy qobiliyatining kamayishini ko'rsatadi. Sistola va diastola orasidagi intervallarning tengligi auskultativ ravishda mayatnikga o'xshash ritm sifatida qabul qilinadi (soat mayatnikining harakatini eslatadi). Bunday ritm miyokardit bilan og'rigan bemorlarda paydo bo'ladi, shuningdek, yurak mushaklarining sezilarli zararlanishini ko'rsatadi. Yurak shovqinlari. Shovqinning tavsifi quyidagi tarkibiy qismlarni o'z ichiga olishi kerak: - yurak fazalariga nisbatan davr - sistolik, diastolik; - intensivlik - jimlikdan baland ovozgacha; - xarakter - yumshoq (puflash), qo'pol, shovqinli va boshqalar; - yurak auskultatsiyasining qabul qilingan sohalariga muvofiq lokalizatsiya; - boshqa sohalarida amalga oshirish. Kelib chiqishiga ko'ra shovqinlar yurak ichidagi, ya'ni yurakning shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan va uning ichida hosil bo'lgan va organdan tashqarida hosil bo'lgan yurakdan tashqari shovqinlarga bo'linadi. Yurak ichidagi shovqinlar yurakning klapanlari, bo'linmalari shikastlanishi, undan yirik asosiy tomirlarning noto'g'ri chiqishi, miyokardning sezilarli darajada shikastlanishi natijasida yuzaga keladi.

Yurak faoliyatining fazalariga ko'ra shovqinlar sistolik va diastoliklarga bo'linadi. Sistolik shovqinlar uzoq vaqt oralig'idan so'ng I yurak tovushidan keyin, diastolik - II tondan keyin (II va I ton oralig'ida)

eshitiladi. Diastolik shovqinlarning bir nechta turlari mavjud: protodiastolik (shovqin II tonga qo'shiladi va uning o'rnini bosadi), mezodiastolik (shovqin diastolaning o'rtasida eshitiladi), presistolik (shovqin I tondan oldin, ba'zan esa). undan oldin darhol eshitiladi). Yurak ichidagi (organik) shovqinlar yurak, miokard va yurakdan cho'zilgan qon tomirlarining qopqoq apparatlaridagi anatomik o'zgarishlarning belgisidir. Yurak klapanlari shikastlanganda, klapan varaqlari orasidagi toraygan teshiklardan qonning oqishi yoki yopilmagan o'zgartirilgan varaqlar orqali qonning qaytib ketishi tufayli shovqin paydo bo'ladi. Teshiklarning torayishi paytida shovqinlar qonning fiziologik yo'nalishlarda harakatlanishi paytida, klapan etishmovchiligi bilan - qonning teskari yo'nalishda harakatlanishi natijasida paydo bo'ladi. Shunga asoslanib, diastoladagi shovqinlar atrioventrikulyar teshiklarning torayishi (chap va o'ng) va aorta va o'pka qopqog'i etishmovchiligi va sistolada - aorta va o'pka arteriyasining chiqish teshiklarining torayishi va ikki va trikuspid klapanlarining etishmovchiligi bilan paydo bo'ladi. . Bolalarda yurak shovqinlarining asosiy sababi tug'ma, orttirilgan yurak nuqsonlari, miokardning shikastlanishi. Sistolik shovqin VSD, ASD, aorta teshigi stenoz, aorta koarktatsiyasi, o'pka arteriyasi stenoz, Eysenmenger sindromi, o'pka arteriyasidan qonning aortaga teskari oqimi bilan o'pka qon aylanishida yuqori darajadagi gipertenziya bilan PDA kabi sistolik shovqin eshitiladi. Yurakning orttirilgan nuqsonlaridan sistolik shovqinlar ikki va trikuspid klapanlarining etishmovchiligi, aorta va o'pka arteriyasi klapanlarining torayishi bilan kechadi. Diastolik shovqin PDA, Ebshteyn sindromi, Eysenmenger sindromida o'pka arteriyasining keskin kengayishi bilan, orttirilgan yurak nuqsonlari bilan - chap yoki o'ng atrioventrikulyar teshiklarning torayishi, aorta klapanlari, o'pka arteriyasi klapanlari etishmovchiligi eshitiladi. Sistolik-diastolik shovqin PDAda o'pka gipertenziasiz, shuningdek, PDA ning boshqa malformatsiyalar bilan birgalikda eshitiladi. Shovqinning tabiati haqida eng to'liq ma'lumot bemorni yotgan holatda, tik turgan holda, ozgina jismoniy kuch bilan tinglash orqali

beriladi. Organik shovqin akustik naqshning o'zgarmasligi yoki ularning pozitsiyasi yoki jismoniy faolligi o'zgarishi bilan kuchayishi bilan tavsiflanadi. Shovqinlarni ularning maksimal tovush joyidan ma'lum yo'nalishlarda o'tkazish diagnostik ahamiyatga ega.

Aortaning torayishi paytida sistolik shovqin katta tomirlarga (karotid va subklavian arteriyalar) qon oqimi bo'ylab, o'pka arteriyasining torayishi bilan - o'ng qorincha tomon va orqa tomondan skapulyar mintaqaga qarab amalga oshiriladi. CHD da shovqinlarni o'tkazish o'ziga xosdir. Shunday qilib, VSD bilan shovqin barcha yo'nalishlarda - chapga, o'ngga, yuqoriga, orqa tomonda amalga oshiriladi. Bu interskapular mintaqada, elkama pichoqlarida va hatto mastoid jarayonlarda ham eshitilishi mumkin. ASD bilan shovqin bo'yinning katta tomirlariga o'tkaziladi. Chap atriyoventrikulyar teshikning torayishi bilan shovqin (diastolik) chap atriungga, aorta klapanlari etishmovchiligi bilan - chap qorincha va bo'yinning katta tomirlariga qarab cheklangan. Bolalardagi funktsional shovqinlar katta tomirlar tuzilishining yoshga bog'liq anatomik va fiziologik xususiyatlari, qon oqimi tezligining o'zgarishi, qon tarkibi, yurak kameralari va yirik tomirlardagi qonning reaktiv harakati xususiyatlariga bog'liq.

Funktsional shovqinning xususiyatlari:

- 1) organik kelib chiqishi shovqiniga nisbatan baland emas, ba'zan engil shitirlash tovushini eslatuvchi yumshoqroq tembr;
- 2) yurakning butun mintaqasida tarqalgan, diffuz, maksimal auskultatsiyaning ma'lum o'ziga xos nuqtalari yo'q;
- 3) hech qanday joyda o'tkazilmaydi va yurak ohanglarining patologik o'sishi bilan birga kelmaydi;
- 4) bemor tanasining holatiga qarab ularning intensivligini o'zgartirish: ular yotgan holatda aniqroq eshitiladi, fonendoskop yurak mintaqasiga bosilganda yo'qoladi yoki ularning intensivligini sezilarli darajada kamaytiradi, bu hech qachon organik shovqinlar bilan sodir bo'lmaydi;
- 5) elektrokardiogrammadagi aniq o'zgarishlar bilan birga bo'lmaydi;

6) isitmali bemorlarda, qo'zg'aluvchan, asabiy bolalarda, tireotoksikozda, kengaygan limfa tugunlari, timus bezi tomonidan qon tomirlarining siqilishi, ko'krak qafasi deformatsiyasi bilan yuzaga keladi;

7) qon yurak kameralaridan o'pka arteriyasiga yoki aortaga o'tganda paydo bo'lishi mumkin, agar ikkinchisi o'rtacha qiymatlardan kattaroq diametrga ega bo'lsa.

Yurakdan tashqari (yurakdan tashqari) shovqinlar yurak mintaqasida yoki yurakka qo'shni hududlarda paydo bo'ladi, lekin yurak faoliyatining fazalari bilan sinxron bog'lanishi mumkin. Bu shovqinlarga quyidagilar kiradi: perikardial ishqalanish shovqini, pleвроperikard shovqini, yurak-o'pka shovqini. Perikard ishqalanish shovqini quruq perikardit bilan perikard varaqlarining ishqalanishi paytida paydo bo'ladi. Ishqalanish shovqini yurak ohanglari ustiga qo'shiladi va to'rt muddatli ritm sifatida eshitiladi, ularning ikkita elementi yurak tonlari va ikkitasi perikardial ishqalanish shovqinlaridir.

Perikardning ishqalanish shovqini oyoq ostidagi qorning siqilishiga o'xshaydi. Suvsizlanish, pilorik stenoz, perikard plitalari sirtining silliqiligi buzilganligi sababli perikardial ishqalanish shovqini paydo bo'lishi mumkin. Bu shovqin uremik komada, azotli shlak mahsulotlari seroz membranalar orqali terlab, ularni qo'pol holga keltirganda eshitiladi. Plevrokardiyal shovqin ko'pincha chap tomonlama pleurit bilan namoyon bo'ladi. Yallig'lanishning bunday lokalizatsiyasi bilan kostal mediastinal sinusni qoplagan pleura perikard bilan aloqa qiladi, chunki yurak qisqarishi va uning hajmining pasayishi bilan o'pka kengayadi va plevranning yallig'langan maydonini yaqinlashtiradi. perikard. Shovqin yurak faoliyati, uning qisqarish fazalari bilan mos keladi. Ko'pincha bu shovqinni perikardial deb adashadi, lekin ikkinchisidan farqli o'laroq, pleвроperikard shovqini yurakning chap chegarasi bo'ylab, perikard shovqini esa yurak xiraligining butun perimetri bo'ylab eshitiladi. Plevrokardiyal shovqin chuqur ilhom bilan kuchayadi, nafasni ushlab turish bilan zaiflashadi yoki butunlay

yo'qoladi. Yurakning ushbu qismining sistolasida chap qorincha proektsiyasi ustida yurak-o'pka shovqini eshitiladi va o'pka to'qimalarining chekka alveolariga havo kirib borishi bilan izohlanadi. Nafas olish paytida kuchayadi.

TUG'MA YURAK NUKSONLARI.

TYUNning umumiy klinik ko'rinishlari:

- 1) terining siyanozi yoki rangparligi;
- 2) oqsil-energetika tanqisligi;
- 3) tez-tez shamollash, shu jumladan bronxit bilan (yiliga 3-4 martadan ortiq);
- 4) etarli yuklarga etarli darajada toqat qilmaslik, nafas qisilishi;
- 5) yurak hajmining oshishi (perkussiya, EKG, rentgenogramma);
- 6) yurak tovushlarining o'zgarishi;
- 7) yurakdagi shovqinlarning paydo bo'lishi;
- 8) qo'llarda pulsning o'zgarishi, femoral arteriyada zaif puls yoki uning yo'qligi;
- 9) qon bosimining o'zgarishi;
- 10) ko'krak qafasining deformatsiyasi;
- 11) yurak ritmining buzilishi;
- 12) rentgenogrammada aniqlangan g'ayrioddiy o'zgarishlar.

Semptomlarning "triadasi" ning mavjudligi (terining siyanozi yoki rangparligi, yurak shovqinlarining paydo bo'lishi, shuningdek, etarli jismoniy mashqlar va nafas qisilishi uchun etarli darajada tolerantlik) shifokorga tug'ma yurak kasalligidan shubhalanishga imkon beradi. kichik bemorda. TYUNda shovqinning umumiy xarakteristikalari: - ko'pincha sistolik shovqin; - maksimal auskultatsiya - sternumning chap tomoniga (ikkinchi-to'rtinchi qovurg'alararo bo'shliq); – talaffuz qilingan past chastotali komponent; - shovqin intensivligining nuqson hajmiga bevosita bog'liqligi yo'q. Yurak ichidagi gemodinamikaning o'zgarishi: - shlyuz sindromi - qon oqimiga to'sqinlik qiladigan torayish yoki stenoz; - reset

sindromi - yurakning chap va o'ng kameralari yoki ularga oqadigan tomirlar o'rtasidagi g'ayritabiiy aloqa. Fallot tetralogiyasi - siyanoz bilan kechadigan TYUN bu patologiyaga ega bo'lgan barcha bolalarning 10% da uchraydi.

Yurak va qon tomirlarining nuqsonlari quyidagi 4 ta komponentdan iborat:

1. Bemorlarda aortaning oraliq holati mavjud bo'lib, u yurakning chap va o'ng qorinchalaridan qon to'plashga qodir.

2. O'pka arteriyasining torayishi (stenoz).

3. Interventrikulyar septumdagi nuqson (teshik).

4. O'ng qorinchaning gipertrofiyasi. Asosiy nuqson - o'pka arteriyasining torayishi. O'pkada qon oqimi etarli emas. Ular kichik qonli. Rentgen nurida bunday o'pka shaffof ko'rinadi, tomirlar qon bilan yo'qoladi. O'pkada qon kislorod bilan etarlicha boyitilmagan, shuning uchun bemorlarning arterial qonining tarkibi venoz qonga o'xshaydi. Boshqa nuqsonlar tabiatan ko'proq moslashadi va bemorlarning omon qolishiga imkon beradi, garchi, albatta, ularning hayot sifati juda past. Aortaning maxsus, oraliq joylashuvi, o'ng va chap qorincha orasidagi teshik va o'ng qorincha gipertrofiyasi o'pka arteriyasining stenoz maydonini chetlab o'tib, yurakning o'ng qismlaridan ortiqcha qonni olib tashlashga imkon beradi. yurakning chap qorinchasi, venoz qonni katta (arterial) qon aylanishiga o'tkazish uchun.

Siyanotik hurujlar. Jismoniy faollikka, sovuqqonlikka javoban, o'pka tomirlari orqali qonning harakatlanishida katta qiyinchiliklarga olib keladigan eritrotsitlar politsitemiyasi sharoitida o'pkada qon aylanishi birdaniga keskin yomonlashishi mumkin. Kislorod uchun tananing o'tkir qarzi bor, bu esa miyaning azoblanishiga olib keladi. Bola quyma temir kulrang rangga ega bo'ladi, tez nafas oladi ("vahima nafasi"), bezovtalanadi, bu esa vaziyatning og'irligini yanada kuchaytiradi. Ushbu fonda hipoksemik konvulsiyalar rivojlanishi mumkin. Xarakterli jihati shundaki, 2 yosh va undan katta bolalar cho'kkalab o'tirish orqali hujum boshlanishiga qarshi

kurashishni o'rganadilar. Qo'l va oyoqlarning katta arteriyalarini siqib, ular qonning aortadagi harakatini kamaytiradi, uni o'pka arteriyasiga yo'naltiradi. Shu sababli o'pkada qon oqimi va qonning kislorod bilan ta'minlanishi yaxshilanadi. 1-2 yoshdan boshlab "baraban tayoqchalari" va "soat ko'zoynaklari" simptomining shakllanishi qayd etiladi. Yurakni tekshirganda, sternumning chap tomonidagi ko'krak devorining ko'rinadigan pulsatsiyasi aniqlanadi, bu o'ng qorincha gipertrofiyasining namoyonidir. Ko'krak qafasining titrashi ham u erda (bolaning yarmida) topiladi. Auskultatsiya paytida ancha baland tovushlar eshitiladi, ikkinchi yurak tovushi doimo bir xil (S1 + S2). Sistolik shovqin (ejeksiyon shovqini) butun sistolani egallaydi, o'pka arteriyasi hududida eshitiladi, yurak tekshiruvi bilan aniqlangan simptomlarning xususiyatlarini to'ldiradi. Yurak odatda kengaytirilmaydi va konjestif yurak etishmovchiligi rivojlanmaydi. Ventrikulyar septal nuqson (VSD) eng keng tarqalgan yurak nuqsoni bo'lib, bolalardagi barcha YUTN holatlarining 20-30% ni tashkil qiladi.

Gemodinamik buzilishlar quyidagilar bilan aniqlanadi:

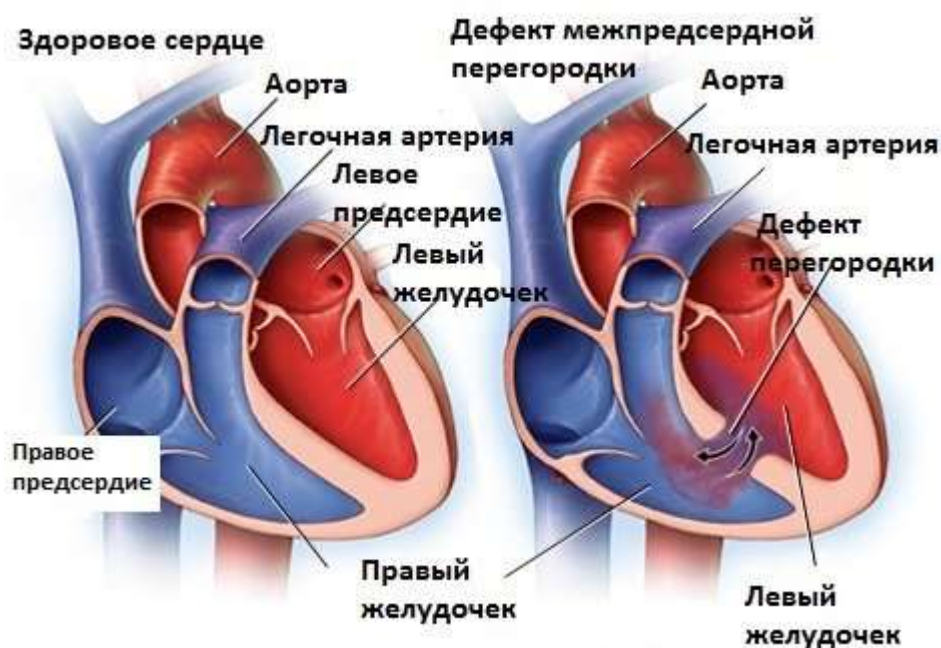
- qonning chapdan o'ngga oqishi;
- qayta o'rnatishning kattaligi (d-defekt);
- o'pka gipertenziyasining mavjudligi;
- yurakning gipertrofiyasi.

Defektning ikki shakli mavjud: - kichik kichik nuqsonlar (septumning mushak qismining); - membranali qismdagi yuqori nuqsonlar. VSD yurak ichidagi qonning chap qorinchadan o'ngga anormal harakatiga sabab bo'ladi. Yurakning o'ng qorinchasiga qon oqimining ortiqcha bo'lishi o'pkaning qon bilan ta'minlanishini, ularning "botqoqlanishini" oshiradi. Kamchilikning sezilarli hajmi bilan konjestif yurak etishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Kichkina nuqson yoki Tolochinov-Rojer kasalligi deb ataladigan kasallik bilan bolalar hech qanday muammo belgilarini ko'rsatmaydi va qoniqarli rivojlanadi. Kichik nuqsonlar o'z-o'zidan yopilishi mumkin. VSD ning doimiy va tipik alomati qo'pol va baland sistolik shovqindir. Ba'zan u butun

sistolni egallaydi va shuning uchun pansistolik deb ataladi. Shovqin anatomik nuqsonning yuqorisida, ya'ni sternumning chap tomonidagi uchinchi yoki to'rtinchi qovurg'alararo bo'shliqda eshitiladi. Bunday shovqinni topib, uning cho'qqisida va epigastral mintaqada (xiphoid jarayoni ostida) intensivligini solishtirish kerak. Agar bu nuqtalarda uning intensivligi aniqroq bo'lsa, u holda bu klapanlarning konjenital malformatsiyasi VSD dan ko'p marta kamroq bo'lsa-da, ularning etishmovchiligi bilan mitral yoki triküspid qopqoqdan kelib chiqishi mumkin. Kardiomegali va konjestif yurak etishmovchiligi (CHF) o'rtacha va katta septal nuqsonlar bilan yuzaga keladi. Yurakning gipertrofiyasi barcha bo'limlarda uchraydi va sternumning chap tomonidagi parasternal mintaqada ko'krak devorining "yurak dumlari" va pulsatsiyasi bilan namoyon bo'ladi. CHF o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin.

Surunkali CHF dam olishda nafas qisilishi, kengaygan va pulsatsiyalanuvchi bo'yin tomirlari, kengaygan jigar va pastki ekstremitalarning shishishi bilan tavsiflanadi. VSD bilan og'rigan bolalarda o'tkir CHF o'tkir nafas yo'llari infeksiyasi paytida yuzaga keladi. Tashxis simptomlar triadasiga asoslanadi - taxikardiya, taxipnea, jigar kengayishi. Og'ir holatlarda interstitsial-alveolyar o'pka shishi rivojlanishi mumkin, bu og'ir funktsional nafas olish buzilishlari (tez nafas olish, ko'krak qafasining mos keladigan joylarini tortib olish) va ikki tomonlama simmetrik krepit bilan namoyon bo'ladi. Ultratovush tekshiruvida qorincha pardasi nuqsoni, uning kattaligi, yurak kameralarining kattalashishi va devorlarining gipertrofiyasi aniqlanadi. Ko'krak qafasi organlarining rentgenologik tekshiruvi yurakning kengayish darajasini va o'pkaning ko'pligi darajasini (kengaytirilgan o'pka naqshini) ko'rsatadi. Atriyal septal nuqson (ASD) eng keng tarqalgan tug'ma yurak nuqsonlaridan biri bo'lib, barcha yurak nuqsonlarining 30% ni tashkil qiladi. ASD atrium darajasida chapdan o'ngga qonning g'ayritabiiy harakatini keltirib chiqaradi, bu esa o'ng atriumning, so'ngra o'ng qorincha hajmining oshishiga va pulmoner qon oqimining

miqdoriy o'sishiga olib keladi. ASD bilan og'rigan bolalarda ko'p hollarda shikoyatlar bo'lmasa ham, ob'ektiv ma'lumotlarga asoslanib tashxis qo'yish mumkin: 1. O'pka arteriyasi hududida qonni chiqarib yuborish shovqini. U doimo eshitiladi. Shovqin baland emas, kamdan-kam hollarda yurak sohasini palpatsiya qilganda tebranish bilan birga keladi. 2. Aorta va o'pka klapanlarining turli javob vaqtlari (chertishlari) tufayli ikkilangan 2-ton (S1 + S2 + S2).

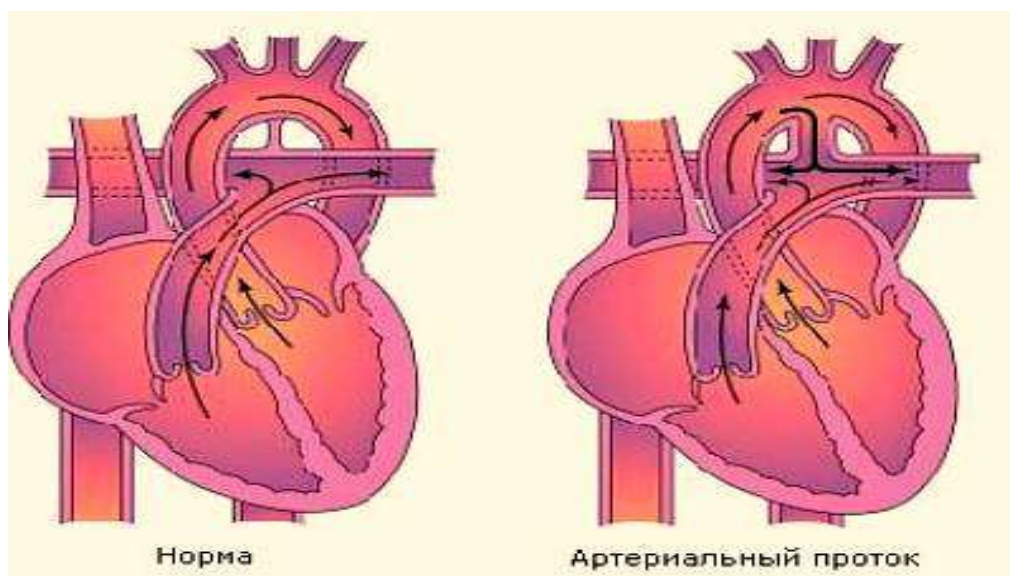


Shakl 47. Atriyal septal nuqsonda gemodinamik buzilishlar sxemasi.

3. Chap tomonlama parasternal pulsatsiya juda tez-tez aniqlanadi va o'ng qorincha gipertrofiyasi mavjudligini ko'rsatadi. 4. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi kengaygan o'ng atrium va o'ng qorincha bilan odatdagi yurak konfiguratsiyasini va o'pka qon oqimining kuchayishi belgilarini aniqlaydi. Ultratovush tekshiruvi atriyal septumdagi nuqsonning joylashishini va o'ng atrium va qorinchaning kengayishini aniqlaydi. Tug'ma izolyatsiya qilingan o'pka stenozining shovqini o'ziga xos xususiyatlarga ko'ra ASD ga juda o'xshaydi, lekin ko'krak old devorining tebranishi bilan bog'liq; 2-ton, garchi akustik ravishda bo'lingan bo'lsa-da, lekin uning ikkinchi komponenti, o'pka arteriyasi qopqog'ining yopilishining chertishi tufayli juda zaif, zo'rg'a eshitiladi (S1 + S2 + s2). Ushbu turdagi konjenital

yurak kasalligida o'ng qorincha gipertrofiyasi har doim kuchli tarzda ifodalanadi (ultratovush tekshiruvi o'pka arteriyasining stenozdan keyingi kengayishini ko'rsatadi). Aorta stenozining sistolik shovqini auskultatsiya nuqtasi - aorta sohasi bilan ajralib turadi. Shovqinning intensivligi yuqori, u qo'pol va ko'pincha ko'krak qafasining tebranish hissi bilan birga keladi va bo'yniga olib boriladi. Og'ir chap qorincha gipertrofiyasi doimo mavjud.

Patent duktus arteriosus (PDA) keng tarqalgan CHD bo'lib, u mustaqil va yurak va yirik tomirlarning boshqa malformatsiyalari bilan birgalikda bo'lishi mumkin. Qusurning mohiyati qonning aortadan kanal orqali o'pka arteriyasiga g'ayritabiiy chapdan o'ngga harakatlanishi, buning natijasida o'pkada qon oqimining to'lib-toshishi rivojlanadi. Gemodinamik buzilishlar darajasi asosan kanalning o'lchamiga bog'liq.



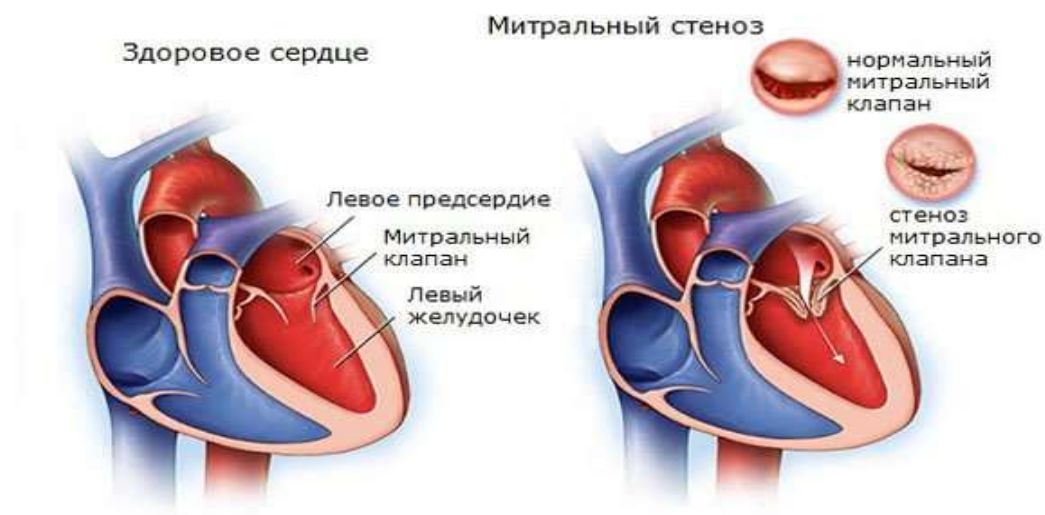
Shakl 48. PDAda gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Kichkina ishlaydigan kanal shikoyatlarni keltirib chiqarmaydi va klinik topilma hisoblanadi.

PDA belgilari: 1. Sakrash yoki sakrash, puls osonlik bilan aniqlanadigan yuqori pulmdir. 2. O'pka arteriyasining proektsiyalari maydonida va sternumdan chap tomonda klavikula bo'ylab keng maydonda doimiy "mashina" shovqini. Siz har doim bu sohada ko'krak qafasining tebranishini his qilishingiz mumkin. 3. Umumiy qorincha gipertrofiyasi

(o'ng va chap) tufayli yurakning hajmining kattalashishi. 4. CHF har doim arterial kanalning kattaligi etarlicha katta bo'lsa (o'rtadan kattagacha) sodir bo'ladi. 5. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'pka ko'pligi, ko'zga ko'ringan, kengaygan o'pka arteriyasi konuslari va turli darajadagi kardiomegaliya aniqlanadi.

O'RTILGAN YURAK NOMUZZLARI. mitral stenoz.



Shakl 49. Mitral stenozda gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Mitral teshikning torayishi chap atriumdagi bosimni oshirib, chap qorincha to'ldirishiga to'sqinlik qiladi. Natijada, u gipertrofiyalanadi, o'pkada qonning turg'unligi paydo bo'ladi. Keyin o'ng qorincha ham gipertrofiyalanadi. Shuning uchun birinchi navbatda chap qorincha etishmovchiligi, keyin esa o'ng qorincha etishmovchiligi paydo bo'ladi.

Belgilari:

1. Chap qorincha etishmovchiligi - nafas qisilishi, ortopnea, kardiyaq astma, o'pka shishi, gemoptiz.
2. O'ng qorincha etishmovchiligi - shish, jigar kengayishi, astsit.
3. Tizimli tromboemboliya - chap atriumda qon pıhtılarının shakllanishi tufayli (qonning turg'unligi borligi sababli).
4. Ovozning xirillashi - kattalashgan chap atrium halqum nervlarini siqadi.

5. O'pka gipertenziyasi yoki miyokard ishemiyasi tufayli ko'krak og'rig'i.

6. Yonoqlarda "mitral" qizarish, akrosiyanoz, ayniqsa nazolabial uchburchak.

7. Atriyal fibrilatsiya, puls etishmovchiligi, karotid puls - zaif to'ldirish (insult hajmining kamayishi).

8. Talaffuz qilingan yurak impulsi.

9. Yuqorida diastolik titroq ("mushukning xirillashi").

10. Perkussiya bilan - yurakning nisbiy xiralashuvining yuqoriga va o'ngga kengayishi, absolyut xiralik chegaralarining oshishi.

11. Chap urish I tonusi, mitral qopqoq ochilish tonusi, II ton aksenti yoki uning o'pka arteriyasi ustidagi bifurkatsiyasi (bedana ritmi) auskultativ tarzda aniqlanadi. Cho'qqidagi diastolik shovqin qo'pol, mitral qopqoq ochilgandan keyin eshitiladi. Ba'zida o'pka arteriyasi ustida yumshoq funksional Graham-Still shovqini aniqlanadi (o'pka qon aylanishida qon bosimi ortishi tufayli).

12. O'pkada xirillash (o'pka qon aylanishida turg'unlik).

13. Saveliev-Popov simptomi - chap qo'lda pulsning to'lishi kamroq (subklavian arteriya chap atrium tomonidan siqiladi).

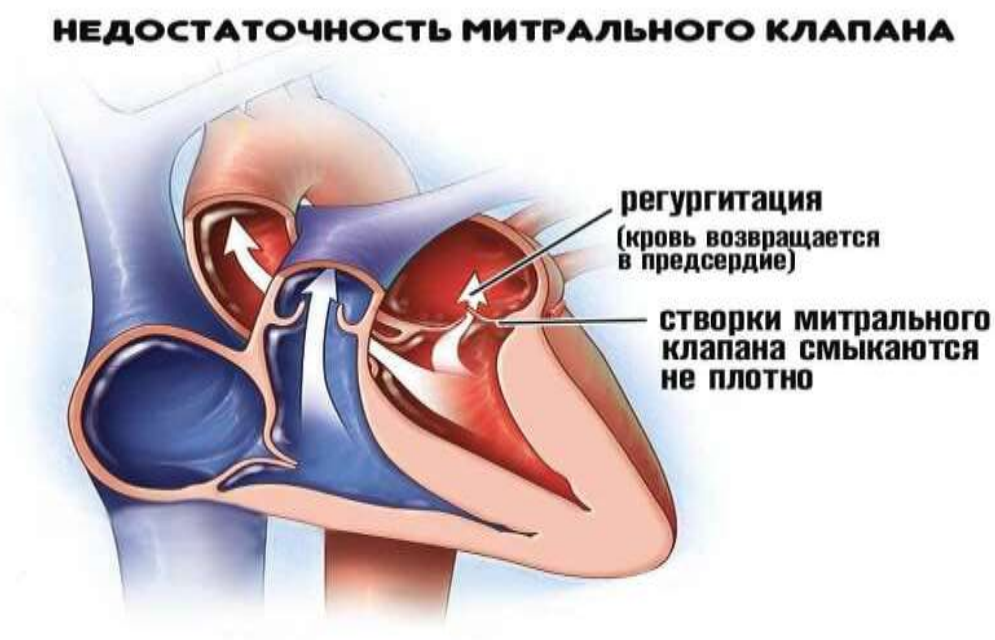
14. EKGda - chap atrium gipertrofiyasi (P-mitrale), o'ng qorincha gipertrofiyasi, yurak elektr o'qining o'ngga og'ishi.

15. Rentgen: yurakning beli tekislangan, o'pka naqshlari mustahkamlangan, retrosternal bo'shliq qisqargan.

16. Ultratovush tekshiruvi: chap atriumning kengayishi, mitral qopqoq tugunlarining qalinlashishi.

Mitral etishmovchilik. Chap qorinchadan qon tomir hajmining bir qismi aortaga emas, balki chap atriumga o'tadi, natijada undagi bosim ko'tariladi va qonning aortaga chiqishi kamayadi. Keyingi qisqarish bilan katta hajmdagi qon chap qorincha ichiga kiradi, shuning uchun ham chap atrium, ham chap qorincha gipertrofiyasi. Chap qorincha etishmovchiligi

mavjud bo'lib, u qon bosimining oshishi va o'pka qon aylanishida turg'unlik bilan kechadi.



Shakl 50. Mitral qopqoq etishmovchiligida gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Belgilari:

1. Chap qorincha etishmovchiligi - nafas qisilishi, ortopnea, kardiyaq astma.
2. Tromboemboliya.
3. Og'ir holatlarda o'ng qorincha etishmovchiligi ham rivojlanishi mumkin.
4. Yurak urishi, aritmiya.
5. Mitral oqishi, akrosiyanoz.
6. Apeks urishi mustahkamlanadi va yuqoriga va chapga siljiydi.
7. Karotid arteriyalarning pulsatsiyasi kamayadi (zarba hajmi kamayadi).
8. Cho'qqisida sistolik tremor.
9. Auskultatsiya paytida uchinchi ton tez-tez eshitiladi (chap qorinchaga katta hajmdagi qon kiradi), o'pka arteriyasi ustidagi ikkinchi

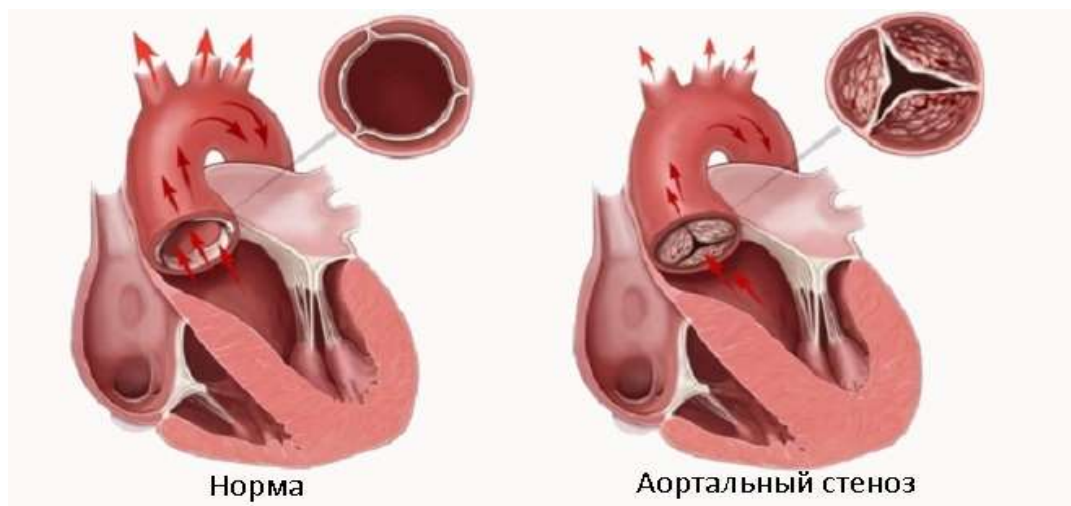
tonning urg'usi, birinchi ton zaiflashadi (to'liq yo'qolguncha). Cho'qqidagi sistolik shovqin (aksillar mintaqaga o'tkaziladi).

10.EKG: chap atrium (P-mitrale) va chap qorincha gipertrofiyasi belgilari. Yurakning elektr o'qini chapga siljishi.

11. Rentgen: o'pkada tiqilishi, yurakning mitral konfiguratsiyasi.

12. Ultratovush tekshiruvi: qopqoq nuqsonlari sezilarli, Dopplerda - chap atriumga qon regürjitatsiyasi.

Aorta stenoz. Aorta stenozini chap qorincha gipertrofiyasini keltirib chiqaradi, bu esa miyokard kislorodiga bo'lgan talabning oshishiga olib keladi, ya'ni ishemiya.



Shakl 51. Aorta stenozida gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Belgilari:

1. Angina pectoris - koronar qon oqimining pasayishi (chap qorincha gipertrofiyasi tufayli).
2. Bosh miyada qon aylanishining susayishi natijasida jismoniy yuklamalarda hushidan ketish.
3. Yurak etishmovchiligi, ayniqsa chap qorincha (nafas qisilishi).
4. Oqargan teri.
5. Karotid arteriyalarning pulsatsiyasi kechiktiriladi va puls kichik, sekin, kam uchraydi.
6. Sistolik bosim pasayadi, diastolik bosim esa ortadi.

7. Kuchaytirilgan gumbazli cho'qqi zarbasi ko'pincha chapga va pastga siljiydi.

8. Auskultativ: aorta qopqog'i tugunlarining harakatchanligi cheklanganligi sababli II ton bo'g'iq. Aorta ustida va Botkin nuqtasida qo'pol sistolik shovqin uyqu arteriyalari bo'ylab eshitiladi.

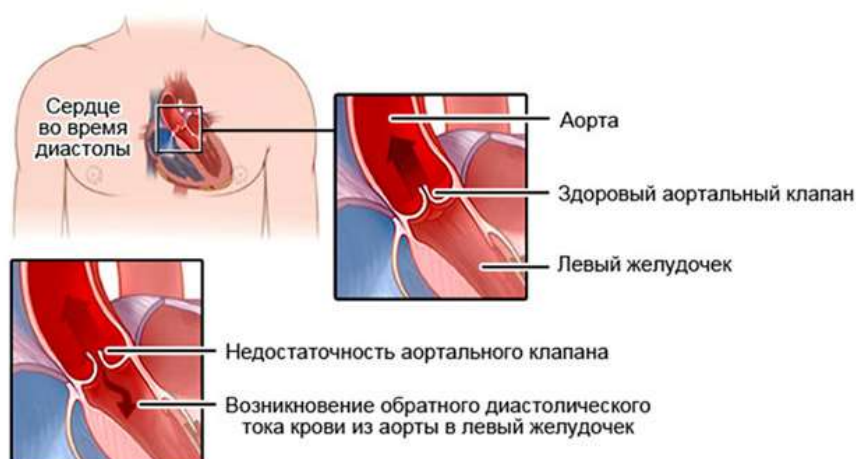
9. EKG: chap qorincha gipertrofiyasi, yurak elektr o'qining chapga siljishi, T to'lqini ba'zan manfiy, ko'pincha His to'plamining chap oyog'ining blokirovkasi.

10. Rentgenografiyada aorta klapanlarining kalsifikatsiyasi aniqlanadi. aorta etishmovchiligi.

Diastolada insult hajmining bir qismi chap qorinchaga qaytadi, bu esa yurak chiqishini kamaytiradi.

Chap qorincha asta-sekin gipertrofiyalanadi, bu esa insult hajmining oshishiga olib keladi. Asta-sekin, chap qorincha etishmovchiligi paydo bo'ladi.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА



Shakl 52. Aorta qopqog'i etishmovchiligida gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Belgilari:

1. Yurak urishi, ayniqsa yotganda.
2. Chap qorincha etishmovchiligi - nafas qisilishi, ortopnea, kardiyak astma.

3. Miya qon oqimining kamayishi tufayli hushidan ketish.
4. Angina pektorisining xurujlari, ammo ular aorta stenoziga qaraganda kamroq uchraydi.
5. Cho'qqi urishi tarqoq, gumbazsimon va pastga va chapga siljigan. Yurak xiraligining chap chegarasining chapga siljishi.
6. Diastolik shovqin yumshoq, oldinga egilgan holda o'tirgan holatda yaxshiroq eshitiladi. Flint shovqini. Femoral arteriyalar auskultatsiyasida qo'sh tonning shikastlanishi. Femoral arteriyaga stetoskop bilan bosim o'tkazilganda qo'shaloq Vinogradov-Dyurozye shovqini.
7. Qon tomir hajmi va puls bosimi ortadi.
8. Tez, poyga pulslari. Kapillyar Kvinke pulsi.
9. Semptom Musset - boshning ritmik chayqalishi.
10. "Kotid raqsi" simptomi.
11. EKG: chap qorincha gipertrofiyasi, yurak elektr o'qining chapga siljishi.
12. Rentgenografiya: yurakning kengayishi, proksimal aortaning kengayishi.
13. Ultratovush: Doppler sonografiya chap qorinchaga teskari qon oqimini aniqlaydi.

Miyokard sindromi. Miyokardit bilan yurakdagi o'zgarishlar yallig'lanish jarayonining natijasi bilan belgilanadi. O'tkir yallig'lanish sindromiga xos bo'lgan o'zgarishlar mavjud: C-reaktiv oqsil, disproteinemiya, mukoproteinlarning ko'payishi, sialik kislotalar darajasining engil o'sishi. Eng muhimi laktat dehidrogenaza (LDH), kreatinin fosfokenaza (CPK) darajasining oshishi. Umumiy qon testining natijalari miyokarditning etiologiyasiga bog'liq. Virusli miokardit leykotsitopeniya, limfotsitoz, bakterial miokardit - leykotsitoz, neytrofil siljish, tezlashtirilgan ESR bilan tavsiflanadi. Haroratning oshishi revmatik bo'lmagan miokarditga xos emas, lekin u bakterial va allergik miokarditda yuqori bo'lishi mumkin. Shikoyatlar zarar darajasiga va yurakdan tashqari

omillarga qarab nomuvofiqdir. Bemorlar charchoq, yurak urishi, noqulaylik yoki yurak mintaqasida og'riq, ilhomning "to'liqsizligi" hissi, o'zini yomon his qilish, bosh og'rig'i, uyqu va ishtahaning buzilishini qayd etadilar. Yosh bolalar letargik holga keladi, vazni yomonlashadi, ularda siyanoz, hushidan ketish xurujlari paydo bo'ladi. Jarayonning rivojlanishining dastlabki bosqichida puls tezlashadi, uning chastotasi umumiy holatga va haroratga mos kelmaydi. Kutish miyokardit bilan taxikardiyaga ta'sir qilmaydi, davom etayotgan davolanishga qaramasdan, u juda qat'iydir. Puls labil bo'lib, u minimal kuch bilan ham o'zini namoyon qiladi. Miyokarditdagi bradikardiya yurakning o'tkazuvchanlik tizimining yallig'lanish jarayonida ishtirok etishini ko'rsatadi. Yurak mintaqasini tekshirganda, cho'qqi urishining zaiflashishi qayd etiladi. Perkussiya ma'lumotlari yurakning bir xil kengayishini, uning o'ng va chap qismlarini aniqlaydi. Yurak tovushlarining bo'g'ilishi darajasi yallig'lanishning intensivligiga bog'liq va diffuz miokarditda eng yuqori bo'ladi. Sistolik (miokard) shovqin nafas olish va tana holatining o'zgarishi bilan farq qiladi. Uning intensivligi miyokarddagi metabolik kasalliklar va yallig'lanish darajasiga bog'liq.

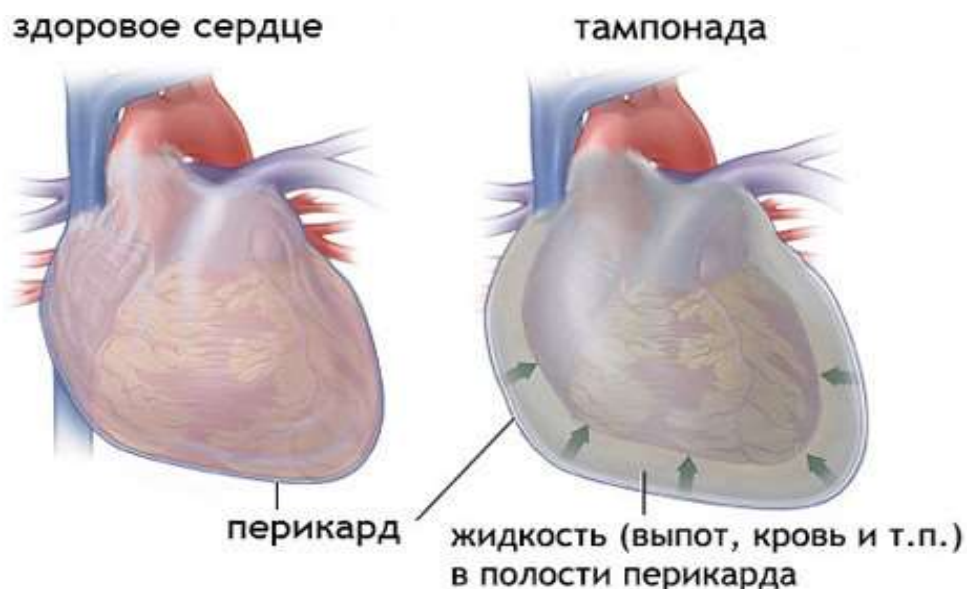
Endokardit sindromi. Klinik ko'rinish asta-sekin, umumiy intoksikatsiya belgilari namoyon bo'lishi bilan rivojlanadi. Maxsus rangparlik ("sutli qahva"), terlash, titroq, mushaklarda, suyaklarda og'riq, intervalgacha yoki to'lqinli tabiatning doimiy isitmasi mavjud. Yurak qismida qopqoq lezyonlari (odatda aorta) belgilari mavjud. Vanalar yuzasida tromboz jarayonlariga qarab shovqin paydo bo'lishi yoki yo'qolishi bilan jismoniy ma'lumotlarning katta dinamizmi bilan tavsiflanadi. Endokardiyal shikastlanishlar EKGda aks etmaydi, chunki endokard mushak elementlaridan mahrum. EKG o'zgarishlari jarayonning yakuniy bosqichida sodir bo'ladi va atrioventrikulyar yoki intraventrikulyar o'tkazuvchanlikning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.



Shakl 53. Infektsion endokarditda gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Perikardit sindromi. Perikardit - yurakning seroz pardasining visseral va parietal varaqlarining yallig'lanishi. Qoida tariqasida, perikardit ikkilamchi bo'lib, boshqa kasalliklar fonida rivojlanadi: erta bolalikda bu nafas olish kasalliklari - pnevmoniya, plevrit, 5 yoshdan oshgan bolalarda - revmatizm, tizimli biriktiruvchi to'qima kasalliklari, sil. O'tkir perikardit quruq (fibrinoz) yoki efüzyon niqobi ostida paydo bo'lishi mumkin. Quruq perikardit bilan yurak ko'ylagi bo'shlig'ida oz miqdorda suyuqlik bo'lishi mumkin, bu klinik jihatdan aniqlanmaydi va katta gemodinamik kasalliklarga olib kelmaydi. Boshlang'ich perikarditda eng ko'p uchraydigan va erta shikoyat - bu yurak mintaqasida pichoq og'rig'i. Og'riq yo'tal, harakat bilan kuchayadi va perikardning yallig'langan qatlamlarining bir-biriga ishqalanishi tufayli paydo bo'ladi. Og'riqning intensivligi chap qo'l yoki chap yelka pichog'iga tarqaladigan engildan og'ir hujumlargacha o'zgaradi. 4-5 yoshgacha bo'lgan bolalarda og'riqni lokalizatsiya qilish qobiliyati yo'qligi sababli, qorin og'rig'i shikoyatlari mavjud. Yurak mintaqasida og'riqdan tashqari, titroq, yurak urishi va bosh og'rig'i bo'lishi mumkin. Umumiy holat yomonlashadi, bezovtalik, letargiya paydo bo'ladi, harorat ko'tariladi. Ba'zi bolalarda plevritli yo'talni eslatuvchi quruq yiringli yo'tal bor, qo'rquv va xavotir hissi paydo bo'ladi. Ushbu og'riqli hislar mushaklararo nervlarning tirnash xususiyati va perikardial qopning

o'zi sezgirliги bilan izohlanadi. Quruq perikarditning asosiy va eng ishonchli belgisi perikardial ishqalanishdir. Bu tovushning tabiati lokomotiv shovqini, yangi terining ishqalanishi, qorning siqilishi bilan taqqoslanadi. Perikardial ishqalanish shovqini yurak tovushlariga to'g'ri kelmaydi, yomon o'tkazuvchanlikka ega va stetoskop bilan ilhom va bosim kuchayadi. Shovqin ba'zan shunchalik kuchliki, u palpatsiya bilan aniqlanadi. Boshqa hollarda, u yumshoq, qisqa muddatli, cheklangan hududda auskultatsiya qilinishi mumkin. Uni tinglash uchun eng yaxshi joy - yurak asosi va sternumning chap qirrasini bo'ylab joylashgan joy. Ba'zan yurakning yuqori qismida eshitilishi mumkin. Auskultatsiyada yurak tovushlari deyarli o'zgarmaydi. Yurak urishi tezligi oshishi mumkin. Effuzion perikardit bilan, yurak ko'ylagida suyuqlik to'planganligi sababli, yurak tamponadasining namunasi rivojlanadi. Perikardial ishqalanish shovqini yo'qoladi. Anemiya (diastola qiyin) va vazospazm tufayli terining rangsizligi oshadi. Yuqori vena kavasini siqish yuz va tananing yuqori yarmida shish va siyanozning paydo bo'lishiga, bachadon bo'yni tomirlarining shishishiga olib keladi. Yosh bolalarda ko'krak qafasining mos kelishi natijasida yurak ko'ylagi bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik to'planishi bilan "yurak dumlari" paydo bo'ladi. Interkostal bo'shliqlar tekislanadi. Cho'qqi urishi zaiflashadi, yuqoriga uchinchi yoki to'rtinchi qovurg'alararo bo'shliqqa va nisbiy yurakning chap chegarasidan medial tomonga siljiydi. Auskultatsiya paytida yurak tovushlari zaiflashadi, endokard shovqinlari butunlay yo'qolguncha zaiflashadi. Yurak periferiyaga qon oqimini ta'minlash uchun tez qisqarishga majbur bo'ladi, lekin chap qorincha normal qon tomir hajmi uchun etarli qon olmaydi. Yurak mushaklarining oziqlanishi o'zi yomonlashadi. Tez-tez, kichik, aritmik va paradoksal puls bor. Jigarda qonning turg'unligi va uning ko'payishi mavjud. Jigardan chiqishning to'sqinlik qilishi tufayli astsit rivojlanadi. Pastki vena kavasini siqish bilan pastki ekstremitalarning shishi paydo bo'ladi. Teri osti venoz tarmog'i rivojlanadi. Qiyinchilik diastolasi qon bosimining pasayishiga olib keladi. Katta efüzyon bilan bemorda chap takroriy asabning siqilishi tufayli ovozning xirillashi yoki to'liq afoniya paydo bo'lishi mumkin.



Shakl 54. Yurak tamponadasida gemodinamik buzilishlar sxemasi.

Perikarddagi suyuqlikning to'planishi bilan yurak soyasining shakli o'zgaradi. U (shakli) sharga, uchburchakka, trapesiyaga o'xshaydi. Effuzion perikardit bilan EKG tishlarning kuchlanishining pasayishi bilan tavsiflanadi. S-T oralig'i izoliyadan yuqoriga siljiydi va yoysimon egri, to'g'ridan-to'g'ri musbat T to'lqiniga o'tadi.

Ikki yoki barcha standart simlarda T to'lqinining inversiyasi bo'lishi mumkin. Bolalarda T to'lqinining va S-T oralig'ining I va III standart o'tkazgichlarda, shuningdek, V1, V5 simlarida diskordant joylashuvi mavjud. Yurak etishmovchiligi sindromi. Yurak etishmovchiligi sindromi (YU) klinik sindrom bo'lib, yurakning qon bilan to'ldirish yoki uni chiqarib yuborish qobiliyatini buzadigan har qanday kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin (yurakdagi yuk uning imkoniyatlaridan oshadi). Energiya-dinamik (Hegglin bo'yicha) va gemodinamik yoki konjestif yurak etishmovchiligini ajrating.

Konjestif yurak etishmovchiligi o'tkir va surunkali bo'linadi. O'tkir va surunkali yurak etishmovchiligi chap qorincha yoki o'ng qorincha bo'lishi mumkin. Ko'pincha yurakning ikkala qorinchasining etishmovchiligi bir vaqtning o'zida rivojlanadi, ya'ni umumiy yurak etishmovchiligi.

Chap qorincha yurak etishmovchiligi o'pka qon aylanishida tiqilib qolish belgilari bilan birga keladi: nafas qisilishi (nafas olish chuqurligini oshirmasdan

taxipnea), yo'tal, ba'zida hemoptizi, siyanoz, terining rangsizligi, taxikardiya, ipli puls. Perkussiya bilan yurak hajmining kattalashishi (asosan chapga) aniqlanadi, auskultatsiya bilan - ohanglarning keskin zaiflashishi, protodiastolik galop. O'pka shishi klinikasi xarakterlidir. Gemodinamik o'zgarishlar - CVP, BCC ortishi. EKGda - levogramma, chap ko'krak qafasidagi manfiy cho'qqi T to'lqini.

O'ng qorincha yurak etishmovchiligi ko'pincha o'pkaning o'ziga xos bo'lmagan kasalliklarida rivojlanadi. Nafas qisilishi (nafas olish chuqurligining oshishi), siyanozning tez rivojlanishi, bo'yin tomirlarining shishishi, jigarning kengayishi va uning qalinlashishi, taloqning kengayishi, anoreksiya, qorin va ko'krak qafasidagi og'riqlar, axlatning buzilishi, qonning buzilishi bilan birga keladi. miyani ta'minlash (uyquning buzilishi, bosh og'rig'i), oligo rivojlanishi - va anuriya. Perkussiyada yurak o'lchamlari o'ngga kengaygan, auskultatsiyada yurak tonlari zaiflashgan, o'pka arteriyasi ustida ikkinchi ton aksenti. EKGda - o'ng yurakning ortiqcha yuklanish belgilari. Umumiy yurak etishmovchiligi o'ng va chap qorincha yurak etishmovchiligining klinik belgilarining kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi.

Arterial gipertenziya sindromi. Arterial gipertenziya sindromi (AH) arteriyalarda bosimning doimiy o'sishini aks ettiruvchi simptom kompleksidir. Asosiy (birlamchi) gipertenziya atamasi uning paydo bo'lishining aniq sababi bo'lmaganda yuqori qon bosimini anglatadi. Ikkilamchi gipertenziya atamasi buyrak kasalligi, endokrin patologiya, gemodinamik buzilishlar sindromi bo'lgan gipertenziyani anglatadi.

Sindromning ko'rinishlari:

1. Bosh og'rig'i.
2. "Gipertenziv ensefalopatiya" belgilari (ko'proq gipertonik inqirozlarda namoyon bo'ladi): - o'tkir bosh og'rig'i; - quloqlarda shovqin; - bosh aylanishi (vertigo); - "tuman", "kafan", ko'z oldida uchadi; - makon va vaqtda orientatsiya buzilishi; - bemorga yengillik keltirmaydigan ko'ngil aynishi va qayt qilish; - ko'rishning yomonlashishi; - xotira, e'tiborning pasayishi.
3. Kardialgiya yoki angina pektoris, nafas qisilishi.

4. Terining giperemiyasi yoki rangparligi.
5. Teri osti to'qimalarining pastozligi (aldosteron mexanizmi).
6. Chap qorinchaning gipertrofiyasi va kengayishi sindromi.
7. Perkussiya: tomirlar to'plamining kengayishi.
8. Auskultativ: 1-tonning zaiflashishi, aortada 2-tonning urg'usi.

9. Yuqori qattiq qattiq puls. 10. Qon bosimining ko'tarilishi. Ushbu sindromning "ichida" asosiy arterial va simptomatik (masalan, buyrak) gipertenziyani shartli ravishda farqlay olish kerak. Oshqozon-ichak traktining semiotikasi. Bolalarda oshqozon-ichak traktining bir qator anatomik va fiziologik xususiyatlari mavjud bo'lib, ular hayotning birinchi yilida uning juda keng tarqalgan funktsional buzilishlarining sababi bo'lib, bir tomondan ovqat hazm qilish tizimi patologiyasi kursining xususiyatlariga ega. kattaroq yosh, boshqa tomondan.

YOSH BOLALARDA OSHQAZ-ICHAK TRAKTI FUNKSIONAL BUZILISHLARINING SEMIOTIKASI.

Oshqozon-ichak traktining asosiy funktsiyalari: ovqat hazm qilish fermentlarining ajralishi, oziq-ovqat hazm qilish, ozuqa moddalarining so'rilishi, motor faolligi, mahalliy immunitetni shakllantirish (oshqozon-ichak traktining mikroflorasi va immun tizimining faoliyati). Ichak disbakteriozi. Inson tanasiga nisbatan bakteriyalarning asosiy guruhlarini ko'rib chiqish mumkin: patogen flora (har doim yuqumli dozada kasallik keltirib chiqaradi); opportunistik flora (E. coli, Klebsiella, Clostridium, Staphylococcus, Candida, Proteus, Enterobacteria); normal mikroflora (tana vaznining 5-8% ni tashkil qiladi), anaeroblar (bifido-, laktobakteriyalar, bakteroidlar) va aeroblar (normal E. coli) bilan ifodalanadi; vaqtinchalik mikroflora. Oddiy ichak mikroflorasining asosiy funktsiyalari: himoya qilish, mahalliy immunitetni shakllantirish va o'simlik tolasini hazm qilishda ishtirok etish, B vitaminlarini sintez qilish, normal ichak harakatini ta'minlash, antiallergik, mineral metabolizmida ishtirok etish va normal kislotashqor tarkibini saqlash. Bolalarda ichak mikroflorasining normal ko'rsatkichlari: - normal mikroflora: anaeroblar (bifidobakteriyalar, sun'iy oziqlantirishda 1 g

najasda 109 mikrob tanasi, 1010 - emizishda), laktobakteriyalar (1 g najasda 107 va undan yuqori), bakterioidlar; aeroblar - oddiy E. coli (1 g najasda 107 va undan yuqori); - opportunistik flora: opportunistik E. coli - oddiy E. coli umumiy miqdorining 10% dan ko'p bo'lmagan; clostridia, Klebsiella, candida - 104 dan yuqori bo'lmagan, stafilokokklar, proteus - 1 g najasda 103 mikrob tanasi yuqori emas.

Disbakterioz - bu normal mikrob florasining sifat va miqdoriy o'zgarishlari natijasida hosil bo'lgan, makroorganizmning klinik reaksiyalarini keltirib chiqaradigan va har qanday patologik jarayonlarning natijasi bo'lgan sindrom. Ular ichak disbakteriozi haqida, agar normal flora darajasining pasayishi va opportunistik bakteriyalar darajasining maqbul chegaralardan yuqori bo'lsa, ular etarlicha uzoq vaqt (3 oydan ortiq) kuzatilgan va ichakning minimal disfunktsiyalari bilan birga bo'lsa, deyishadi. (beqaror najaslar - chastotaning kuchayishi, suyuqlanish yoki ich qotishi, meteorizm va ichak kolikasi). Shuni esda tutish kerakki, ichak disbakteriozi hech qachon isitma va intoksikatsiya bilan birga kelmaydi, bu ichak infeksiyalaridan qanday farq qiladi. Disbakteriozni aniqlashda diareya sindromi bilan birga keladigan malabsorbttsiya sindromi bilan kasallangan kasalliklar kamida skatologik tadqiqot orqali chiqarib tashlanishi kerak.

Fiziologik (oddiy) dispepsiya. Fiziologik yoki oddiy dispepsiya 3-4 kundan 2 haftagacha, kamroq tez-tez 1 oygacha bo'lgan chaqaloqlarda shilimshiq (ba'zan yashil) bilan aralashirilgan tez, suyuq, ko'pikli axlatning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Shishganlik, bolada tashvishlanish epizodlari, gazning ko'payishi bilan birga bo'lishi mumkin. Bu holat oshqozon-ichak traktining ushbu davrda funktsional immaturligini aks ettiradi: - normal ichak mikroflorasining shakllanishi (aerob floraning vaqtinchalik ustunligi, shartli patogenning nisbatan katta miqdori); - vaqtinchalik laktaza etishmovchiligi; - yog'larning hazm bo'lishining vaqtinchalik sindromi; - erta yoshda peristaltikaning nomukammalligi. Vaqt o'tishi bilan, bolaning ichaklarida laktaza, proteazlar va lipazlarning faolligi oshishi bilan bir qatorda, ichak biotsenozi normallashtirildandan so'ng, fiziologik dispepsiya hodisalari

yo'qoladi. Fiziologik dispepsiya neonatal davrning chegaraviy sharoitlarini bildiradi.

Chakaloklarning ichak kolikasi.

Chakaloklarning ichak sanchig'ining klinik ko'rinishlari:

1) bolaning o'tkir tashvishli pirsingli qichqirig'i bilan hujumlari, ularning davomiyligi bir necha soatga etishi mumkin;

2) qorin old devorida shishiradi va biroz kuchlanish mavjudligi;

3) gazlar yoki defekatsiyadan o'tgandan keyin simptomlarning kamayishi yoki yo'qolishi. **Chakaloklarning** sanchig'i gazlar ta'sirida ichak qovuzloqlarining cho'zilishi tufayli ichak spazmlari tufayli yuzaga keladi, chaqaloqlarda ichak motorining buzilishi natijasida chiqishi qiyin. Harakatlanishning buzilishi markaziy asab tizimining fiziologik etukligidan kelib chiqadi.

Gaz hosil bo'lishining ko'payishi ichakdagi laktoza va (yoki) oqsillarning hazm bo'lishining buzilishi bilan bog'liq:

- ovqat hazm qilish fermentlarining (asosan, lipazlar, proteazlar va laktazalar) funktsional yetilmaganligi;

- oqsillar yoki laktozalarga nisbatan murosasizlik;

- ichak mikrobiotsenozining buzilishi;

- bolani haddan tashqari oziqlantirish va hokazo. **Chakaloklarning** sanchig'i borligida diagnostika taktikasi, birinchi navbatda, ichak invajinatsiyasini istisno qilish kerak, keyin esa - onani batafsil so'roq qilish, allergik anamnezni aniqlash, tekshirish orqali kolikaning sababini aniqlash kerak. bola va skatologik tadqiqot o'tkazish.

Funktsional ich qotishi. Chaqaloqlarda funktsional konstipatsiyaning yuqori chastotasining sabablari quyidagilardir: sun'iy oziqlantirish, ichakning anatomik va fiziologik xususiyatlari, uning motor funktsiyasining buzilishi, ba'zi hollarda - disbakterioz. Funktsional ich qotishining diagnostik mezonlari.

Bolalar va maktabgacha yoshdagi bolalar kamida 12 hafta davomida:

1) ko'pchilik ichak harakatlarida parchalangan, qo'y, qattiq axlat;

2) haftada ikki yoki undan kam marta qattiq axlat;

3) strukturaviy, endokrin yoki metabolik kasalliklar haqida dalillar yo'q.
Chaqaloqlarda ich qotishining diagnostik mezonlari:

1) 32-48 soat davomida axlat yo'qligi;

2) kuniga bir yoki bir necha marta og'ir zo'riqish, tashvish, yig'lash bilan birga ichaklarni mustaqil ravishda bo'shatish;

3) shu bilan birga, najas qattiq, qo'y shaklida, kichik qismlarda, ba'zan qon chiziqlari bilan. 2-4 oylik bolalarda emizishda ba'zi hollarda najasning kamayishi (kuniga 3-5 martadan 2-3 kun ichida 1 martagacha) kuzatiladi va najas shilimshiq bo'lib qoladi. Bu bolaning ichaklaridagi ferment tizimlarining etukligi va ona sutining maksimal hazm bo'lishi bilan bog'liq. Bu holat ich qotishi deb hisoblanmasligi kerak.

Gastroezofagial reflyuks. Regürjitatsiya (regürjitatsiya) - havo o'tishi bilan birga oz miqdordagi oshqozon tarkibining farenks va og'iz bo'shlig'iga qaytarilishi. Gastroezofagial reflyuksiyaga (GER) moyil bo'lgan omillar quyidagilardir: oshqozonning kichik hajmi va uning sharsimon shakli, qizilo'ngachning oshqozonga to'g'ri burchak ostida oqishi, uning bo'shalishini sekinlashtirishi, pastki qizilo'ngach sfinkterining etishmovchiligi, immaning fermentativ etukligi, sfinkter apparati va oshqozon-ichak motorikasining neyrohumoral regulyatsiyasi, noto'g'ri ovqatlanish (aerofagiya, ortiqcha ovqatlanish, rejimni buzish, aralashmalarning noto'g'ri tanlanishi. Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERD) xavfi yuqori ekanligini hisobga olgan holda, reguritatsiya bilan og'rigan bolalarda buni qilish kerak. chaqaloqlarda fiziologik va patologik GERni farqlash. Fiziologik regürjitatsiya (GER) kam uchraydigan, ko'p bo'lmagan xarakterga ega, oziqlantirishdan keyin bir soatdan kechiktirmasdan sodir bo'ladi va reflyuks ezofagitining shakllanishiga olib kelmaydi.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь



Shakl 56. Gastroezofagial kasallikning sxematik ko'rinishi.

Fiziologik GER odatda 1 yoshgacha bo'lgan harakatchan chaqaloqlarda kuzatiladi va bolalarda etarli darajada o'sish va rivojlanish mavjud, uxlash vaqtida regurgitatsiya bo'lmaydi, bola asosan tik holatga o'tgan paytdan boshlab (6-8). oy), o'z-o'zidan tiklanish kuzatiladi. Patologik GER kuniga 5 martadan ko'proq sodir bo'ladi, ovqatdan keyin bir soat yoki undan keyin paydo bo'ladi, kechasi paydo bo'lishi mumkin, mo'l-ko'l va qizilo'ngach shilliq qavatining shikastlanishiga olib keladi.



57-rasm. Fiziologik GER

Kusish - bu silliq va skelet mushaklarini o'z ichiga olgan markaziy asab tizimining refleksi bo'lib, ingichka ichak, oshqozon, qizilo'ngach va diafragmaning muvofiqlashtirilgan harakatlari tufayli oshqozon tarkibini og'iz orqali kuchli chiqarib yuborishga olib keladi.

"YUQORI" SINDROMI YOKI OSHQOZON DISPEPSIYAYASI.

Dispepsiya sindromi epigastral mintaqada o'rta chiziqqa yaqinroq joylashgan og'riq yoki noqulaylik hissi (og'irlik, to'liqlik, erta to'yinganlik va ko'ngil aynish) sifatida aniqlanadi (7-jadval). Og'riq sindromi. Savol berishning xususiyatlari va bosqichlari. Oshqozon-ichak trakti patologiyasiga shubha qilingan taqdirda diagnostik qidiruv vaqtida og'riq sindromini aniqlash juda muhimdir. Bemorni batafsil so'roq qilish natijasida shifokor oshqozon-ichak traktining qaysi qismi ta'sirlanganligini aniqlay oladi va shunga muvofiq, malakali tekshiruvlar majmuasini tayinlaydi. Jadvalda. 8 ovqat hazm qilish tizimining patologiyasida og'riq sindromining asosiy xususiyatlarini ko'rsatadi. dispeptik sindrom. Bemorning og'riq sindromining tabiatini aniqlagandan so'ng, dispeptik xarakterdagi boshqa shikoyatlar mavjudligi aniqlanadi, bu esa bemorning taxmin qilingan kasalligi haqida aniqroq ma'lumot olish imkonini beradi.

Dispeptik sindrom. Bemorning og'riq sindromining tabiatini aniqlagandan so'ng, dispeptik xarakterdagi boshqa shikoyatlarning mavjudligi aniqlanadi, bu esa bemorning taxmin qilingan kasalligi haqida aniqroq ma'lumot olish imkonini beradi (9-jadval). Oshqozon-ichak traktining eng keng tarqalgan kasalliklari. Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida asosiy simptomlar va diagnostik tadqiqotlar hajmining xarakteristikasi, ular eng ko'p uchraydi: 1. GERD. GERD belgilari yoshga qarab o'zgarib turadi: chaqaloqlarda bular asosan tupurish va oziq-ovqat miqdorini yo'qotish bilan bog'liq muammolar, 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda qichishish va takroriy qusish epizodlari, kattaroq bolalarda esa simptomlar bilan bog'liq. kislota ta'siri (asosan, yurak urishi).

Shuni esda tutish kerakki, ayniqsa yoshroq bo'lgan davrda GERD kasallikning qizilo'ngachdan tashqari ko'rinishlari deb ataladigan boshqa alomatlar

yoki belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin (takroriy laringit, otitis media, obstruktiv bronxit, astma). Shunday qilib, GERDning 2 turi aniqlanadi: klassik, simptomlar qizilo'ngachning shikastlanishi mavjudligini ko'rsatganda va yashirin, qusishsiz nafas olish belgilari, ayniqsa tungi gastroezofagial reflyuks bilan ifodalanadi.

GERDning namoyon bo'lishi:

1. Klassik alomatlar: - regurgitatsiya; - ko'ngil aynishi va qayt qilish; - shishiradi, qichishish; - yurak urishi; - epigastral va retrosternal og'riqlar; - asabiylashish; - anemiya; - gematemez; - disfagiya, odinofagiya; - vazn yo'qotish, rivojlanish kechikishi.

2. Noodatij ko'rinishlar: - takroriy aspiratsion pnevmoniya; - bronxit, astma; - otit, sinusit; - laringit, laringomalaziya, subglottik stenoz; - stridor; - faringit; - emalning shikastlanishi, halitoz; - ruminatsiya;

3. Funktsional dispepsiya: - qorin og'rig'i sindromi. Xususiyatlari: ertalab, ovqatdan oldin, ovqatdan yarim soat o'tgach, ovqatdan keyin kamayib borayotgan og'riq, "agressiv" ovqatni iste'mol qilgandan keyin kuchayishi, og'riq, mavsumiylik kuzatilishi mumkin; - postprandial distress sindromi: ko'ngil aynishi, erta to'yish hissi, qusish, qichishish; - ko'pincha astenonevrotik sindromning elementlari kuzatiladi; - diagnostika - FGDS, ultratovush, *Helicobacter pylori* va *Giardia* uchun tekshiruv.

4. Surunkali gastrit: - qorin og'rig'i sindromi. Xususiyatlari: ertalab, ovqatdan oldin, ovqatdan yarim soat o'tgach og'riq, ovqatdan keyin kamayadi, "agressiv" ovqatni iste'mol qilgandan keyin kuchayadi, og'riq, mavsumiylik xarakterlidir; - kamroq tez-tez - postprandial distress sindromi: ko'ngil aynishi, erta to'yinganlik hissi, qusish, qichishish; - kamdan-kam hollarda - astenonevrotik sindrom; - og'ir oila tarixi; - diagnostika - FGDS, ultratovush, *Helicobacter pylori* va *Giardia* uchun tekshiruv.

5. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning oshqozon yarasi: - qorin og'rig'i sindromi. Xususiyatlari: ertalab og'riq, ovqatdan oldin, ovqatdan yarim soat o'tgach, ovqatdan keyin kamayadi, "agressiv" ovqatni iste'mol qilgandan keyin

kuchayadi, og'riydi. Og'riq mavsumiydir. ochlik hissi; Moinigan ritmi; tungi og'riqlar; - kamroq tez-tez - postprandial distress sindromi - ko'ngil aynishi, erta to'yinganlik hissi, qusish, qichishish; yurak urishi; ich qotishi tendentsiyasi; - kamdan-kam hollarda - astenonevrotik sindrom, aksincha, astenovegetativ; - og'ir oila tarixi: oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning oshqozon yarasi; oshqozon saratoni; - diagnostika - FGDS, ultratovush, Helicobacter pylori va Giardia uchun tekshiruv; - takroriy apnea.

6. Xolelitiyoz: - qorin bo'shlig'ida, ko'pincha o'ng hipokondriumda, oshqozon dispepsiyasi mavjud bo'lganda, kramp og'rig'i epizodlari; - qovuqning ijobiy belgilari: Kera, Merfi, Ortner-Grekov, Mussi-Georgievskiy; – tekshiruv: qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (jigar, o't pufagi, oshqozon osti bezi). Biokimyo: jigar testlari, amilaza, lipaza. Koprogram, FGDS; - o't pufagining diskinezi va Oddi sfinkterining spazmi bilan farqlash.

7. Pankreatit: - qorin og'rig'i sindromi. Pankreatit uchun o'ziga xos bo'lgan qorin og'rig'ining "belbog'" tabiati, ammo bu alomat faqat 30-40% hollarda kuzatiladi; qolgan bemorlarda epigastriumda yoki qorinning chap tomonida kuchli og'riqlar bor, ular yog'li ovqatlarni iste'mol qilish yoki iste'mol qilishdan keyin paydo bo'ladi; - kuchayishi davrida pankreatit uchun takroriy qusish xarakterlidir, intoksikatsiya sindromining aniq belgilari, bo'shashgan axlat bo'lishi mumkin; - qorinni palpatsiya qilganda, Shoffard zonasida, De-Jardin va Mayo-Robson nuqtalarida og'riq, kamroq - Janover zonasida va Kutch nuqtasida og'riq; - tadqiqot - biokimyo, ultratovush, koprogramma, kompyuter yoki magnit-rezonans tomografiya. Agar kerak bo'lsa, retrograd xolangiopankreatografiya.

Ichak dispepsiyasi sindromi. Ichak dispepsiyasi sindromining tarkibiy qismlari najasning chastotasi va tabiatidagi o'zgarishlar, unda patologik aralashmalar mavjudligi, shishiradi, meteorizm, defekatsiyaning qiyinlashishi, 100 ta defekatsiyadan oldin, paytida va keyin og'riq, ichakning to'liq bo'shatilmasligi hissi. ichak, tenesmus, imperativ chaqiriqlar. O'tkir (ichak infeksiyalari) va surunkali (malabsorbtsiya sindromi, irritabiy ichak sindromi, surunkali kolit, yarali kolit va Kron kasalligi) ichak dispepsiyasini tashxislash uchun eng muhim

xususiyatlar axlatning chastotasi va tabiatidagi o'zgarishlar kabi xususiyatlardir. axlat chastotasi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda najasning chastotasi o'zgaruvchan va ovqatlanish xususiyatiga bog'liq. Bir yoshdan oshgan bolalarda kuniga 2 martadan haftasiga 4-5 martagacha bo'lgan najas normal hisoblanadi. Najas chastotasini o'zgartirish variantlari diareya (kuniga 4-5 marta yoki undan ko'p axlat), tez-tez najas (kuniga 3-4 marta najas), normal chastota, ich qotishi (har ikki kunda yoki undan kam) deb talqin etiladi. Kresloning tabiati. Uni aniqlashda konsistensiyaga (najas suvli, suyuq, ko'pikli, shilimshiq, mayda, shakllangan, siqilgan, loviya shaklida bo'lishi mumkin), rangiga (sariq, jigarrang, to'q sariq, botqoq kabi ko'katlar aralashmasi bilan) e'tibor beriladi. loy, axolik) va patologik aralashmalar (shilliq, yiring, qon) mavjudligi. Malabsorbtsiya sindromi (so'rilishning buzilishi) organizmdagi ozuqa moddalarini iste'mol qilishni cheklash oqibatlarini bilan bog'liq. Bu diareya sindromi, to'yib ovqatlanmaslik, o'sishning kechikishi, poligipovitaminoz belgilari, kaltsiy va temir tanqisligi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Mukovistsidozda, laktaza etishmovchiligida, çölyak kasalligida, ekssudativ enteropatiyada, kalta ichak sindromida kuzatiladi. Ovqat hazm qilishning buzilishi sindromi oshqozon-ichak traktida ozuqa moddalarining parchalanishining buzilishi natijasida rivojlanadi va ichak disfunktsiyasi va disbiyoz hodisalari bilan namoyon bo'ladi. Bu oshqozon osti bezi va safro sekretsiasining ekzokrin funktsiasining buzilishi, o'tkir intoksikatsiya bilan kuzatiladi, hayotning birinchi oylarida sog'lom chaqaloqlarda, ayniqsa sun'iy oziqlantirishning etarli emasligi bilan engil bo'lishi mumkin.

bu sindrom bilan yuzaga keladigan boshqa surunkali kasalliklar, shuningdek, najasda qon borligida diagnostik qidiruv. Bu birinchi holatda adekvat terapiyani tezda belgilash zarurati va ikkinchisida gemokolit belgilari bilan tashxis qo'yish qiyin va og'ir kasalliklarning bir qator sodir bo'lishi bilan bog'liq.

O'tkir ichak infeksiyalari. AEIda deyarli barcha hollarda isitma, qusish, ishtahaning etishmasligi, rangparlik va bolaning letargiyasi bilan namoyon bo'ladigan intoksikatsiya sindromi mavjud. Ushbu alomatlar ichak toksikozi sifatida aniqlanadi. Kichkina bolalarda ichak va buyraklarning anatomik va

fiziologik xususiyatlari takroriy qusish va diareya bo'lsa, ular suvsizlanishni osonlik bilan rivojlanishiga olib keladi, bu diurezning pasayishi, tashnalikning kuchayishi, letargiya, quruq teri va shilliq pardalar bilan birga keladi. Hayot uchun xavfli bo'lgan bu holat ekssikoz deb ataladi. Virusli etiologiyaning ichak infeksiyalari bilan enterit sindromi (suvli diareya) kuzatiladi - tez-tez (kuniga 5-10 marta) bo'shashgan yoki hatto suvli axlat ekssikoz rivojlanish xavfi yuqori. Bakterial etiologiyaning ichak infeksiyalari bilan kolit sindromi tez-tez kuzatiladi - ko'katlar, shilimshiq va ba'zan qon chiziqlari aralashmasi bilan tez, ko'p bo'lmagan shilliq yoki bo'shashgan axlat. Bunday holda, ichak toksikozini rivojlanish xavfi yuqori.

Gemokolit sindromining asosiy sabablari:

- 1.II: salmonellyoz, shigellyoz, escherixioz, kampilobakterioz, amyobiaz, lyamblioz, yersinioz.
2. Gemolitik-uremik sindrom, DIC, gemorragik vaskulit.
3. Gemorroy.
4. Ichak polipozi.
5. Ichak o'smalari.
6. Divertikulit bilan divertikuloz.
7. Ichakning invaginatsiyasi.
8. Ichakning surunkali yallig'lanish kasalligi (Kron kasalligi va yarali kolit).

JIGAR ZARARLANISHLARIINING BELGILARI.

Jigar shikastlanishidagi asosiy simptomlarning xarakteristikalarini:

1. Jigar dispepsiyasi bilan qorin bo'shlig'idagi og'riqlar ko'pincha og'riqli xarakterga ega bo'lib, epigastrium va o'ng hipokondriumda lokalizatsiya qilinadi, o'ng hipokondriumda og'irlik hissi bilan birga keladi.
2. Jigar kasalliklarida ishtahaning pasayishi xarakterlidir.
3. O'tkir gepatitda teri rangining o'zgarishi (sariqlik) - skleraning engil sarg'ishidan qattiq sariqlikka, kaft va oyoqlarning rangi o'zgarishigacha bo'ladi.
4. O'tkir gepatit va obstruktiv sariqlikda najas rangi o'zgarishi (kulrang-oq rang) kuzatilishi mumkin.

5. O'tkir gepatitda siydikning qorayishi (pivo rangli siydik) ham kuzatilishi mumkin.

6. Qorin palpatsiyasida jigar qovurg'a yoyi chetidan chiqib turadi, uning hajmi Kurlov bo'yicha kattalashadi.

7. Jigarning ultratovush tekshiruvini o'tkazishda to'qimalarda diffuz o'zgarishlar va ularning ekojenligining oshishi kuzatiladi.

8. Qonning biokimyoviy tahlilidagi o'zgarishlar bilirubin (umumiy va bog'langan), AlAT, AsAT, GGTP, timol testi darajasining oshishi bilan tavsiflanadi. 9. Gepatit belgilari uchun ijobiy qon testi.

ASOSIY KOPROLOGIK SINDROMLAR

Ovqat hazm qilish buzilishi sindromi ovqat hazm qilish buzilishi, malabsorbtsiya, peristaltikaning tezlashishi, safro va oshqozon osti bezi sekretsiasining buzilishi sindromida kuzatiladi va quyidagi xususiyatlar bilan tavsiflanadi:

1. Steatoreya (neytral yog '+ va undan ko'p, sovun va yog' kislotalari ++ va). Ko'proq).

2. Creatorrhea (mushak tolalari ++ va boshqalar).

3. Amiloreya (kraxmal ++ va boshqalar).

Disbakterioz sindromi:

1. Hazm qilinadigan o'simlik tolasi ++ va boshqalar.

2. Kraxmaldan tashqari va hujayra ichidagi + va boshqalar.

3. Yodofil flora+ va boshqalar.

4. Candida aniqlash mumkin. Sog'lom bemorlarda hazm bo'lmaydigan o'simlik tolasi har qanday miqdorda kuzatilishi mumkin.

Yo'g'on ichakdagi yallig'lanish sindromi:

1. Leykotsitlar (ko'rish sohasida 5 dan ortiq).

2. Slime+ va boshqalar.

3. Qizil qon tanachalari. Najasning pH qiymatining o'zgarishi (5,0 va undan past) laktaza etishmovchiligini ko'rsatishi mumkin, shuningdek, o'tkir ichak infeksiyalari, ovqat hazm qilish buzilishi va malabsorbtsiya sindromida kuzatiladi.

NAFAS OLISH A'ZOLARINING ZARARLANISHINING SEMIOTIKASI.

Nafas olishning shikastlanishi bolalarda keng tarqalgan patologiya hisoblanadi.

Nafas olish tizimi kasalliklari bilan og'riq bolani tekshirishda quyidagi asosiy savollarga e'tibor qaratish lozim:

1. Ushbu bemorda nafas yo'llarining shikastlanishi birinchi o'rinda turadimi?
2. Asosiy patologik jarayon qayerda lokalizatsiya qilinadi: yuqori nafas yo'llari, halqum, bronxlar, o'pka, plevra, mediastinada?
3. Bronxopulmoner jarayon diffuz (umumiy) yoki mahalliy?
4. Ventilyatsiya buzilishining qaysi turi ustunlik qiladi - obstruktiv yoki cheklovchi?
5. Ushbu epizod o'tkir kasallikmi yoki takroriy yoki surunkali jarayonning kuchayishimi?
6. Kasallik infeksiya bilan bog'liqmi, qaysi infeksiyani (virusli, bakterial va boshqalar) etakchi deb hisoblash mumkin?
7. Allergiya kasallikning rivojlanishida rol o'ynaydimi, uning qaysi turi?
8. Kasallik genetik jihatdan aniqlanishi mumkinmi?
9. Bemorning hayoti davomida va doimiy o'zgarishlarning rivojlanishi bilan bog'liq holda kasallikning mumkin bo'lgan prognozi qanday?
10. O'tmishda davolanish qanday ta'sir ko'rsatdi? Ushbu savollarga yoki ularning bir qismiga javobni ba'zan bemorning birinchi tekshiruvida olish mumkin, bu esa differentsial diagnostika doirasini o'rganishga imkon beradi va shu bilan kerakli qo'shimcha tadqiqotlarni aniqlaydi. Nafas olish tizimining shikastlanishidan shubhalanishga imkon beradigan asosiy alomatlar. Bemorni so'roq qilishda bemorning mavjudligiga e'tibor qaratiladi: yo'tal; nafas olayotganda ko'krak qafasidagi og'riq; nafas qisilishi; bo'g'ilish; balg'am ajralishi; gemoptiz. Umumiy tekshiruv vaqtida yon tomonda majburiy holat, ortopnea, siyanoz va "baraban tayoqchalari" mavjudligi qayd etiladi; ko'krak qafasini tekshirganda - ko'krak qafasining patologik shakllari (emfizematoz, voronka shaklidagi, skafoid,

kipoloskoliotik), nafas olishda orqada qolish, nafas olishni tezlashtirish yoki sekinlashtirish, nafas olishning patologik ritmi (Cheyne-Stokes, Biot, Kussmaul nafas olish). Ko'krak qafasini palpatsiya qilishda: ovozning titrashidagi o'zgarishlar - uning zaiflashishi yoki kuchayishi. O'pkaning qiyosiy perkussiyasi bilan - timpanik tovush mavjudligi, zerikarli, zerikarli. Topografik perkussiyani o'tkazishda - o'pkaning pastki chegaralarini yuqoriga, pastga siljishi; o'pkaning pastki qirralarining cheklangan harakatchanligi. O'pka auskultatsiyasida vezikulyar nafasda o'zgarishlar aniqlanadi - zaiflashadi, kuchayadi, qattiq; bronxial nafas olishning ko'rinishi; yon nafas olish shovqinlarining paydo bo'lishi: quruq, ho'l raller; krepitus; plevral ishqalanish shovqini.

Ko'krak qafasidagi og'riq. Bolalardagi ko'krak og'rig'i bosh og'rig'i yoki qorin og'rig'iga qaraganda ancha kam uchraydi. Yosh bolalarda nafas olayotganda og'riq tashqi ko'rinishlar bilan eng yaxshi tan olinadi. Kattaroq bolalar, ozroq bo'lsa-da, o'zlari xabar berishadi. Ko'krak qafasining sezgir innervatsiyasi interkostal nervlar tomonidan segmental ravishda ta'minlanadi. Barcha sezgi tolalarining deyarli yarmi diafragma frenik asabning bir qismi sifatida yaqinlashadi (C3-C5). Ko'krak qafasidagi barcha organlarning og'riq sezuvchanligi faqat simpatik nervlar tomonidan ta'minlanadi, shuning uchun ko'krak devoridagi og'riq yuzaki, aniq tasvirlangan, mahalliyashtirilgan va chegaralangan deb qabul qilinadi. Ko'krak bo'shlig'i organlarining shikastlanishi tufayli visseral og'riq, aksincha, ko'pincha nurlanadi, zerikarli diffuz va chuqurlikdan kelib chiqqan holda qabul qilinadi.

Ko'krak devoridagi og'riqlarni quyidagi belgilarga ko'ra guruhlash mumkin:

- doimiy og'riq;
- Nafas olishga bog'liq bo'lmagan og'riq - faqat nafas olayotganda paydo bo'ladigan og'riq;
- doimiy og'riq, nafas olish bilan kuchayadi. Nafas olish bilan bog'liq bo'lmagan harakatlar paytida og'riq vertebra, qovurg'a va mushaklarning shikastlanishidan kelib chiqadi. Agar bunday og'riq nafas olish, yo'talish, hapşırma yoki kulish paytida ham paydo bo'lsa, unda bu organlarga qo'shimcha ravishda

plevraning shikastlanishi haqida o'ylash kerak. Bolalar o'zlarining og'riq hislarini to'liq va noto'g'ri his qilishadi, shuning uchun ob'ektiv tadqiqot usullari va ularni izchil amalga oshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega: diqqat bilan tekshirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya, rentgen tekshiruvi, umumiy qon ro'yxati, tuberkulin diagnostikasi.

Yuqori nafas yo'llarida o'zgarishlar. Yuqori nafas yo'llaridagi o'zgarishlar bronxial patologiyasi bo'lgan barcha bemorlarda e'tiborni jalb qilishi kerak. Konyunktivit, rinit, faringit, shuningdek surunkali infektsiya o'choqlari (sinusit, tonzillit, adenoidit) kabi o'tkir respirator virusli infektsiyaning (ARVI) namoyon bo'lishi bronxlar va o'pkada chuqurroq jarayonlar bilan bevosita bog'liq bo'lishi mumkin. Burun shilliq qavatining oqarib ketishi, burunning oqishi (interval yoki doimiy allergik rinit) nafas olish allergiyasi bilan og'rigan bemorlarga xosdir. Burunning nafas olishidagi qiyinchilik ko'pincha adenoid o'simliklarning o'sishi, kamroq tez-tez - burun septumining egriligi natijasidir. Bolada xarakterli yuz ifodasi bor, uning og'zi ochiq, periorbital soyalar kuzatilishi mumkin va yuzning bosh suyagining keyingi deformatsiyasi mumkin. Burunning nafas olishining buzilishi darajasini bolaning og'zini yopiq holda nafas olish qobiliyati, shuningdek (katta yoshdagi bolalarda) tadqiqotchining qo'li bilan bir burun teshigi orqali chiqarilgan havo oqimining tezligi bilan aniqlash mumkin. Har xil sharoitlarda ovozning xirillashi yoki bo'g'ilishi paydo bo'lishi mumkin. Eng aniq va og'ir shakli afoniya bo'lib, uning asosiy sabablari: 1. Halqum shilliq qavatining o'tkir infektsiyasi, o'tkir virusli laringit, "yolg'on" krup (virusli stenozli laringotraxeit), difteriya krup. 2. Surunkali infektsiyalar: surunkali sinusit va bronxit, halqum tuberkulyozi. Turli xil tabiatdagi tovush paychalarining o'zgarishi quyidagilarga bog'liq: og'iz orqali nafas olishning ustunligi bilan nafas yo'llarining quruqligi; havoning kuchli ifloslanishi, birinchi navbatda tirnash xususiyati beruvchi gazlar tufayli krup sindromi; gipoproteinemiya bilan kechadigan kasalliklarda nafas olish shilliq qavatining yallig'lanishsiz shishishi; gipotiroidizm, bunda vokal kordlarining hipotiroidi shishishi bo'g'iqlik, past ("xirillash") ovozga olib keladi; vokal kordlarning o'smalari, asosan papillomalar, tugunlar, vokal kordlarning

falajlari, masalan, takroriy nervlarning shikastlanishi yoki funktsional buzilishlar (fonasteniya). Ovoz hosil bo'lishidagi fiziologik bo'lmagan munosabatlar ovoz paychalarining haddan tashqari kuchlanishiga olib keladi. Ovoz, go'yo, "tushib qoladi". Uzoq suhbatdan so'ng ovozning xirillashi va charchoq paydo bo'ladi.

Psixogen afoniya. Isterik afoniya deb ataladigan narsa bolalarda kamdan-kam hollarda kuzatiladi va osongina tan olinadi, chunki bolaning ovozi jim bo'lib qoladi, lekin yo'talayotganda aniq va aniq tovushlar eshitiladi. Psixogen afoniyaning sabablarini bolaga tegishli bo'lgan hayotiy muammolardan izlash kerak.

Yo'tal. Yo'tal - o'pka va nafas olish yo'llaridan havoning keskin chiqishi, undan oldin yopiq glottis bilan kechiktiriladi. Yo'talning hajmi ekshalatsiyalangan havo bosimiga va uning ohangi nafas olish yo'llari devorlarining xususiyatlari va xususiyatlariga bog'liq. Yo'tal farenks, halqum, traxeya, bronxlar va plevradagi o'zgarishlar va yo'tal markazi va tashqi eshitish yo'llarining tirnash xususiyati bilan namoyon bo'ladi. Refleks akti sifatida yo'talish nafas yo'llarining shilliq qavatida joylashgan vagus va glossofaringeal nervlarning: farenks, halqum, traxeya va katta bronxlarning tirnash xususiyati tufayli yuzaga kelishi mumkin. Eng kichik bronxlar va alveolalarda bunday tugashlar yo'q, shuning uchun yo'tal refleksi paydo bo'ladi. Yutalish ko'pincha yo'tal deb ataladigan zonalarining tirnash xususiyati tufayli yuzaga keladi: orqa faringeal devor, regio arythaenoidea, glottis va traxeya bifurkatsiyasi. Plevra ham muhim retseptor sohasidir. Nafas olish yo'llarining yallig'lanish jarayonlarida asab tugunlari shilliq qavatning shishishi yoki to'plangan patologik sir bilan bezovtalanadi, siliyer epiteliy tomonidan yo'tal zonalariga o'tadi. Sekretsialarning shishishi va to'planishi allergik kelib chiqishi yoki qon aylanishining turg'unligidan kelib chiqishi mumkin. Bolalikda nafas olish yo'llarida begona jismlar ko'pincha mexanik tirnash xususiyati bo'lishi mumkin, boshqa hollarda esa traxeya yoki vagus asabining kengaygan limfa tugunlari va mediastindagi o'smalar bilan siqilishi. Kamdan-kam uchraydigan yo'tal zarbalari fiziologik xususiyatga ega, xususan, ular uyqu paytida halqumda shilliq qavatning to'planishi va nazofarenkdan shilliq qavatning hiqildoq kirish qismidan yuqorisida

to'planishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Yo'talayotgan bolaning tarixini olishda epidemiologik muhitga e'tibor berish kerak, chunki yo'tal bilan o'tkir febril kasallik tabiatda epidemiologik bo'lgan virusli respiratorli infeksiyalarga xosdir. Kasallik yo'tal bilan boshlanganmi yoki yo'tal kasallikning rivojlanishi paytida paydo bo'lganmi yoki yo'qligini aniqlash kerak. Yo'talning xususiyatlarini aniqlash kerak: quruq yoki ho'l, paroksizmal, spazmodik, kunduzi yoki asosan kechqurun rivojlanayotgan, uxlab qolganda, kechasi, tez-tez yoki faqat yo'talayotgan va hokazo. Bolaning balg'am chiqaradimi, muhim ahamiyatga ega. va yo'tal balg'amdan oldin bo'ladimi: yo'talsiz balg'am nazofarenksdan chiqariladi, o'rta va pastki nafas yo'llaridan balg'am esa yo'tal bilan birga chiqariladi. Ko'pgina hollarda, shifokor anamnezni olish yoki tadqiqot paytida yo'talning tabiati haqida shaxsiy taassurot oladi. Agar bola o'z-o'zidan yo'talmasa, tadqiqot oxirida og'iz bo'shlig'ini tekshirganda, farenksni spatula bilan tirnash xususiyati yoki engil bosim va traxeyani bosish orqali yo'talni keltirib chiqarishi mumkin. bo'yinbog' chuqurchasi. Yo'tal begona jismga kirganda paydo bo'lishi mumkin. Ko'k yo'tal bilan og'rigan chaqaloqlarda hapşırma yo'talish bilan teng bo'lishi mumkin. Burunning shilliq qavatini bezovta qilganda hapşırma paydo bo'ladi. Yuqori bosim ostida havo oqimi, xuddi yo'talayotganda, burun orqali chiqadi. Yo'tal refleksining pasayishi hissiy buzilishlar va yo'talni surishni amalga oshiradigan mushaklarning kuchsizligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Birinchi holda, biz yo'tal refleksi chegarasining oshishi haqida gapiramiz, bunda yo'tal faqat balg'amning sezilarli darajada to'planishi natijasida yuzaga keladi, buni nafas olish paytida o'ziga xos "gurgling" ovozi bilan aniqlash mumkin. uzoqdan eshitildi. Bu hodisa, aftidan, norma yoqasida yotadi, chunki yuqori nafas yo'llaridan balg'am ko'proq kam uchraydigan yo'tal zarbalari bilan evakuatsiya qilinadi. Nafas olish mushaklari kesilgan va miyopatiyali bolalarda vosita buzilishi tufayli refleksning pasayishi kuzatiladi. Yo'tal bilan kechadigan o'tkir kasallikda odatdagi batafsil qon tekshiruvi, ko'krak qafasi rentgenogrammasi va paranasal sinuslardan tashqari ko'plab qo'shimcha tadqiqotlar talab qilinmaydi. Shu bilan birga, uzoq muddatli yo'tal bilan og'rigan kasalliklarda tuberkulin diagnostikasi, terdagi elektrolitlar

konsentratsiyasini aniqlash, proteinogramma, bronxografiya, bronkoskopiya kabi bir qator tadqiqotlar o'tkazish kerak. Balg'amni ham tekshirish kerak (to'g'ridan-to'g'ri mikroskopiya va turli xil muhitlarda emlash). Katta yoshdagi bolalarning o'zlari balg'amni stakanga yig'adilar, kichik bolalar va chaqaloqlarda mikrobiologik tekshirish uchun balg'am to'g'ridan-to'g'ri glottisdan bo'shatish paytida tampon bilan olinishi mumkin.

Faringeal yo'tal. Halqumga kiraverishda shilliq qavatning to'planishi yoki farenks membranasining quruqligi qisqa, odatda takroriy yo'tal zarbalarini keltirib chiqaradi. Ular oson xarakterga urg'u berib, yo'tal deb ataladi. Yo'talning sababi o'tkir yoki surunkali faringit bo'lishi mumkin, bronxitning engil shakli, bronxit va sinusit paytida yoki undan keyin hosil bo'lgan qattiq odat (tik kabi). Oddiy bo'shashgan yo'tal. Oddiy nam yo'tal - bronxit, sinusit, bronxoektazlarda bronxial shilliq qavatning tirnash xususiyati natijasida yuzaga keladigan o'rtacha hajmdagi yo'tal (ko'pincha ko'k yo'talga o'xshash doimiy yo'tal ham bor; ertalab balg'am og'izni to'liq qoldiradi); konjestif bronxit (HF), chekuvchi bronxit bilan; yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qizilo'ngach-trakeal oqma bilan. Bunday oqma mavjud bo'lganda, bola ovqatning birinchi yudumidan so'ng darhol yo'tala boshlaydi va har bir keyingi oziqlantirishda yo'taladi. Siyanoz va og'ir nafas qisilishi rivojlanishi mumkin. Nam yo'talning o'ziga xos xususiyati uning tsiklikligi, ya'ni yo'talishning tabiiy to'xtashi kabi.

Oddiy quruq yo'tal. Oddiy quruq yo'tal - balg'am chiqarmasdan deyarli doimiy ohangning xarakterli bo'lmagan yo'talidir. Odatda bunday yo'tal tirnash xususiyati deb ataladi, chunki u sub'ektiv ravishda ko'proq intruziv va yoqimsiz his qilinadi. Quruq yo'tal bronxitning dastlabki bosqichida laringit, laringotraxeit, o'z-o'zidan paydo bo'ladigan pnevmotoraks, begona jismning aspiratsiyasi (aspiratsiyadan so'ng darhol siyanoz va bo'g'ilish rivojlanadi, keyinchalik uzoq vaqt davomida ko'k yo'talga o'xshash doimiy, ba'zan paroksizmal yo'tal) paydo bo'ladi. hilyar limfa tugunlari tuberkulyoz yoki Hodgkin bo'lmagan limfomalar bilan ta'sirlanganda, qovurg'a plevrasing yallig'lanishi bilan (yo'tal har bir chuqur nafasda paydo bo'ladi). Sovuq havodan issiq xonaga o'tishda sog'lom bolalarda

yo'tal paydo bo'lishi mumkin. Eshitish hunisi yordamida tashqi eshitish kanalini o'rganish qisqa yo'tal (vagus nervining fiziologik refleksi) bilan birga keladi, yo'tal umumiy qo'zg'alish va shunga bog'liq ravishda nafas olishning kuchayishi bilan sodir bo'ladi. To'xtatilgan, bostirilgan (to'xtatilgan) yo'tal. To'satdan to'xtash va yo'talni bostirish mumkin: yoshga bog'liq nafas etishmovchiligi bilan, kuchli tirnash xususiyati bo'lsa ham, nafas olishning optimal ritmi saqlanib qolishi kerak; nafas olish bilan bog'liq turli xil lokalizatsiyaning og'riq hissi bilan; plevropnevmoniya, quruq plevrit, qovurg'a sinishi, ko'krak umurtqasidagi intervertebral bo'g'inlar sohasidagi sinish, qorinning yuqori qismidagi yallig'lanish kasalliklari bilan; turli xil kelib chiqadigan kuchli bosh og'rig'i paytida. Krup bilan yo'tal. O'ziga xos ohang va ohangning doimiy yo'tali. Laringeal yo'tal. Hirqiroq ohangda farqlanadi, bu halqum kasalliklari uchun xosdir. Tomoqning difteriyasi bilan yo'tal deyarli jim bo'ladi. Virusli krup (gripp, parainfluenza, qizamiq va boshqalar) yoki boshqa kasalliklar bilan yo'tal bo'g'iq, qichqiradi, ovoz saqlanib qoladi.

Bitonik yo'tal. Chuqur yo'tal qo'sh tovushli: baland hushtak ohangi va yo'talni bosish paytida pastroq xirillash. Bu laringotraxeobronxit, bronxiolit, nafas yo'llarining begona jism tomonidan cheklangan torayishi yoki kengaygan paratraxéal limfa tugunlari, bo'qoq va posterior mediastindagi boshqa stenoz jarayonlari bilan siqilish bilan pastki nafas yo'llarining torayishi uchun xarakterlidir.

Paroksismal yo'tal. Bu to'satdan yo'talayotgan zarbalar seriyasidir. Ko'k yo'tal bunday yo'talning eng yorqin namunasidir. Kasallik bir qator 8-10 qisqa yo'tal zarbalari bilan birga keladi, ular chuqur xirillash nafasidan keyin takrorlanadi (reprise) - spazmodik glottis orqali havo oqimi bilan bog'liq tovushli hodisa. Hujum paytida boshning tomirlarida bosim kuchayadi, gipoksiya rivojlanadi, yuz qizil yoki siyanotik bo'ladi, ko'zlar yosh bilan to'ldiriladi. Hujum oxirida viskoz shilimshiq barglari, qusish bo'lishi mumkin. Bunday hujumlar bolani juda zaiflashtiradi. Yutalishning zo'ravonligi juda individualdir. Yo'tal kechasi kunduzgidan ko'ra yomonroq va tez-tez uchraydi. Tilning frenulumida yara

bo'lishi mumkin (yo'talning shikastlanishi). Qonda - limfotsitoz bilan leykotsitoz. Rentgenogrammadagi odatiy o'zgarishlar perikardiyal mintaqada ("bazal uchburchak") fokusli cho'zilgan soyalardir. Ko'k yo'talga o'xshash yo'tal, bir xil darajada obsesif va asiklik, lekin takrorlanishlar bilan birga kelmaydi, odatda juda yopishqoq balg'am borligini ko'rsatadi. Kistik fibroz bilan bir xil yo'tal kuzatiladi. Uning o'pka ko'rinishlari: surunkali bronxit, peribronxit, ba'zan balg'amli bronxoektatik, ko'pincha ko'p. Terni o'rganishda xloridlar miqdori 70 mmol / l dan ortiq. Og'ir yiringli bronxitda balg'am aniqlanadi, takrorlanish yo'q. Surunkali bronxit, surunkali pnevmoniya, kist o'pkasi yoki individual o'pka kistalari (kistik fibroz bilan bog'liq bo'lmagan) bilan bog'liq bronxoektazlarda (ko'k yo'taldan farqli o'laroq) takrorlanish ham sodir bo'lmaydi. Ko'k yo'tal ho'l yo'taldan tsiklilik yo'qligi bilan farq qiladi.

Psixogen yo'tal. Boladagi yo'tal, ayniqsa takroriy, odatiy genezga ega bo'lishi mumkin. Boladagi yo'tal refleksining sababi onaning tashvishi, diqqatni jamlash va nafas olish belgilariga e'tiborni kuchaytirishi mumkin. Bu bolalar e'tiborni jalb qilishni yoki o'z maqsadlariga erishmoqchi bo'lgan vaziyatlarda bir qator quruq, kuchli yo'talga ega. Uchrashuvda ular tekshiruvdan oldin yo'talishadi, tekshiruv bilan bog'liq muammolarni tashvishli kutish tinchlanish bilan almashtirilgandan so'ng, yo'talni keskin to'xtatadi. Yo'talishning yangi hujumi bola uchun yoqimsiz bo'lgan mavzuga teginish (injiqlik, kun tartibiga rioya qilish) yoki hatto bolaga e'tibor bermaslik kabi oddiygina mavhum suhbatni boshlash orqali qo'zg'atilishi mumkin. Stridor. Stridor - toraygan havo yo'li orqali havo o'tganda paydo bo'ladigan nafas shovqini. Stridor har doim havo yo'llarining torayishini ko'rsatadi. Bu nafas olish bosqichida (inspirator stridor), ekspiratuar fazada (ekspiratuar stridor) yoki nafas olishning ikkala bosqichida (aralash stridor) bo'lishi mumkin. Barcha holatlarda stridor nafas olishning og'ir qiyinchiliklarini ko'rsatadi va nafas qisilishi belgisidir. Siyanoz va nafas olish mexanikasining buzilishi nafas olish etishmovchiligini ko'rsatadi. Inspiratuar stridor glottis mintaqasida yoki uning ustidagi shikastlanishni ko'rsatadi, aralash, nafas olish va ekspiratuar, stridor ovoz apparati va traxeya kasalliklariga xosdir. Pastki nafas yo'llarining shikastlanishi

bilan kuzatiladi. Nafas olish yo'llarining torayishining lokalizatsiyasi boshqacha bo'lishi mumkin.

Nafas olish yo'llarida quyidagi o'zgarishlar bilan nafas olish stridori kuzatiladi:

1. Burun bo'shlig'ining torayishi. Stridor paytida shovqin hidlash paytidagi tovushlarga o'xshaydi, chaqaloqlarda nonspesifik rinit, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va hayotning birinchi oylarida bolalarda sifilitik rinit (tug'ma sifiliz), burun yo'llarini begona jism yoki xoanal stenoz bilan to'sib qo'yish bilan sodir bo'ladi.

2. Farenksning torayishi. Tomoqqa nafas olishdan oldin qisqarish horlamaga o'xshash o'ziga xos tovushni keltirib chiqaradi. Til bolalarda behush holatda cho'kib ketganda paydo bo'ladi; pastki mikrognatiya tufayli tilning chuqur joylashishi bilan, ayniqsa Per Robin sindromi bilan; yutish falaji, retrofaringeal xo'ppoz, yiringli epiglottit bilan og'rigan bemorlarda kuzatiladigan havo o'tishiga to'sqinlik qiladigan sirning farenksda ko'p miqdorda to'planishi bilan.

3. Halqum sohasida torayishi.

Xarakterli belgilar - doimiy qichqiriqli yo'tal va ovozning xirillashi - paydo bo'ladi:

- gripp krupi, shuningdek qizamiq, difteriya va boshqa kasalliklar fonida krup bilan;

- flegmonoz epiglottit;

- traxeya va bronxlarning xaftaga asosini yumshatish bilan tug'ma laringeal va traxeya stridori va tovuq ko'piklarini eslatuvchi o'ziga xos stridor tovushi;

- raxit (laringospazm hayot uchun xavfli spazmofiliya ko'rinishi sifatida);

- halqumning travmatik shikastlanishlari natijasida (tashqi travma yoki intubatsiya, keyin shilliq qavatning shishishi va shilliq osti qon ketishi). Aralash (inspirator va ekspiratuar) stridor quyidagilarni ko'rsatishi mumkin:

- traxeobronxit, shu jumladan og'ir laringotraxeit (virusli krup);

- psevdomembranalarning ko'pligi bilan difteriya krupi;

- traxeyaning qichitqi shaklida torayishiga olib keladigan bo'qoq;

- yuqori mediastindagi hajmli jarayonlar, traxeyani toraytirish;
- qizilo'ngachning stenozi yoki atreziyasi bilan bog'liq bo'lgan traxeya strikturalari, uzoq davom etgan intubatsiya oqibatlari (traxeyaning shilliq qavati va xaftaga tushishi);
- traxeotomiya;
- aorta yoyining malformatsiyasi (aorta yoyining ikki baravar ko'payishi, o'ng subklavian arteriyaning chap qirrali kelib chiqishi);
- o'pka magistralining anomaliyalari (sezilarli kengayish);
- ochiq arterioz kanali. Ekspiratuar stridor odatda bronxlarning torayishi, og'ir spastik bronxit, bronxial astma, begona jismning aspiratsiyasi, kengaygan limfa tugunlari bilan bronxlarning siqilishi va o'pka ildizlari sohasidagi malign non-Xodgkin limfomalarida paydo bo'ladi.

Nafas qisilishi (nafas qisilishi). Nafas qisilishi tushunchasi juda ko'p turli xil ta'riflarga ega. Keng ma'noda, bu nafas olishning buzilishini anglatadi.

Nafas qisilishining quyidagi shakllari ajratiladi:

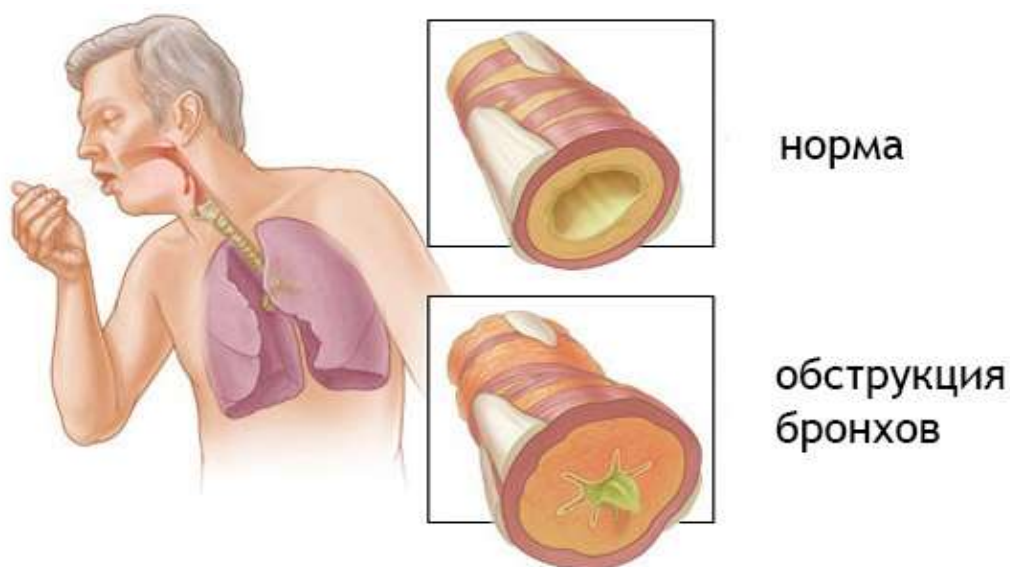
1. Inspirator nafas qisilishi - yuqori nafas yo'llarining obstruktsiyasi bilan kuzatiladi: krup, halqumning tug'ma torayishi, begona jism va boshqalar
2. Ekspiratuar nafas qisilishi - ko'krak qafasi yuqoriga ko'tariladi va deyarli qiladi. nafas olish aktida ishtirok etmaslik. Ekshalasyon asta-sekin, ba'zan hushtak bilan amalga oshiriladi. Bronxial astmada kuzatiladi.
3. Aralash nafas qisilishi - ekspiratuar-inspiratuar - bronxiolit va pnevmoniyaga xos. Ushbu ta'rif barcha turdagi ventilyatsiya anormalliklarini, nafas olish etishmovchiligining barcha darajalarini va boshqa nafas olish kasalliklarini o'z ichiga oladi. Nafas qisilishi ham sub'ektiv sezgi, ham ob'ektiv alomat bo'lishi mumkin. Birinchi holda, bu bemorning o'zi boshdan kechirgan nafas olish qiyinligi yoki havo etishmasligi hissi, ikkinchidan - bemor va shifokor uchun ob'ektiv simptomologiya. Nafas qisilishining har bir holatini talqin qilishda asosiy omil - bu nafas olishning normadan og'ishi. "Nafas qisilishi" tushunchasi chiqarib tashlanmaydi

Ortopnea - qo'llarga urg'u berilgan majburiy o'tirish holati (odatda tananing orqasida) nafas olish mushaklarining ishini engillashtirish uchun bronxial astma yoki o'pka shishi bilan og'rigan bemorlar tomonidan olinadi.

Wheezing o'ziga xos hodisa bo'lib, u nafas chiqarish qiyin bo'lganda paydo bo'ladi. Uning rivojlanish mexanizmi havo oqimining yuqori tezligida intrabronxial bosimning haddan tashqari pasayishi tufayli katta bronxlar lümeninin tebranishi bilan bog'liq. Qattiq xirillash ko'pincha obstruktiv jarayonlarda, asosan bronxospazm tufayli eshitiladi, bronxiolitda esa, ehtimol, kichik havo yo'llarining torayishi tufayli ifodalanmaydi. Nola nafasining genezisi butunlay boshqacha. Odatda, og'ir massiv pnevmoniya bilan og'rigan bolalarda nola nafas olish paydo bo'ladi, u o'pka moslashuvining pasayishi va birga keladigan pleurit tufayli og'riq natijasida nafas olish qiyinligi tufayli yuzaga keladi.

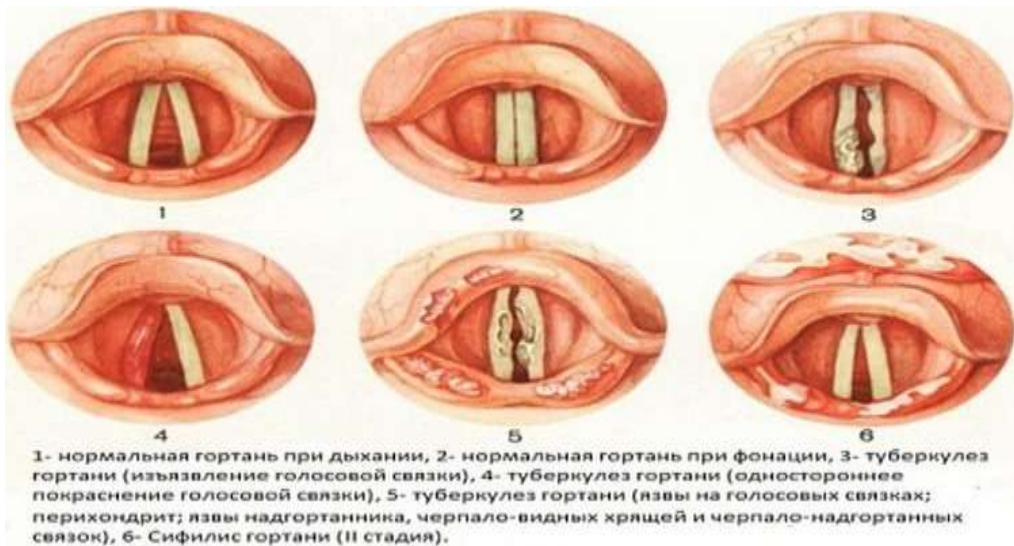
YUQORI NAVOF YO'LLARINI OBSTRUKSIYA SINDROMI

Halqum va bronxlarning siqilishidan kelib chiqqan yuqori nafas yo'llarining o'tkir obstruksiyasi bolalarda o'tkir DNning eng keng tarqalgan sababidir. Uning tez-tez paydo bo'lishiga quyidagi omillar sabab bo'ladi: tor havo yo'llari, halqumning subglottik bo'shlig'ining bo'shashgan tolasi, bolalarning laringospazmga moyilligi, nafas olish mushaklarining nisbiy zaifligi. Virusli lezyonlar, allergik sharoitlar, travma, shishlar bilan subglottik bo'shliqda tezda paydo bo'ladi va hayot uchun xavfli stenoz rivojlanadi. Yosh bolalarda tor havo yo'llarining fonida 1 mm shish paydo bo'lishi lümenning 50% gacha torayishiga olib keladi. Shishdan tashqari, obstruksiya genezisida muhim rol spastik komponentga va mexanik blokirovkaga (begona tana, shilliq, fibrin) tegishli. Har qanday kelib chiqishi yuqori nafas yo'llarining obstruksiyasida barcha uchta patologik omil mavjud.



Shakl 59. Bronxial obstruktsiya sxemasi.

Bolalarda yuqori nafas yo'llarining obstruktsiyasining eng keng tarqalgan sababi bu virusli (parainfluenza, adenovirus va boshqalar) yoki kombinatsiyalangan virusli-bakterial (stafilokokklar yoki E. coli) etiologiyasiga ega bo'lgan o'tkir stenozli laringotraxeit (ASLT). Etiologiyaga va oldingi kasallikka qarab, OSLT shakllaridan biri paydo bo'ladi - shish, infiltrativ, fibrinonekrotik (yoki obstruktiv). OSLT ning shish shakli odatda ARVI (ko'pincha parainfluenza) boshlanishida rivojlanadi, infeksiyon-allergik kelib chiqishi bor va intoksikatsiya belgilari bilan birga kelmaydi. Semptomlarning tez o'sishi ham, stenoz belgilarining tez yo'qolishi ham xarakterlidir, shuningdek kortikosteroidlarni buyurishda yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Infiltrativ shaklda stenoz ARI boshlanganidan 2-3 kungacha rivojlanadi, intoksikatsiya o'rtacha darajada namoyon bo'ladi. Patologik jarayon bakterial va virusli infeksiyaning kombinatsiyasidan kelib chiqadi. Stenoz asta-sekin o'sib boradi, ammo og'ir darajaga etadi, davolash antibiotiklar va inhaliyalar bilan amalga oshiriladi. OSLT ning obstruktiv shakli ko'pincha laringotraxeobronxit shaklida yuzaga keladi. Stenoz asosan subglottik torayishdan ko'ra fibrin birikmalaridan kelib chiqadi va bu jarayon pastga tushadigan bakterial fibrinoz yallig'lanishdir. Davolash antibakterial preparatlarni qo'llash, balg'amni suyultirish terapiyasi, traxeobronxial daraxtning sanitariyasiga asoslangan.



60-rasm. Har xil patologiyalarda halqumning holati.

Klinik jihatdan halqum stenozining 4 darajasi ajralib turadi:

- I daraja (kompensatsiyalangan krup) - afoniyagacha bo'lgan ovozning xirillashi, quruq, xirillash, obsesif, doimiy yo'tal bilan tavsiflanadi. Jismoniy mashqlar paytida (qichqiriq, yig'lash, ovqatlantirish, yo'tal va boshqalar) bemorda inspiratuar nafas qisilishi, stridor va DN paydo bo'ladi. Dam olishda nafas qisilishi yo'q, taxikardiya isitmaga to'g'ri keladi;

- II daraja (to'liq bo'lmagan kompensatsiya) - xirillash va qichqiriqli yo'tal bilan bir qatorda stridorli nafas olish xarakterlidir, masofadan eshitiladi, nafas olish jarayonida yordamchi mushaklar ishtirokida inspirator nafas qisilishi (burun qanotlarining shishishi, burunning orqaga tortilishi) interkostal bo'shliqlar, bo'yinning yumshoq to'qimalari), bu yuk bilan keskin ortadi. O'rtacha og'irlikdagi umumiy holat, tashvish, sezilarli taxikardiya (isitma bo'yicha bo'lishi kerak bo'lganidan kattaroq), qon bosimining oshishi kuzatiladi. Giperventiliya tufayli qonning gaz tarkibi hali ham normal bo'lishi mumkin (dam olishda gipokapniya va jismoniy mashqlar paytida gipoksemiya). Hujum paytida o'zgarishlar keskin ortadi, DN II darajaga to'g'ri keladi;

- III daraja (dekompensatsiyalangan krup) - umumiy ahvoli og'ir, bezovtalik adinamiya, letargiya, letargiya davrlari bilan almashtiriladi. Dam olishda perioral va akrosiyanoz bilan og'ir DN III darajasi, vaqti-vaqti bilan umumiy siyanozga

aylanadi; nafas olish ham, nafas olish ham qiyin; qonda gipoksemiya, giperkapniya, aralash respirator metabolik atsidoz. Yurak etishmovchiligi belgilari (lablar siyanozi, til uchi, burun, barmoqlar, jigar kengayishi, o'pkada tiqilishi, aritmiya, qon bosimining pasayishi);

- IV daraja (asfiks) - rangi oqargan siyanotik teri, vaqti-vaqti bilan ortib borayotgan siyanoz, aritmik, paradoksal nafas olish, bradikardiya, arterial gipotenziya (ya'ni, DN III va HF II B daraja belgilari mavjud), yurak tutilishi va nafas olish. Faqat mexanik shamollatish yurak faoliyatini saqlab qolish uchun reanimatsiya choralari bilan birgalikda hayotni saqlab qolishi mumkin. Halqum va traxeyaning begona jismlari asfiksiya va to'satdan nafas olish dekompensatsiyasining eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. Ko'pincha begona jismlar 1-3 yoshli bolalar tomonidan so'riladi, o'g'il bolalar qizlarga qaraganda ikki baravar ko'p. Urug'lar, yong'oqlar, toshlar va boshqalar kabi kichik narsalarni aspiratsiya qilish xavfi ayniqsa yuqori. Aspiratsiya sodir bo'lganda, birinchi oylarda bolalarda qusish yoki passiv oqma (regürjitatsiya) paytida oziq-ovqat, oshqozon tarkibi nafas olish yo'llariga kirishi mumkin. hayot, erta tug'ilgan chaqaloqlar, chuqur koma bilan. Bola, shuningdek, qattiq oziq-ovqat bo'laklari va boshqa narsalarni nafas olishi va chaqmoq kabi tez asfiksiya bilan halqum yoki traxeyada begona jismni olishi mumkin. Taxminan yarmida begona jismlar traxeyada lokalizatsiya qilinadi va subglottik bo'shliqdan traxeyaning bifurkatsiyasiga o'tishi mumkin, bu esa davriy bo'g'ilish hujumlarini keltirib chiqaradi. Bronxdagi begona jismning lokalizatsiyasi bilan bronxiolalarning refleksli spazmi paydo bo'lishi mumkin, bu esa nafas chiqarishning keskin uzayishi bilan bronxial obstruksiya belgilarining to'satdan paydo bo'lishiga olib keladi. Nafas olish yo'llarida begona jism odatda sog'lom bolada o'tkir paroksizmal, tez-tez og'riqli yo'tal, bo'g'ilish va qattiq tashvish paydo bo'lishi bilan birga keladi. Chet jismning aspiratsiyasi, shuningdek, xirillashning to'satdan paydo bo'lishi yoki uzoq davom etgan, tushunarsiz yo'tal, lokalizatsiyalangan atelektaziya yoki rentgen nurlanishining kengayishi bilan ham taklif qilinadi. Shuni esda tutish kerakki, begona jismning aspiratsiyasining tipik asoratlari: traxeobronxit, pnevmoniya, atelektaz va agar ular

uzoq vaqt davom etsa, bronxoektazdir. Atrofdagi kattalar ba'zan to'satdan nafas qisilishi yoki bo'g'ilish, yo'tal, qusish, siyanoz yoki ko'z yoshlari bilan yuzning qizarishi, ba'zan daqiqalar aniqligi bilan ko'rinishini qayd etadilar. Kichkina narsalar, qattiq oziq-ovqat va hokazolar bolada mavjudmi yoki yo'qligini aniqlash kerak. Difteriyadagi haqiqiy krup ovoz kordlarida fibrinoz plyonkalarining shakllanishi bilan bog'liq bo'lib, tovushni yo'qotadigan qo'pol qichqiruvchi yo'tal bilan namoyon bo'ladi. afoniya va nafas olish qiyinlashuvi rivojlanadi. Ko'pincha bodomsimon bezlarda yoqimsiz hid va tomoqning sezilarli shishishi bilan zich, iflos-kulrang blyashka bilan og'iz og'rig'i bilan boshlanadi. Submandibulyar limfa tugunlarining intoksikatsiyasi, kattalashishi va shishishi, bo'yinning teri osti to'qimalarining shishishi bilan tavsiflanadi. Inspiratuar obstruktsiya tug'ma bo'lishi mumkin, birinchi ARI gacha klinik ko'rinishlarga olib kelmaydi. Tug'ma laringeal stridor epiglottis, glottis, halqum to'qimalarining rivojlanmaganligi, tug'ilish travmasi tufayli ovoz paychalarining falajlanishi va stenoz, kist yoki o'sma tufayli ovoz paychalarining anatomik torayishi bilan bog'liq. Krup, shuningdek, makroglossiya, mikrognatiya, bo'ynidagi to'qimalarning tashqi siqilishi bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Bu doimiy inspiratuar tovushli nafas qisilishi, ko'krak qafasining mos keladigan qismlarini tortib olish bilan namoyon bo'ladi, ular tashvish, qichqiriq bilan kuchayadi. Vokal kordlarining shikastlanishi bilan ovozning xirillashi ham kuzatiladi. Shuningdek, yutish jarayonlari asosan buzilgan va ikkilamchi bo'lgan kasalliklar guruhi mavjud

Havo yo'llarining "past" obstruktsiyasi. "Past" havo yo'li obstruktsiyasi bronxial lümeni torayib, havo oqimining o'tishiga to'sqinlik qilganda paydo bo'ladi. O'tkir bronxial obstruktsiya sindromi (ABO) yosh bolalarda osonroq paydo bo'ladi, ularda bronxlar lümeni kattalarga qaraganda sezilarli darajada torroqdir. OBO genezisida bronxiola devorining shishishi, bronxlarning to'plangan sekretlar bilan tiqilib qolishi, shilimshiq, yiringli qobiqlar (diskriniya) va nihoyat, bronxlar mushaklarining spazmi muhim rol o'ynaydi. Ushbu komponentlarning nisbati OBO sabablari va bolaning yoshiga qarab o'zgaradi. Bolalarda eng ko'p uchraydigan OBO ARI bilan yuqumli obstruktiv bronxit (bronxiolit), bronxial

astma xuruji va astmatik status, konjestif chap qorincha HF (kattalar yurak astmasining ekvivalenti) bilan kuzatiladi. Hayotning dastlabki uch yilidagi bolalarda ARVI fonida yuzaga keladigan OBO deyarli har doim bronxiolyar shilliq qavatning yallig'lanish shishi (bronxiolit) tufayli yuzaga keladi. Hayotning dastlabki 3-6 oyidagi asosiy kasallik odatda rinosinxitiyali infektsiya bilan, 6 oylik yoshda - 3 yoshda - parainfluenza bilan bog'liq. ARVI da OBO ning takroriy hujumlari har qanday respirator virusdan kelib chiqishi mumkin, chunki ular reaginik mexanizmlarni o'z ichiga olgan allaqachon bronxial sensibilizatsiya fonida sodir bo'ladi. Boshqacha qilib aytganda, bu holatlarda bronxiolit bronxospazm bilan birlashtiriladi. Bronxospazm har doim 3 yoshdan oshgan bolalarda OBO ning ajralmas qismi bo'lib, bu bemorda astma mavjudligini ko'rsatadi. O'tkir bronxopulmoner kasallikning birinchi haftasining oxiriga kelib, ayniqsa og'ir kasalliklar bilan tez-tez kasal bo'lgan bolalarda diskriyaniyning patologik rolini (bronxlarda shilliq, desquamatsiyalangan epiteliy, fibrin to'planishi fonida obstruktsiya) hisobga olish kerak. birgalikda patologiya. Barcha bolalar, qoida tariqasida, bemorning ahvoli yaxshilanganda ham 5 hafta davom etadigan gipoksiyaga ega. Mushaklarning charchoqlari tufayli nafas olish yo'llarining yuqori qarshiligiga qarshi nafas olish ishining kuchayishi natijasida bemorda pCO_2 65 mm Hg dan yuqori bo'lgan kompensatsiyalanmagan respirator atsidoz rivojlanadi. Art. Har qanday OBO ning terminal bosqichi sezilarli salbiy intratorasik bosim va ikkilamchi chap qorincha yurak etishmovchiligi tufayli o'pka shishidir.

Klinik ko'rinishlari. OBO ning asosiy belgisi ekspiratuar, hayotning birinchi oylari va yillaridagi bolalarda aralash dispnadir. Nafas olish tizimidagi obstruktsiya darajasi qanchalik jiddiy bo'lsa va jismoniy o'zgarishlar qanchalik aniq bo'lsa, klinik ko'rinishda nafas olish ishining kuchayishi belgilari ko'proq ustunlik qiladi. Hayotning birinchi yillaridagi bolalar havoni chiqarish uchun maqbul pozitsiyani topa olmay, tashvishlanadilar, "o'zlari uchun joy topa olmaydilar". Ekshalasyon yordamchi mushaklar ishtirokida amalga oshiriladi va 3 yoshdan oshgan bolalar ko'pincha majburiy pozitsiyani egallaydilar. Ko'krak qafasining shishishi, o'pkaning havodorligini oshirishning jismoniy belgilari (nafas

olish va bronxofoniyaning zaiflashishi, bosilgan perkussiya tovushi) bilan tavsiflanadi. Auskultativ rasm obstruksiyaning u yoki bu patofiziologik mexanizmining ustunligiga qarab farqlanadi. Shunday qilib, giperkrin komponentning ustunligi bilan, asosan, qo'pol, shiddatli shilinishlar eshitiladi, OBO ning "shishgan" variantida suyuqlikning sezilarli darajada ekstravazatsiyasi bilan bronxlar va bronxiolalar - har ikki tomonda tarqoq mayda pufakchali nam rallar. OBO ning birlamchi yuqumli toksikoz bilan birikishi, haddan tashqari taxikardiya (Kishsh toksikozi), o'pkada keng tarqalgan mayda pufakchali ho'l toshmalar, mumsimon teri yoki periorbital shishlar, odamni peribronxial shish tufayli bronxial stenozga shubha qiladi. Auskultatsiya paytida quruq xirillashning ustunligi bronxial lümenning torayishi, asosan bronxospazm yoki shilliq qavatning shishishi tufayli ekanligini ko'rsatishini hisobga olish kerak. Shu bilan birga, aniq bronxial obstruksiya bilan "jim" o'pkaning joylari paydo bo'lishi mumkin, ular ustida xirillash eshitilmaydi va nafas olish sezilarli darajada zaiflashadi. Takroriy bronxo-obstruktiv sindromda differensial diagnostika mukovistsidoz, a1-antitripsin etishmovchiligi, begona jismlar, aspiratsion pnevmoniya yoki bronxit va takroriy bronxo-obstruktiv sindromni keltirib chiqaradigan boshqa holatlar bilan amalga oshiriladi. Hayotning birinchi yilidagi bolalarda bronxial astmada bronxospazm minimal darajada namoyon bo'ladi, bronxial shilliq qavatning shishishi va giperkriniya natijasida bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishi sodir bo'ladi. Hujumdan oldin, odatda, burun oqishi, yo'tal, lakrimatsiya va ko'pincha qisqa muddatli subfebril tana harorati bilan tavsiflangan prekursorlar davri bo'ladi. O'pka ustidan hujum paytida nafaqat quruq, balki turli xil nam raller ham eshitiladi. Bola qanchalik katta bo'lsa, bronxospastik komponentning hujumning genezisidagi roli qanchalik katta. Shu bilan birga, prekursorlarning davri qisqaradi, nafas qisilishi aniq ekspiratuar xususiyatga ega bo'ladi va auskultatsiya paytida o'pkada quruq xirillashli xirillashlar shiddatli va ho'l xirillashlardan ustun turadi.

O'pka to'qimalarining siqilish sindromi. Kichik o'choqli siqilish (lobulyar, pnevmoskleroz). Klinik ko'rinish muhrning chuqurligiga, ularning kattaligiga va miqdoriga bog'liq. Ko'rinadigan o'zgarishlarsiz tashqi tekshiruv, nafas olish

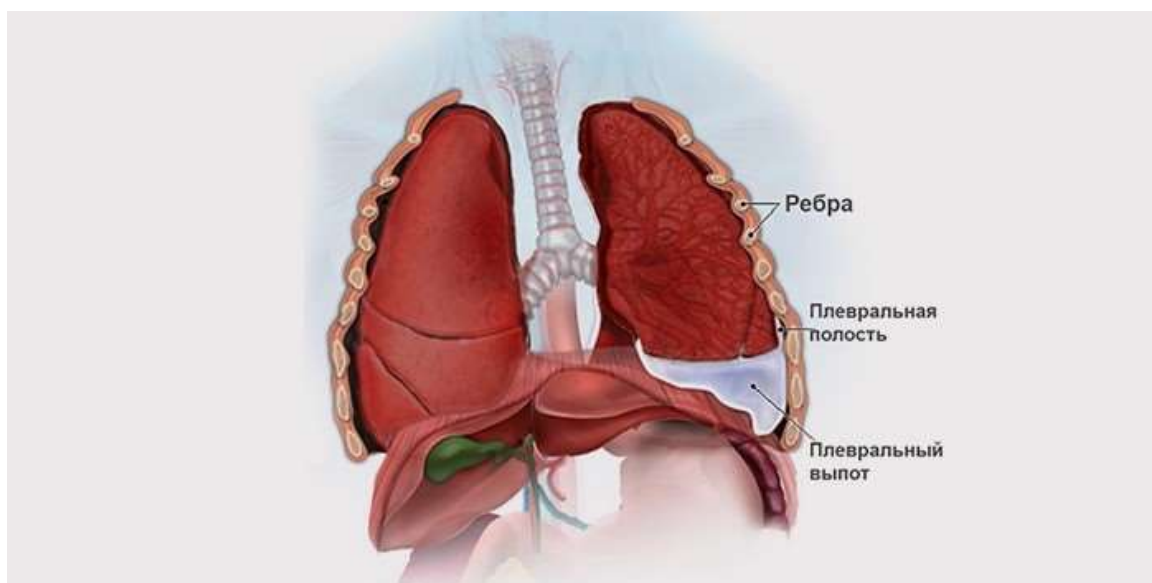
jarayonida ko'krak qafasining kasal tomonida kechikish bo'lishi mumkin. Ko'krak qafasi palpatsiyasida - zararlangan tomonda titroq ovozning biroz kuchayishi. O'pka perkussiyasida zararlangan hududda perkussiya tovushining xiralashganligi aniqlanadi. O'pka auskultatsiyasida siqilish o'choqlari ustidagi vezikulyar nafasning zaiflashgani aniqlanadi, cheklangan hududda mayda pufakchali tovushli tirnashlar eshitiladi. Katta fokusli siqilish (butun o'pka, lob, segment). Tekshiruv paytida ko'krak qafasining kasal tomonining nafas olishda kechikishi, palpatsiya paytida zararlangan hududda ovozning titrashi kuchayadi. O'pka perkussiyasida siqilish zonasi ustidagi zerikarli perkussiya tovushi aniqlanadi. O'pka auskultatsiyasi paytida siqilish zonasidan yuqorida bronxial nafas eshitiladi.



Shakl 61. Makrofokal siqilish sxemasi.

O'pka to'qimalarining siqilish sindromi bilan ko'krak qafasining rentgenologik tekshiruvi o'pkaning bo'lagi yoki segmentiga mos keladigan qorayishni ko'rsatadi, turli o'lchamdagi kichik qorayish o'choqlari aniqlanadi va o'pka naqshining kuchayishi aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi sindromi. Plevra efüzyonu - bu plevra bo'shlig'ida suyuqlikning anormal to'planishi. Plevra bo'shlig'i plevranning parietal va visseral varaqlari orasidagi bo'shliq bo'lib, o'pkaning ildizlarida tutashadi. Plevra bo'shlig'ida suyuqlikning to'planishi gidrotoraks deb ataladi. Bir yoki ikkala plevra bo'shlig'ida suyuqlik

to'planishi mumkin. Uning xarakteri yallig'lanish (ekssudat) va yallig'lanishsiz (transudat) bo'lishi mumkin. Ekssudatning sabablari sil va pnevmoniyadagi plevranning yallig'lanishi (plevrit), malign neoplazmalarda plevral karsinomatozdir. Ko'pincha lezyon bir tomonlama bo'ladi. Hidrotoraksning sabablari yoki plevra bo'shlig'ida transudatning to'planishi yurak etishmovchiligida o'pka qon aylanishida tiqilib qolish yoki buyrak kasalliklarida umumiy suyuqlikni ushlab turish bo'lishi mumkin. Jarayon ko'pincha ikki tomonlama bo'lib, ko'pincha periferik shish, astsit, gidroperikard bilan birlashtiriladi.



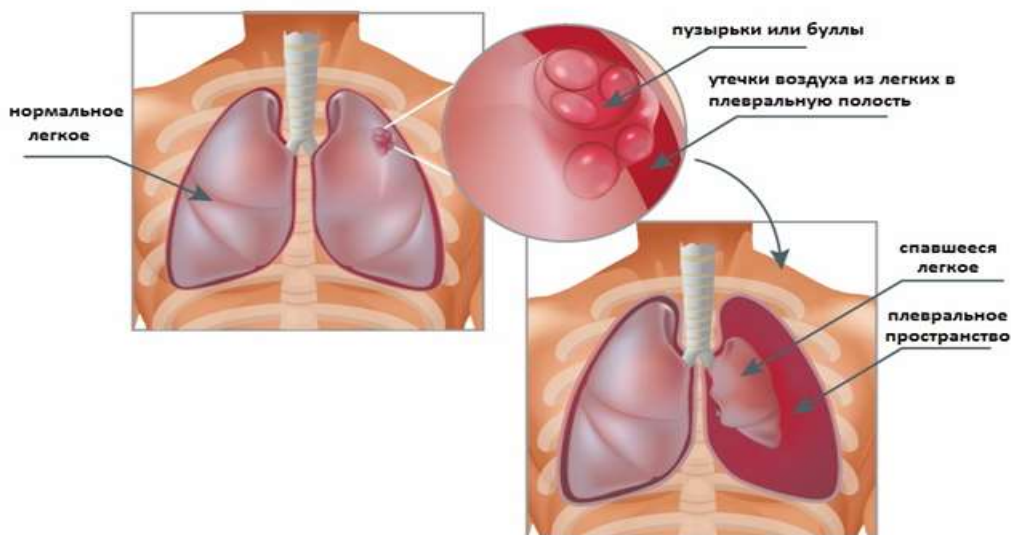
Shakl 62. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi sindromining sxemasi.

Shikoyatlar. Bemorning umumiy ko'rinishini va uning ovqatlanishini baholash muhimdir. Bolaning holati plevranning tirnash xususiyati borligini ko'rsatishi mumkin, chunki plevral efüzyon bilan og'rigan bemorlar ko'krak qafasini zararlangan tomondan saqlaydilar. Suyuqlikning tez va sezilarli to'planishi bilan o'pka atelektazi va nafas olish etishmovchiligi sindromi rivojlanadi. Bemorlar nafas qisilishidan shikoyat qiladilar, sog'lom tomonning holatida og'irlashadi, ko'krakning kasal yarmida og'irlik hissi paydo bo'ladi. Tekshirish. Bemorlar ko'pincha majburiy pozitsiyani egallaydilar (og'riqli tomonda), zararlangan tomon biroz kattalashishi mumkin, nafas olayotganda orqada qoladi, qovurg'alararo bo'shliqlar tekislanadi, hatto shishiradi. Palpatsiya. Interkostal bo'shliqlarning

qarshiligi kuchayadi, ovozning titrashi zaiflashadi yoki yo'q. Perkussiya. Qiyosiy perkussiyada zerikarli perkussiya tovushi aniqlanadi, Garland uchburchagida (yuqorida - o'pkaning siqilgan ekssudati ustida) - to'g'ridan-to'g'ri timpanik, Rauchfus-Grocco uchburchagida - to'mtoq. Topografik perkussiya bilan suyuqlikning yuqori darajasi Ellis-Damoiseau qiya chizig'i shaklida bo'ladi. O'pkaning pastki chegarasini aniqlash va o'pka chetini zararlangan tomondan ekskursiya qilish imkonsiz bo'ladi. Auskultatsiya. Suyuqlik to'plangan hududda nafas olish zaiflashadi yoki umuman yo'q. Atelektatik o'pkaning ildizga to'g'ridan-to'g'ri suyuqlik darajasidan yuqori bo'lgan cheklangan bo'shliqda bosilganda, zaiflashgan bronxial nafas eshitiladi. Bronxofoniya salbiy yoki zaiflashgan, bronxial nafas olish zonasida u kuchayishi mumkin. Plevral efüzyonni o'pka to'qimalarining siqilishidan farqlash kerak, bunda perkussiya tovushining xiralashishi va nafas olish tovushlarining zaiflashishi ham qayd etiladi. Tashxisni titroq tovushi (siqilish belgisi) bilan ijobiy bronxofoniya bilan farqlash mumkin. Traxeyani palpatsiya qilish va yurak impulslarini aniqlashda mediastinning lezyonga teskari yo'nalishda siljishi aniqlanishi mumkin. Sindrom diagnostikasi. Gidrotoraksning eng muhim belgilari o'pkaning pastki qismlarida zerikarli perkussiya tovushi, nafas olishning etishmasligi va xiralik sohasidagi salbiy bronxofoniya.

Qo'shimcha tadqiqot usullari. Radiologik jihatdan o'pka maydonining bir hil soyasi aniqlanadi, mediastinal sog'lom tomonga o'tadi. Diagnostik va terapevtik maqsadlarda plevral ponksiyon amalga oshiriladi, bu mavjud suyuqlikning tabiatini aniqlash imkonini beradi. Plevra bo'shlig'ida havo to'planishi sindromi. Plevra bo'shlig'ida havo to'planishi pnevmotoraks deb ataladi. Pnevmtoraksning sabablari har xil. Shunday qilib, neonatal davrda bu ko'pincha yo'talayotganda, nafas olish yo'llaridan shilliq qavatning aspiratsiyasida, shuningdek sun'iy shamollatish va majburiy nafas olishdan foydalangan holda reanimatsiya paytida yuzaga keladigan o'pka ichidagi bosimning oshishi oqibatidir. Pnevmtoraks o'pkaning konjenital malformatsiyasi (kistalar, konjenital lo'bar amfizem) mavjud bo'lganda ham paydo bo'lishi mumkin. Boshqa yosh guruhlarida pnevmotoraks

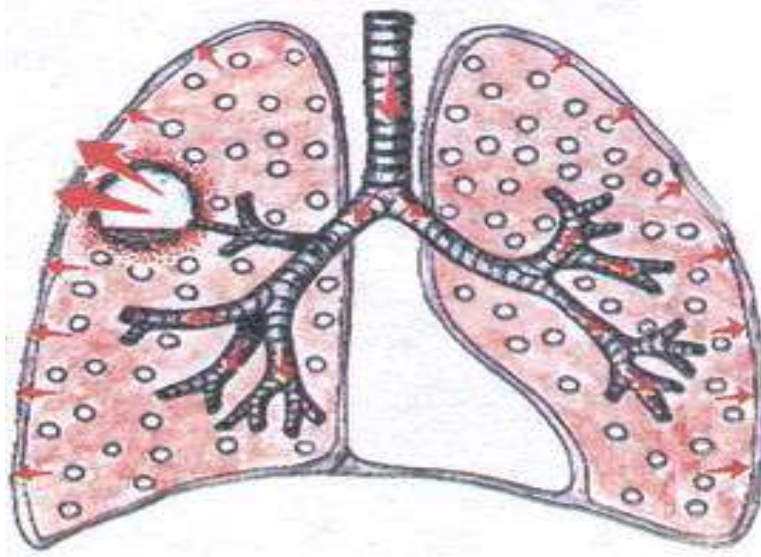
havo bo'shliqlarining (buqalar) yorilishi va bronxoplevral oqmalarning shakllanishi natijasi bo'lishi mumkin. Bu ko'pincha stafilokokk etiologiyasining o'pkasida yiringli-destruktiv jarayonlarda kuzatiladi. Plevra infeksiyasi tufayli pnevmotoraks piopnevmotoraksga aylanadi. Pnevmtoraksning paydo bo'lishi ildiz pnevmoniyasi, bronxial astma, begona jismning aspiratsiyasi natijasida, traxeotomiyadan keyin kuzatiladi. Sil kasalligida u kazeoz o'choqlarning plevra bo'shlig'iga yoki kichik bo'shliqlarga kirib borishi natijasida yuzaga keladi. Kelib chiqishi bo'yicha pnevmotoraks o'z-o'zidan, travmatik va sun'iy bo'lishi mumkin, terapevtik maqsadlarda ishlab chiqariladi. Atmosfera bilan aloqasi bo'lmagan, ochiq, u bilan erkin aloqada bo'lgan va klapanli, nafas olishda havo so'ruvchi va natijada doimiy o'sib boruvchi yopiq pnevmotoraks mavjud.



Shakl 63. Plevra bo'shlig'ida havo to'planishi sindromi

Shikoyatlar. Pnevmtoraks shakllanishi vaqtida bemor yon tomonda o'tkir og'riqni boshdan kechiradi, quruq yo'tal va qattiq nafas qisilishi qayd etiladi. Valvular pnevmotoraks bilan nafas qisilishi asta-sekin o'sib boradi. To'liq salomatlik o'rtasida o'tkir to'satdan paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Kasallikning boshlanishi sezilarli jismoniy zo'riqish, qusish yoki jarrohlik muolajalar natijasida (tomirlar, arteriyalarning teshilishi) bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Anamnezda tez-tez jismoniy zo'riqish, o'pka tuberkulyozi belgilari mavjud. Tekshirish. Ko'krak qafasining zararlangan tomonining mumkin bo'lgan chiqishi, nafas olayotganda orqada qolishi, interkostal bo'shliqlarning silliqiligi. Palpatsiya. Ta'sir qilingan

tomonda titrayotgan ovoz yo'q. Plevra bo'shlig'idagi yuqori bosimda (valvular pnevmotoraks), interkostal bo'shliqlar chidamli. Perkussiya. Ko'krak qafasining ta'sirlangan yarmidan yuqorida baland timpanik tovush aniqlanadi, qopqoq pnevmotoraks bilan - to'mtoq-timpanik. O'pkaning pastki chegarasi va uning harakatchanligi aniqlanmagan. Auskultatsiya. Ta'sir qilingan tomondan nafas olish keskin zaiflashadi yoki yo'q, bronxofoniya salbiy. Agar plevra bo'shlig'i bronx bilan erkin aloqa qilsa, bronxial nafas va ijobiy bronxofoniya eshitiladi. Yurak chegaralari va cho'qqilari sog'lom tomonga siljishi mavjud. Yurak tovushlari zaiflashgan, taxikardiya, kichik plomba pulsi, ipli bo'lishi mumkin. Pnevmtoraks diagnostikasi. Ishonchli belgilar - ko'krak qafasining ta'sirlangan yarmida nafas olishning kechikishi, ovozning titramasligi, baland timpanik tovush va ko'krakning shikastlangan yarmida nafas olishning keskin zaiflashishi. Qo'shimcha tadqiqot usullari. Rentgenogrammada o'pka naqshsiz engil o'pka maydoni aniqlanadi, ildizga yaqinroq - siqilgan o'pkaning soyasi. Qopqoq pnevmotoraksida mediastin sog'lom tomonga siljiydi. O'pka to'qimalarida bo'shliq sindromi. Bo'shliq sindromi belgilarni o'z ichiga oladi, ularning ko'rinishi bo'shliq, xo'ppozlar, kistlar, ya'ni zich, ko'proq yoki kamroq silliq devorga ega bo'lgan shakllanishlar mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, ko'pincha infiltratsion yoki tolali mil bilan o'ralgan. Ushbu sindromni aniqlash, birinchi navbatda, bemorni tekshirishning asosiy usullari - tekshirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiyadan foydalanganda sodir bo'ladi. Bo'shliq butunlay havo bilan to'ldirilishi mumkin (bo'sh bo'shliq) yoki havoga qo'shimcha ravishda u yoki bu miqdordagi suyuqlikni o'z ichiga oladi, yopiq holda qoladi yoki drenajlovchi bronx bilan aloqa qiladi. Bularning barchasi simptomatologiyaning xususiyatlarida namoyon bo'ladi, bu ham bo'shliqning kattaligiga va uning joylashuvi chuqurligiga bog'liq.



Shakl 64. O'pka to'qimasida bo'shliq sindromining sxemasi

Shikoyatlar. Ko'p miqdorda yiringli balg'amli yo'tal, ko'pincha to'la og'iz, tungi ter bilan septik harorat (o'pka xo'ppozi, bronxoektaziya uchun xarakterli), qonli balg'amli yo'tal yoki qon bilan yo'tal (kavernoz tuberkulyoz, o'pka to'qimalarining chirishi bilan).

Tekshirish. Umumiy tekshiruv: akrosiyanoz, diffuz siyanoz, terminal falanjlarining o'zgarishi ("barabanlar", "soat ko'zoynaklari"). Ko'krak qafasini tekshirish: nafas olish paytida ko'krakning "kasal" yarmining orqada qolishi, taxipnea.

Palpatsiya. Bo'shliqning proektsiyasida ovozning titrashi kuchli. Perkussiya. Bo'shliqning yuqorisida timpanik yoki zerikarli-timpanik tovush aniqlanadi.

Auskultatsiya. Bo'shliqdan yuqorida bronxial nafas yoki uning xilma-xilligi, amforik nafas eshitiladi; ko'pincha o'rta va katta ko'pikli nam raller. Qo'shimcha tadqiqot usullari. Radiografik ravishda, o'pka to'qimalarida qorayish fonida, yumaloq yoki oval shakldagi cheklangan yorug'lik aniqlanadi va suyuqlikning xarakterli gorizontalar darajasi ko'pincha aniqlanadi. O'pka to'qimalarining havodorligini oshirish sindromi (amfizem). Shikoyatlar. Doimiy nafas qisilishi, samarasiz yo'tal. Tekshirish. "Bochka shaklidagi" ko'krak qafasi. Palpatsiya. Ovoz titrashi ikkala tomondan ham zaiflashadi. Perkussiya. Qiyosiy - timpanik, "quti" tovushi bilan, topografik - o'pkaning pastki chegaralarini

yo'qotish, o'pkaning pastki qirralarining harakatchanligini cheklash. Auskultatsiya. Vesikulyar nafas olishning pasayishi. Qo'shimcha tadqiqot usullari. Rentgenogrammada o'pka maydonlarining shaffofligi oshishi, o'pka naqshining kamayishi aniqlanadi. Tashqi nafas olish funksiyasini o'rganish o'pkaning qoldiq hajmining ortishi, VC ning pasayishi (cheklovchi buzilishlar), ko'pincha obstruktiv buzilishlarni ko'rsatadi.

Nafas olish etishmovchiligi sindromi. Nafas olish etishmovchiligi - bu qonning normal gaz tarkibi saqlanmaydigan yoki tashqi nafas olish apparati va yurakning ko'proq intensiv ishlashi tufayli erishiladigan tananing holati, bu tananing funktsional imkoniyatlarini pasayishiga olib keladi.

O'pkada normal gaz almashinuvi uchta komponentning aniq munosabati bilan mumkin:

- 1) ventilyatsiya;
- 2) alveolyar-kapillyar membrana orqali gazlarning tarqalishi;
- 3) o'pkada kapillyar qonning perfuziyasi. NE sabablari tanadagi har qanday patologik jarayonlar yoki ushbu komponentlarning kamida bittasiga ta'sir qiluvchi salbiy ekologik omillar bo'lishi mumkin.

NE ning ikkita guruhi mavjud:

- 1) o'pka mexanizmlarining ustun zararlanishi bilan;
- 2) ekstrapulmoner mexanizmlarning ustun zararlanishi bilan.

Birinchi guruhga quyidagi patologik holatlar kiradi:

1. Katta nafas yo'llarining obstruktsiyasi.
2. Kichik nafas yo'llarining obstruktsiyasi.
3. O'pka to'qimalarining qisqarishi.
4. Alveolyar to'qimalarning cheklanishining buzilishi.
5. O'pka qon oqimining buzilishi.
6. Ventilyatsiya-perfuziya nisbatlarini buzish.
7. Alveolyar-kapillyar pardaning qalinlashishi.

Ikkinchi guruhga quyidagi patologik holatlar kiradi:

1. Nafas olishning markaziy tartibga solinishi buzilishi.

2. Nafas olish mushaklarining shikastlanishi.

3. Ko'krak qafasining shikastlanishi. NE sabablari va mexanizmiga ko'ra o'pkaning ventilyatsiya funksiyasining uch xil buzilishi mavjud: - obstruktiv; - cheklovchi; - aralashgan. Obstruktiv turi ularning yallig'lanishi, bronxospazm, traxeya va yirik bronxlarning torayishi yoki siqilishi tufayli bronxlar orqali havo o'tishida qiyinchilik bilan tavsiflanadi. Nafas olish fazalaridan asosan ekshalatsiya ta'sir qiladi. Spirografik tadqiqotda o'pkaning maksimal ventilyatsiyasi va majburiy ekspiratuar hajmining 1 sekundda (funktional VC) bir oz pasayishi bilan kamayishi kuzatiladi. Cheklovchi turi - ventilyatsiya buzilishlari o'pkaning kengayish yoki siqilish qobiliyati cheklanganda (gidrotoraks, pnevmotoraks, pnevmoskleroz, kifoskolioz, massiv plevra yopishishlari, qovurg'a xaftagalarining ossifikatsiyasi, qovurg'alar harakatchanligini cheklash) kuzatiladi. Nafas olish fazalaridan asosan inihalatsiya azoblanadi. Spirografik tadqiqotda VC ning pasayishi va o'pkaning maksimal ventilyatsiyasi mavjud. Aralash turi uzoq muddatli o'pka va yurak kasalliklarida uchraydi va ikki turdagi ventilyatsiya buzilishining belgilarini (obstruktiv va cheklovchi), ko'pincha ulardan birining tarqalishi bilan birlashtiradi.

NE ning uchta darajasi mavjud:

- I daraja - nafas qisilishi ilgari mavjud bo'lgan jismoniy zo'riqish bilan sodir bo'ladi, siyanoz yo'q (nazolabial uchburchakning siyanози mumkin, yosh bolalarda burun qanotlarining kuchlanishi), charchoq, yordamchi nafas olish. mushaklar nafas olishda ishtirok etmaydi, taxikardiya, qon bosimi normal, pO₂ 80-65 mm Hg gacha kamayadi. Art.;

- II daraja - nafas qisilishi odatiy jismoniy mashqlar bilan paydo bo'ladi, siyanoz aniqlanmaydi, charchoq aniqlanadi, zo'riqish bilan nafas olishda yordamchi mushaklar ishtirok etadi, qon bosimi ko'tariladi, eyforiya, tashvish kuzatiladi, letargiya, adinamiya, mushaklar bo'lishi mumkin. gipotenziya. Nafas olishning daqiqali hajmi normaning 150-160% gacha ko'tariladi. Nafas olish zahirasi 30% ga kamayadi, pO₂ - 64-51 mm Hg gacha. Art., pCO₂ normal yoki biroz ko'tarilgan (46-50 mm Hg gacha), pH normal yoki biroz kamayadi. 40%

kislorod nafas olayotganda, holat sezilarli darajada yaxshilanadi, qon gazlarining qisman bosimi normallashadi;

- III daraja - dam olishda nafas qisilishi, siyanoz, charchoq aniq, yordamchi mushaklar nafas olishda doimo ishtirok etadi. Nafas olish aritmi, taxikardiya, nafas olish tezligining yurak urish tezligiga nisbati 1: 2, qon bosimi pasayadi. Nafas olish aritmi va apnea uning chastotasini pasayishiga olib keladi. Letargiya, letargiya, adinamiya paydo bo'ladi; pO_2 50 mm Hg gacha kamayadi. Art., pCO_2 75-100 mm Hg gacha ko'tariladi. Art., pH 7,25-7,20 gacha kamayadi. 40% kislorodni inhalatsiyalash ijobiy ta'sir ko'rsatmaydi. Ba'zan ular IV daraja DN (gipoksik koma) ni ajratadilar, bola hushidan ketganda, teri tuproqli, lablari va yuzlari siyanotik bo'lib, oyoq-qo'llari va tanasida siyanotik yoki siyanotik-binafsha rangli dog'lar paydo bo'ladi. Nafas olish konvulsiv, og'iz ochiq (bola nafas olish uchun nafas oladi). Uzoq muddatli apnea tufayli nafas olish tezligi pasayadi va deyarli normal holatga keladi yoki hatto 1 daqiqada 8-10 gacha kamayadi. Taxikardiya yoki bradikardiya qayd etilgan, puls ipsimon, qon bosimi keskin pasaygan yoki aniqlanmagan, pO_2 50 mm Hg dan past. Art., pCO_2 100 mm Hg dan ortiq. Art.; pH 7,15 yoki undan pastga tushiriladi. DN ning mavjudligi va uning darajasi nafas qisilishi, taxikardiya, siyanoz kabi klinik belgilarning og'irligi, nafas olish hajmi va imkoniyatlarining o'zgarishi bilan baholanadi. Tadqiqotning jismoniy usullarining ma'lumotlari DN rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan asosiy kasallikka bog'liq bo'ladi. Bolalarda kattalarga qaraganda tez-tez kuzatiladigan giperventiliya tufayli gipokapniya (pCO_2 35 mm Hg dan past) bo'lsa, letargiya, uyquchanlik, terining rangsizligi va quruqligi, mushak gipotenziviyasi, taxikardiya yoki bradikardiya, alkaloz (pH 7,45 dan yuqori).), ishqoriy siydik. Gipokapniyaning kuchayishi bilan hushidan ketish mumkin, gipokalsemiya qayd etiladi, bu esa konvulsiyalarga olib keladi.

GKning uchta darajasi mavjud:

- I daraja - nafas qisilishi ilgari mavjud bo'lgan jismoniy zo'riqish bilan sodir bo'ladi, siyanoz yo'q (nazolabial uchburchakning siyanози mumkin, yosh bolalarda burun qanotlarining kuchlanishi), charchoq, yordamchi nafas olish. mushaklar

nafas olishda ishtirok etmaydi, taxikardiya, qon bosimi normal, pO₂ 80-65 mm Hg gacha kamayadi. Art.;

- II daraja - nafas qisilishi odatiy jismoniy mashqlar bilan paydo bo'ladi, siyanoz aniqlanmaydi, charchoq aniqlanadi, zo'riqish bilan nafas olishda yordamchi mushaklar ishtirok etadi, qon bosimi ko'tariladi, eyforiya, tashvish kuzatiladi, letargiya, adinamiya, mushaklar bo'lishi mumkin. gipotenziya. Nafas olishning daqiqali hajmi normaning 150-160% gacha ko'tariladi. Nafas olish zahirasi 30% ga kamayadi, pO₂ - 64-51 mm Hg gacha. Art., pCO₂ normal yoki biroz ko'tarilgan (46-50 mm Hg gacha), pH normal yoki biroz kamayadi. 40% kislorod nafas olayotganda, holat sezilarli darajada yaxshilanadi, qon gazlarining qisman bosimi normallashadi;

- III daraja - dam olishda nafas qisilishi, siyanoz, charchoq aniq, yordamchi mushaklar nafas olishda doimo ishtirok etadi. Nafas olish aritmi, taxikardiya, nafas olish tezligining yurak urish tezligiga nisbati 1: 2, qon bosimi pasayadi. Nafas olish aritmi va apnea uning chastotasini pasayishiga olib keladi. Letargiya, letargiya, adinamiya paydo bo'ladi; pO₂ 50 mm Hg gacha kamayadi. Art., pCO₂ 75-100 mm Hg gacha ko'tariladi. Art., pH 7,25-7,20 gacha kamayadi. 40% kislorodni inhalatsiyalash ijobiy ta'sir ko'rsatmaydi. Ba'zan ular IV daraja DN (gipoksik koma) ni ajratadilar, bola hushidan ketganda, teri tuproqli, lablari va yuzlari siyanotik bo'lib, oyoq-qo'llari va tanasida siyanotik yoki siyanotik-binafsha rangli dog'lar paydo bo'ladi. Nafas olish konvulsiv, og'iz ochiq (bola nafas olish uchun nafas oladi). Uzoq muddatli apnea tufayli nafas olish tezligi pasayadi va deyarli normal holatga keladi yoki hatto 1 daqiqada 8-10 gacha kamayadi. Taxikardiya yoki bradikardiya qayd etilgan, puls ipsimon, qon bosimi keskin pasaygan yoki aniqlanmagan, pO₂ 50 mm Hg dan past. Art., pCO₂ 100 mm Hg dan ortiq. Art.; pH 7,15 yoki undan pastga tushiriladi. DN ning mavjudligi va uning darajasi nafas qisilishi, taxikardiya, siyanoz kabi klinik belgilarning og'irligi, nafas olish hajmi va imkoniyatlarining o'zgarishi bilan baholanadi. Tadqiqotning jismoniy usullarining ma'lumotlari DN rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan asosiy kasallikka bog'liq bo'ladi. Bolalarda kattalarga qaraganda tez-tez kuzatiladigan giperventiliya tufayli

gipokapniya ($p\text{CO}_2$ 35 mm Hg dan past) bo'lsa, letargiya, uyquchanlik, terining rangsizligi va quruqligi, mushak gipotenzivasi, taxikardiya yoki bradikardiya, alkaloz (pH 7,45 dan yuqori).), ishqoriy siydik. Gipokapniyaning kuchayishi bilan hushidan ketish mumkin, gipokalsemiya qayd etiladi, bu esa konvulsiyalarga olib keladi.

SIYDIK CHIQARISH TIZIMI A'ZOLARINING ZARARLANISH SEMIOTIKASI VA ASOSIY SINDROMLARI.

Dizurik buzilishlar - siyish paytida og'riq va kramplar, tez-tez yoki sekin siyish, tungi va kunduzi va siydik o'g'irlab ketishni o'z ichiga olgan siyish harakatining buzilishi. Chaqaloqlarda siyish paytida og'riq (algouriya) tashvish, siyish paytida yoki undan keyin darhol yig'lash bilan namoyon bo'ladi.

Pollakiuriya – os hajmlarda tez-tez siyish. Imperativ chaqiriq - siydik pufagining majburiy bo'shatilguniga qadar vaqt oralig'ining keskin qisqarishi (bir necha soniyagacha) bilan siyish uchun chidab bo'lmas istakning paydo bo'lishi. Siydik chiqarishni o'g'irlab ketish - bu siydik chiqarishni xohlamasdan siydik chiqarish. Bu orqa miya kasalliklari (haqiqiy) va siydik va reproduktiv tizimlarning malformatsiyasi (noto'g'ri) bilan bo'lishi mumkin.

Enurez - uyqu paytida ixtiyoriy siyish. Siydik chiqarishning kamayishi bilan kuniga siyish soni yosh ko'rsatkichlarining pastki chegarasidan kamroq. Siydikni ushlab turish (ishuriya) qisman va to'liq (o'tkir va surunkali). Qisman siydikni ushlab turish siydik pufagining to'liq bo'shatilmasligi bilan tavsiflanadi, bu siydik pufagi bo'yni va siydik chiqarish kanali darajasida siydik o'tishini buzadigan to'siq mavjud bo'lganda paydo bo'ladi. Bunday holda, siydikni ushlab turish paydo bo'ladi, u ikki bosqichda, intervalgacha oqim bilan amalga oshiriladi. O'tkir to'liq tutilish tosh shakllanishi, siydik yo'llarining shikastlanishi (yorilishi) va boshqa sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin, surunkali travma, orqa miya kasalliklari va boshqalar natijasi bo'lishi mumkin. Dizurik buzilishlarning sabablari: orqa miyaning tug'ma va orttirilgan kasalliklari. va miya, periferik nervlar, intramural nerv pleksuslari; siydik pufagining tartibga solish tizimlarining rivojlanishida kechikish; siydik tizimidagi mikrobiaal-yallig'lanish jarayonlari; siydik va

reproduktiv tizimlarning malformatsiyasi; siydik tizimining travmatik shikastlanishlari, ureterosele, epispadias, fimoz, siydik pufagining yorilishi, siydik yo'llarining yorilishi va boshqalar Bolalardagi siydik miqdori yoshga, ovqatning tabiatiga, qabul qilingan suyuqlik hajmiga, jismoniy faoliyatga va boshqalarga bog'liq. atrof-muhit harorati. Uni $1500 \text{ ml} \times (S: 1,73 \text{ m}^2)$ formulasi yordamida hisoblash mumkin, bu erda S - bolaning tanasining yuzasi; 1 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun $600 + \{100 \times (n - 1)\}$ formulasi bo'yicha, bu erda n - bolaning yillar soni. Kunduzgi diurezning tungi vaqtiga nisbati 3 : 1. Kechasi diurezning kunduzga nisbatan ustunligi - nokturiya - buyraklar faoliyatining buzilishini ko'rsatadi, shish paydo bo'lganda kuzatilishi mumkin.

Oliguriya - siydikning kunlik miqdorining kamayishi - siydik ishlab chiqarish yoki chiqarilishining buzilishi belgisidir (diurez $0,3 \text{ ml} / (\text{kg} \cdot \text{soat})$ dan kam). Fiziologik oliguriya keyin birinchi 2-3 kun ichida kuzatiladi. laktatsiya etishmovchiligi tufayli tug'ilish. Oliguriya paydo bo'lish mexanizmiga ko'ra prerenal, buyrak va postrenal. Prenal oliguriya sabablaridan eng ko'p uchraydigan buyrak perfuziyasining etarli emasligi: natriy natijasida hujayradan tashqari suyuqlik hajmining kamayishi. yo'qotish (qusish, diareya, yuqori haroratda terlashning kuchayishi, nafas qisilishi, jismoniy zo'riqish, kuchli terlash), BCCning pasayishi (qon ketish, gipoalbuminemiya, sepsis), yurakning qisqarishi (miokard kasalligi, yurak nuqsonlari, perikardit), buyrak tomirlari zararlanishi (buyrak arteriyasi patologiyasi, nefroskleroz, vaskulit). Buyrak oliguriyasi buyrak kasalliklariga xos: glomerulonefrit, o'tkir interstitsial nefrit, o'tkir quvurli nekroz, nefrotoksik moddalar bilan zaharlanish uchun, tomirlar. patologiya (emboliya, infeksiyon endokardit, tizimli vaskulit, gemolitik uremik sindrom va boshqalar). Postrenal oliguriya siydik yo'llarining ikki tomonlama obstruktsiyasi bilan bog'liq (siydik yo'llarining tosh bilan tiqilib qolishi, qon ivishi, o'simta, siydik yo'llarining strikturasi, uretraning stenoz, prostata kasalliklari va boshqalar).

Anuriya haqida diurez $0,15 \text{ ml} / \text{kg}$ dan kam bo'lgan • soat yoki uning to'liq yo'qligi aytiladi. Anuriya har doim buyrak etishmovchiligini ko'rsatadi. Oliguriya va anuriya siydikning o'tkir tutilishi bilan ajralib turadi, bunda siydik chiqarishga

kuchli, og'riqli chaqiruv, sezilarli tashvish va siydik pufagining to'lib ketishi palpatsiya bilan aniqlanadi. Bolalarda o'tkir siydikni ushlab turish fimozis, balanopostit, siydik pufagi va siydik yo'llarida toshlar tufayli yuzaga keladi. Poliuriya atamasi diurezning normaga nisbatan 2 baravar ko'payishi yoki siydik miqdori $> 1500 \text{ ml} / \text{m}^2 / \text{kun}$ deb tushuniladi. Suvning reabsorbtsiya koeffitsientining 1% ga kamayishi diurezning 300-500 ml ga oshishiga olib keladi.

Poliuriya fiziologik sharoitda, odatdan tashqari yoki ruhiy kasalliklar bilan bog'liq holda ortiqcha miqdorda suyuqlik iste'mol qilinganda kuzatiladi (tashxis quruq parhez bilan sinovdan o'tkazishga yordam beradi - sinov paytida buyraklarning konsentratsiya qobiliyati normaldir). Poliuriya qandli diabetda kuzatiladi, de Toni-Debre-Fankoni sindromiga xosdir, yurak va buyrak kasalliklarida shishning konvergentsiyasi davrida sarkaidoz, ko'p miyelomda kuzatilishi mumkin. Surunkali buyrak etishmovchiligi (poliurik faza) rivojlanishida yoki o'tkir buyrak etishmovchiligini tiklashda kompensatsiya bo'lishi mumkin. Siydikning shaffofligi va rangining o'zgarishi ortiqcha tuz miqdori, hujayra elementlari, shilliq va yog' (lipuriya) tufayli bo'lishi mumkin. Agar qizdirilganda loyqalik yo'qolsa, u holda uratlarning ko'pligi bilan bog'liq. Agar qizdirilganda loyqalik yo'qolmasa, bir necha tomchi sirka kislotasi qo'shilishi kerak - loyqalikning yo'qolishi fosfatlarning ko'pligini ko'rsatadi, uning shivirlashi karbonatlar mavjudligini ko'rsatadi. Siydikga suyultirilgan xlorid kislotasi qo'shilsa, loyqalikning yo'qolishi oksalat kislotasi tuzlari mavjudligini ko'rsatadi. Agar bu holda siydik noaniq bo'lib qolsa, unda sabab uyali elementlarning mavjudligi (cho'kmaning mikroskopik tekshiruvi bilan aniqlanadi), siydik kislotasi tuzlari, shilimshiq va yog'lar mavjudligi deb o'ylashimiz mumkin. Deyarli rangsiz ochiq sariq siydik uni suyultirish natijasidir va poliuriya (diabet va diabet insipidus, surunkali buyrak etishmovchiligi va boshqalar) bilan kuzatiladi.

Proteinuriya - siydikda oqsil paydo bo'lishi, uning miqdori normal qiymatlardan oshadi. Sog'lom bolaning siydigida kuniga 100 mg gacha protein (Louri usuli bo'yicha) va kuniga 30-60 mg gacha (Geller halqasi testi bilan) aniqlanadi. Kasallik siydik indikatorlari chiziqlari yordamida ham tashxis qilinadi.

Proteinuriya turli xil plazma oqsillari (30 turdagi), shu jumladan albumin, shuningdek, tubulalar hujayralari va genitouriya organlarining shilliq qavati tomonidan chiqariladigan bir qator to'qimalar oqsillari (glikoproteinlar), shu jumladan Tamm-Horsfall uroproteini bilan ifodalanadi. , kelib chiqishi Henle halqasining ko'tarilgan a'zosining hujayralari bilan bog'liq. Proteinuriya yakka o'zi yoki siydikdagi boshqa o'zgarishlar bilan birgalikda eritrotsituriya, leykotsituriya, silindruriya, bakteriuriya ko'rinishida yuzaga keladi va buyrakdan tashqari simptomlar bilan ham qo'shiladi. Siydikdagi protein miqdori quyidagilarga bog'liq: glomerulyar filtrning holati (endoteliy fenestrae, bazal membrana, podotsitlar), plazma oqsillarini o'tkazuvchanligi bazal membrananing g'ovak o'lchami (2,9 + 1 nm) bilan belgilanadi. oqsilning molekulyar og'irligi (65 000-70 000 dan past), elektr zaryadi va ularning molekularining konfiguratsiyasi; filtratsiyani ta'minlovchi gemodinamik omillardan; quvurli apparatlarning oqsillarni ultrafiltratdan qayta singdirish qobiliyatidan. Odatda, Shumlyanskiy-Bowman kapsulasida filtrlangan oqsilning deyarli barchasi - sutkada 35-50 g - proksimal kanalchalarda qayta so'riladi va uning ozgina qismi siydik bilan chiqariladi. Ushbu mexanizmlarning birortasini buzgan holda, turli xil kelib chiqadigan proteinuriya paydo bo'ladi. Hayotning birinchi kunlarida siydikdagi oqsil darajasi gemodinamik xususiyatlar (fiziologik albuminuriya) fonida glomeruli va kanalchalar epiteliysining o'tkazuvchanligi oshishi tufayli normal qiymatlardan oshib ketadi. Hayotning 1-haftasidan so'ng siydikda yuqori darajadagi protein darajasining saqlanib qolishi patologik alomat sifatida qabul qilinadi. Buyrak kasalliklarida (buyrak) proteinuriya paydo bo'lish mexanizmiga qarab, u glomerulyar (glomerulyar), quvurli (naychali) va aralash (birinchi ikki turning kombinatsiyasi bilan) bo'lishi mumkin. Proteinuriya ham prerenal (toshib ketishi), postrenal, sekretor, sof va funktsional farqlanadi.

Glomerulyar proteinuriya glomerulyar kapillyarlarning o'tkazuvchanligi ularning devorlarining buzilishi, shu jumladan elektrostatik to'siqning buzilishi, bazal membrananing g'ovak hajmining oshishi tufayli oshganda paydo bo'ladi. Glomerulyar proteinuriyaning qiymati kuniga 0,1 dan 20 g gacha, albumin,

transferrin, b₂-mikroglobulin, g-globulin bilan ifodalanadi. Siydikda plazma oqsillarini, ayniqsa, albuminni yo'qotishi, qon zardobida oqsil kontsentratsiyasining pasayishi natijasida intrakapillyar onkotik bosim pasayadi va to'qimalarning shishishi rivojlanadi. Glomerulyar proteinuriya birlamchi va ikkilamchi glomerulonefritga xosdir, shu jumladan glomeruliyalarda minimal o'zgarishlar bo'lgan glomerulonefrit, buyrak amiloidozi, diabetik glomeruloskleroz, buyrak venalari trombozi va boshqalar.

Naychali proteinuriya kanalchalarning (proksimal) filtrlangan oqsillarni qayta ishlash qobiliyatiga ega bo'lganda kuzatiladi. shikastlangan va buzilgan. Ushbu turdagi proteinuriya siydikda prealbumin fraktsiyasining past molekulyar og'irlikdagi oqsillarining yuqori miqdori bilan tavsiflanadi, ular buyrak glomerullarida oson filtrlanadi (b₂-mikroglobulin (molyar massa - 11600), lizozim (molyar massa - 14000), immunoglobulinlarning engil zanjirlari, ribonukleaza, ba'zi gormonlar va boshqalar). Shu bilan birga, albumin ajralishi yo umuman ko'paymaydi yoki ko'p ko'paymaydi. Protein yo'qotilishi odatda kichik, kuniga 2 g gacha, shish va lipid buzilishlari sodir bo'lmaydi, chunki albuminning yo'qolishi kichikdir. Tubulyar proteinuriya birlamchi (tug'ma) va orttirilgan tubulopatiyalarda - pielonefrit, interstitsial nefrit, de Toni-Debre-Fankoni sindromi, og'ir metallar tuzlari (qo'rg'oshin, simob, kadmiy, vismut) va dorilarning (salitsilatlar va boshqalar) toksik ta'sirida kuzatiladi.

Prerenal proteinuriya ("to'lib ketish") qon plazmasida past molekulyar og'irlikdagi oqsillarning (gemoglobin, miyoglobin, immunoglobulin engil zanjirlari, fibrin degradatsiyasining mahsulotlari) ko'p miqdorda buzilmagan glomerulyar filtrdan o'tadigan va normal faoliyat ko'rsatadigan oqsillarning sintezi va to'planishi kuchayishi bilan yuzaga keladi. tubulalar ularning reabsorbtsiyasini ta'minlay olmaydi. Proteinuriyaning bu turi leykemiya, malign limfoma, ko'p miyelom, shuningdek, mos kelmaydigan qon quyish, gemolitik zaharlarning ta'siri, dorivor va immunologik ta'sirlardan kelib chiqqan massiv to'qimalar nekrozida (miyoglobinuriya) va tomir ichidagi gemolizda (gemoglobinuriya) kuzatiladi. Siydik tahlilida eritrotsitlar, leykotsitlar, ba'zan esa erkin gemoglobin ham

aniqlanadi. Klinik jihatdan gemoliz o'tkir buyrak etishmovchiligi rasmida namoyon bo'ladi - oligoanuriya, arterial gipertenziya, shish, anemiya, bilirubinemiya.

Histuriya - siydikda organga xos to'qimalar oqsillarining paydo bo'lishi. Turli lokalizatsiyadagi malign neoplazmalarda, to'qimalar nekrozida kuzatiladi. Sekretor proteinuriya - distal kanalchalar epiteliysida (ehtimol, o'tkir pielonefrit, nefrolitiazda) yoki to'g'ridan-to'g'ri va konvolyutsiyalangan distal kanalchalar epiteliysi orqali chiqariladigan IgA va IgM tomonidan chiqariladigan Tamm-Horsfall oqsilining siydik bilan chiqarilishining ko'payishi (ehtimol). glomerulonefrit bilan). Funktsional proteinuriya ortostatik proteinuriya, stressli proteinuriya va febril proteinuriyani birlashtiradi. Sog'lom buyraklari bo'lgan bemorlarda kuzatiladi, past (kuniga 2 g gacha), ko'pincha vaqtinchalik, kamdan-kam hollarda eritrotsituriya, silindruriya, leykotsituriya bilan birlashtiriladi.

Ortostatik (yoki lordotik) proteinuriya bola uzoq vaqt tik holatda (tik turganda, yurganda) paydo bo'ladi va gorizontol holatda yo'qoladi. Ko'pincha o'smirlarda kuzatiladi. Ortostatik proteinuriya glomerulyar, tanlanmagan, uning darajasi odatda kuniga 1 g dan oshmaydi, deb ishoniladi. Tashxisni tasdiqlash uchun ortostatik test o'tkaziladi. Kuchlanish proteinuriyasi jismoniy faollikning kuchayishi bilan yuzaga keladi va qon oqimining qayta taqsimlanishi paytida proksimal kanalchalarning nisbiy ishemiyasi bilan izohlanadi. Proteinuriya darajasi 131 1-2 g / kun dan oshmaydi, siydikning birinchi qismida aniqlanadi, oddiy jismoniy mashqlar bilan yo'qoladi. Gipertermiya bilan kechadigan kasalliklarda buyraklar shikastlanmagan bolalarda isitmali proteinuriya rivojlanishi mumkin. Proteinuriyaning paydo bo'lishi tana harorati 38 ° C dan yuqori bo'lgan katabolik jarayonlarning kuchayishi yoki immun komplekslarning shikastlanishi tufayli glomerulyar filtrning o'tkazuvchanligining vaqtincha oshishi bilan izohlanadi. Siydik cho'kindidagi boshqa o'zgarishlar odatda kuzatilmaydi, harorat normal holatga kelganda proteinuriya yo'qoladi.

Vaqtinchalik proteinuriya hipotermiya, giperinsolatsiya bilan bog'liq. Siydik chiqarish yo'llarining patologiyasi va siydikga oqsilga boy yallig'lanishli ekssudatning kirib borishi natijasida kelib chiqqan postrenal proteinuriya bolalarda

nisbatan kam uchraydi, u ahamiyatsiz bo'lib, odatda leykotsituriya va bakteriuriya bilan kechadi. Bundan tashqari, yurak dekompensatsiyasi, qorin bo'shlig'i o'smalari va boshqalar bilan yuzaga keladigan konjestif proteinuriya mavjud, odatda u 1-3 g / kun, neyrogen proteinuriya - miya shikastlanishi, meningeal qon ketishi bilan. Oxirgi ikki nav ekstrarenal proteinuriya atamasi bilan birlashtirilgan. Siydikda ma'lum antibiotiklar, sulfanilamidlar va yod kontrastli moddalar mavjud bo'lganda cho'kindi oqsil testlari noto'g'ri ijobiy bo'lishi mumkinligini yodda tutish kerak.

Proteinuriya selektiv yoki tanlanmagan bo'lishi mumkin. Selektiv proteinuriya - siydikka faqat past molekulyar og'irlikdagi (<65 000) oqsillar, masalan, albumin va unga yaqin fraksiyalarning (glomeruliyadagi minimal o'zgarishlar bilan glomerulonefrit bilan) kirib borishi. Selektiv bo'lmagan proteinuriya siydikda past molekulyar og'irlikdagi o'rta va yuqori molekulyar og'irlikdagi oqsillar (a₂-makroglobulin, g-globulin, b-lipoproteinlar va boshqalar) bilan birga paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Selektiv proteinuriyaning selektiv bo'lmaganga o'tishi glomerulopatiyaning rivojlanishini ko'rsatadi, glomeruliyadagi fibroplastik o'zgarishlar ko'pincha aniqlanadi. Og'irlik darajasiga ko'ra, o'rtacha proteinuriya ajralib turadi, kuniga 3 g dan oshmaydi va yuqori (massiv) - kuniga 3 g dan ortiq. Ayrim hollarda takroriy siydik sinovlari paytida mikroalbuminuriyaning aniqlanishi glomerulonefritda glomerulyar apparatlarning shikastlanishining dastlabki belgisi, shuningdek, buyrak transplantatsiyasini rad etishning birinchi belgisi bo'lishi mumkin.

Kam proteinuriya (300 mg - 3 g / kun) tubulopatiya, obstruktiv uropatiya, surunkali interstitsial nefrit, nefrolitiaz, polikistoz, buyrak o'smalariga xosdir. O'rtacha proteinuriya o'tkir pielonefrit, birlamchi va ikkilamchi glomerulonefrit, amiloidozning proteinuriya bosqichi va boshqalarga xosdir.

Yuqori proteinuriya odatda nefrotik sindromning (NS) rivojlanishi bilan kechadi, bu nafaqat proteinuriya, balki gipoproteinemiya (gipoalbuminemiya) bilan ham tavsiflanadi. , disproteinemiya, giperkolesterolemiya, giperlipidemiya, og'ir shish. NS buyrak kasalliklarida (glomerulonefrit, buyrakning mikrokistik kasalligi, birlamchi amiloidoz, oilaviy NS) kuzatiladi, to'liq bo'lmasligi mumkin (shishsiz).

NS diabetes mellitus, limfogranulomatoz, ikkilamchi amiloidoz, davriy kasalliklar, turli lokalizatsiya o'smalari va allergik kasalliklarda ham paydo bo'lishi mumkin. Maxsus guruh gemodinamik buzilishlar (CHD, infeksiyon endokardit, qon aylanish etishmovchiligi, konstruktiv perikardit, buyrak tomirlari trombozi) bilan yuzaga keladigan kasalliklardan iborat. NS bir qator zaharlanishlar (og'ir metallar tuzlari, dorilar (antiepileptiklar, vismut, oltin, D-penitsilamin, vitaminlar va boshqalar), vaksinalar, sarumlar bilan) uchun xarakterlidir, shuningdek, infeksiyalar va parazitlar kasalliklarda (sil, surunkali) uchraydi. faol virusli gepatit, sifiliz, bezgak va boshqalar). Proteinuriya bilan, qoida tariqasida, silindruriya ham topiladi. Tsilindrlar uchun matritsa tubulalarning lümeninde koagulyatsion bo'lgan Tamm-Horsfall uroproteini va agregatlangan sarum oqsillari hisoblanadi. Komponentlar gialin, mumsimon va donador silindrlarni ajratib turadi. Gipslar odatda buyrakdan, kamdan-kam hollarda pastki siydik yo'llaridan. Proteinuriya ajratilgan yoki siydik cho'kmasining o'zgarishi bilan birga bo'lishi mumkin. Izolyatsiya qilingan proteinuriya glomerulonefrit, nefroptoz, de Toni-Debre-Fankoni kasalligi, buyrak amiloidozi (oxirgi holatda, ba'zan mikrogematuriya bilan birgalikda) minimal o'zgarishlarga xosdir. Proteinuriya gematuriya bilan birgalikda birlamchi va ikkilamchi glomerulonefrit, diabetik glomerulosklerozda uchraydi. Proteinuriya, neytrofil leykotsituriya bilan birga, pielonefrit, obstruktiv uropatiyaga xosdir. Proteinuriya mononukulyar gematuriya va leykotsituriya bilan interstitsial nefrit, dismetabolik nefropatiyalar va buyrak tuberkulyozida kuzatiladi.

Gematuriya. Gematuriya sindromi siydikning ertalabki qismida ko'rish sohasida 3 dan ortiq eritrotsitlar, 1 ml siydikda 1000 dan ortiq, Nechiporenko bo'yicha siydik tahlilida 133 (yoki kunlik siydikda 1 000 000 dan ortiq) bo'lsa tashxis qilinadi. Addis-Kakovskiy). Intensivligi bo'yicha mikro- va makrogematuriyalar ajralib turadi. Mikrogematuriya mavjud bo'lganda, siydik rangi o'zgarmaydi, eritrotsitlar faqat siydik cho'kmasining mikroskopiyasi bilan aniqlanadi (har bir ko'rish maydonida 100 tagacha). Yalpi gematuriya bilan siydik qizil yoki pushti rangga ega, u shaffof yoki loyqa bo'lishi mumkin (go'sht bo'laklari shaklida). Buyrak gematuriyasi glomerulyar kapillyarlarning o'tkazuvchanligi

o'shishi, glomerulyar membrananing beqarorligi, buyrakning tomir ichidagi koagulyatsiyasi va interstitsial to'qimalarning shikastlanishi bilan izohlanadi. Glomerulyar eritrotsituriyaning belgisi membranada notekis qalinlashuv ko'rinishidagi xarakterli o'zgarishlar (eritrotsitlarning 80% gacha). Mashqdan keyin siydikda oz miqdordagi eritrotsitlar paydo bo'lganda (sportchilarda) yoki ortostatik (siydikning ertalabki qismida eritrotsitlar bo'lmasa) gematuriya fiziologik deb hisoblanishi mumkin. Birlamchi yoki ikkilamchi buyrak shikastlanishi bilan buyrak gematuriyasi, pastki siydik yo'llarining kasalliklari bilan - postrenal gematuriya rivojlanadi.

Gematuriya ajratilishi yoki proteinuriya, leykotsituriya, silindruriya bilan birlashtirilishi mumkin. Buyrak tos bo'shlig'idan siydik yo'ligacha bo'lgan hududda qon ketishi siydikdagi oqsil, hujayralar va gipslar miqdori sezilarli darajada oshmasdan izolyatsiya qilingan gematuriyaga olib keladi. Izolyatsiya qilingan gematuriyaning eng keng tarqalgan sabablari toshlar, travma, o'smalar, IgA nefropatiyasi, ko'pincha sil kasalligi, o'roqsimon hujayrali anemiya va prostatitdir. Tabiatan gematuriya boshlang'ich (siydik chiqarishning boshida siydikning birinchi qismida qonning paydo bo'lishi, bu siydik yo'llarining shikastlanishini ko'rsatadi), terminal (siydik chiqarish harakati oxirida gematuriya) ga bo'linadi. siydik pufagi) va umumiy (siydik chiqarishning butun harakati davomida qizil qon hujayralarining bir xil taqsimlanishi gematuriyaning buyrakdan kelib chiqishini ko'rsatadi).

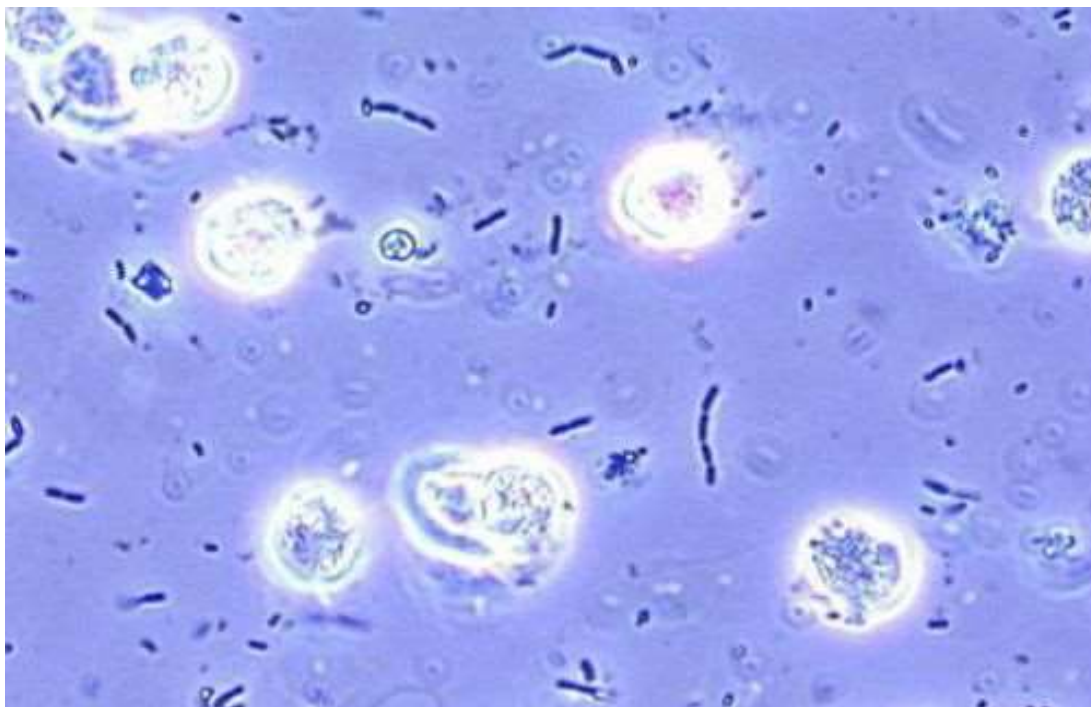
Pseudohematuriya ehtimoli haqida eslash kerak, bunda siydikning qizil rangi dori-darmonlarni (rifampitsin, nitrofurani) qo'llash, lavlagi iste'mol qilish va siydikda uratlarning mavjudligi natijasi bo'lishi mumkin. Qizil siydik gemoglobinuriya va miyoglobinuriya bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Leykotsituriya. Leykotsituriyaning belgisi siydik tahlilida ko'rish sohasida 6-8 dan ortiq leykotsitlarning mavjudligi hisoblanadi. Qoida tariqasida, bu gidroksidi siydik reaksiyasi bilan birga keladi. Biroq, an'anaviy siydik sinovlari bilan har doim ham leykotsituriyani aniqlash mumkin emas, shuning uchun shubhali holatlarda tadqiqot maxsus usullar bilan amalga oshiriladi, ulardan Addis-

Kakovskiy yoki Nechiporenko testlari eng keng tarqalgan. Addis-Kakovskiy testi uchun kunlik siydik yig'iladi va uning kunlik hajmini hisobga olgan holda undagi hosil bo'lgan elementlarning miqdori aniqlanadi. Odatda, leykotsitlar soni 1 ml siydikda 2 million dan oshmaydi, eritrotsitlar - 1 million, silindrlar - 100 ming. Nechiporenko bo'yicha siydikni o'rganish usuli ertalabki siydikning o'rtacha qismi olinsa, amalda qulayroqdir. tahlil qilish va unda hosil bo'lgan elementlarning soni 1 ml asosida aniqlanadi; 1 ml siydikda 2 mingtagacha leykotsitlar, 1 mingtagacha eritrotsitlar bo'lsa, namuna normal hisoblanadi.

Leykotsituriya siydik yo'llari infeksiyasining asosiy belgilaridan biri, shu jumladan uning yashirin kursi. Shu bilan birga, umumiy siydik sinovlari ham, Addis-Kakovskiy va Nechiporenko testlari ham leykotsituriya manbasini aniqlashga imkon bermaydi. Ba'zida pielonefritni tasdiqlash uchun siydik "jonli", faol leykotsitlar (Stenheimer-Malbin hujayralari) uchun tekshiriladi. Shunga qaramay, Stenheimer-Malbin hujayralarining diagnostik qiymati nisbiydir, chunki ba'zida hatto faol pielonefrit bilan ham ular topilmaydi, chunki ma'lum bir osmotik bosim va leykotsitlarning osmotik qarshiligi bu hujayralarni aniqlash uchun muhimdir. Yiringli yallig'lanishni glomerulonefrit, qizil yuguruk va boshqalar kabi kasalliklarga xos bo'lgan aseptik yallig'lanishdan farqlash uchun leykotsitogramma aniqlanadi (tsentrifujlangan siydik cho'kmasi shisha slaydga surtiladi, gematoksilin-eozin va formulasi bilan bo'yaladi). %) hisoblangan. Siydik cho'kindisida neytrofillarning ustunligi bakterial, yiringli yallig'lanish uchun xosdir. Shuni ta'kidlash kerakki, qizlar va ayollarda leykotsituriya siydik tizimi organlarining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lmasligi mumkin, bu noto'g'ri leykotsituriya deb ataladi. Bu genital organlarning yallig'lanishli lezyonlari va terining qo'shni hududlari mavjudligidan kelib chiqadi.

Shuning uchun tahlil qilish uchun siydikni yaxshilab hojatxonadan so'ng o'rta oqimdan to'plash yoki ikki stakan testini o'tkazish kerak: birinchi qismda leykotsitlarning ustunligi soxta piuriyani ko'rsatishi mumkin. Muhim leykotsituriya (pyuriya) buyrak yoki siydik yo'llarida (buyrak sili, piyelit, sistit, pielonefrit va boshqalar) yallig'lanish jarayonining belgisidir. Siydik chiqarish tizimidagi

mikrobal-yallig'lanish jarayonida leykotsituriya odatda bakteriuriya bilan birga keladi. Steril idishda tashqi jinsiy a'zolari yaxshilab hojatxonadan o'tkazgandan so'ng erkin siyish bilan yangi chiqarilgan siydikning o'rtacha qismini o'rganish jarayonida 1 ml siydikda kamida 100 000 mikrob tanasi aniqlanganda bakteriuriya haqiqiy hisoblanadi. Kateterizatsiya natijasida olingan 1 ml siydik.



Shakl No 71. Siydikdagi bakteriyalar.

BUYRAK ETMASHMAYLIK SINDROMI.

Buyrak etishmovchiligi sindromi buyraklarga xos bo'lgan gomeostatik funktsiyalarning buzilishining klinik va laboratoriya-funksional ko'rinishlari majmuasini o'z ichiga oladi. Buyrak etishmovchiligining asosiy namoyon bo'lishi azotemiya, diselektrolitemiya, metabolik atsidozning kuchayishi, suvning etarli darajada ajralishi yoki kamdan-kam hollarda ko'p bo'lishidir. Buyrak etishmovchiligi qisman va to'liq bo'lishi mumkin. Qisman buyrak etishmovchiligi buyrak funksiyasining doimiy ravishda pasayishini anglatadi (masalan, atsidogenez). Buyrakning umumiy etishmovchiligi bilan barcha buyraklar faoliyatining buzilishi kuzatiladi. Odatda nefronlarning atigi 20% o'z funksiyasini saqlab qolganda rivojlanadi. Buyrak etishmovchiligi kursi o'tkir va surunkali

bo'linadi.

O'tkir buyrak etishmovchiligi. O'BE glomerulyar filtratsiya va quvurli funktsiyalarning mavjud imkoniyatlari azotli va boshqa cüruflarni, shu jumladan suvni zaruriy olib tashlashni ta'minlay olmasligi bilan belgilanadi. Bu suv va elektrolitlar gomeostazining chuqur buzilishiga olib keladi. O'BE glomerulonefrit, gemolitik-uremik sindrom, buyrak nekrozida, turli og'ir kasalliklarda (sepsis va boshqa infeksiyalar), shuningdek, o'tkir glomerulo- va pielonefrit debyutida kuzatilishi mumkin. O'BE tasodifiy mos kelmaydigan qon quyish, barbituratlar, nefrotoksik zaharlar (simob, qo'rg'oshin birikmalari) va antibiotiklar bilan zaharlanishda yuzaga keladi. AKIning umumiy sabablari buyrak bo'lmagan sabablardir. Ushbu sabablar guruhini "prerenal" deb ajratib ko'rsatish odatiy holdir. Ularning barchasi bir narsada o'xshashdir - buyraklarning qon ta'minoti buzilishida, bu har qanday zarba, zaharlanish, qon yo'qotish yoki umumiy kasallik (HF) bilan mumkin bo'lib, qon bosimining pasayishiga yoki qon tomirlarida samarali qon oqimiga olib keladi. buyraklar. Shu paytdan boshlab allaqachon boshlanadi va o'z buyragi shikastlanishi. O'tkir buyrak etishmovchiligining asosiy belgisi oliguriya bo'lib, anuriyaga aylanadi, bu bosh og'rig'i, anoreksiya, konvulsiyalar, tashnalik, ko'ngil aynishi va qusish bilan birga keladi. Tana vazni tez o'sib boradi, periferik shish paydo bo'ladi. Teri qichishi, ovqatlanishdan bosh tortish, uyqu buzilishi, axlat buzilishi va qorin og'rig'i qo'shiladi. Nafas olish kislotali bo'ladi, qon bosimi vaqtincha oshishi mumkin, keyin arterial gipotenziya va gemodinamik dekompensatsiya o'pka shishi yoki koma va konvulsiyalar bilan miya shishi bilan yuzaga keladi. Qon testida azotemiya, giperkalemiya va gipokalsemiya aniqlanadi. O'tkir buyrak etishmovchiligining yaxshi xulqli kursi bilan, odatda 3-4 kundan so'ng, poliurik faza paydo bo'ladi, unda ko'p miqdorda tuzlar, azotli shlaklar siydik bilan chiqariladi. Shundan so'ng, quvur funktsiyasi bir darajaga yoki boshqasiga tiklanadi.

SURUNKALI BUYRAK ETISHMOVCHILIGI.

Buyrak etishmovchiligining o'tkir va surunkali kursi o'rtasidagi farq klinik ko'rinishda ham, buyrak funktsiyasi buzilgan dinamikada ham sezilarli farqlarga

asoslanadi. Bu mezonlar quyidagilardir: - endogen kreatinin klirensining kamayishi - 20 (ml/min) / 1,73 m² yoki undan kam; - qon zardobida kreatinin darajasining 2 mg% dan ortiq yoki 177 mkmol / l dan 3 oy yoki undan ko'proq vaqt davomida oshishi. Ko'pincha surunkali buyrak etishmovchiligi asta-sekin rivojlanadi. Dastlab, uning klinik ko'rinishlari kuzatilmaydi, keyin bemorlarda o'rtacha tashnalik va poliuriya rivojlanadi. Ularning namoyon bo'lishi asta-sekin o'sib borishi mumkin, ko'pincha ular anemiya bilan bog'liq rangparlik bilan birga keladi va ko'pincha qon bosimining ko'tarilishi, nikturiya, gipostenuriya paydo bo'ladi. Keyinchalik siydik zichligi qon plazmasining zichligiga teng bo'ladi, elektrolitlar buzilishi (gipokaliemiya, giponatremiya) paydo bo'ladi. Bemorlar bo'yi zaif, sezilarli darajada ozib ketgan, ularda mushaklarning umumiy zaifligi, uyquchanlik, bosh og'rig'i, ishtahaning yo'qolishi, quruq og'iz, mushaklarning zaif burishishi (gipokalsemiya), uremik nafas bor. Kelajakda uremiyaning tanqidiy surati ongni yo'qotish, turli xil tana tizimlari (yurak-qon tomir, ovqat hazm qilish va boshqalar) va metabolizmda sezilarli buzilishlar bilan yuzaga keladi. Hozirgi vaqtda haqiqiy uremiyaning klinik ko'rinishini rivojlantirishda qoldiq azot darajasiga (organizmda toksinlarni ushlab turish) emas, balki elektrolitlar almashinuvi va kislota-ishqor holatidagi buzilishlarga tobora ko'proq ahamiyat berilmoqda.

NEFROGEN GIPERTENSIYA

Nefrogen arterial gipertenziya - buyraklar va buyrak tomirlari kasalligi tufayli qon bosimining oshishi. Nefrogen gipertenziya renin sintezining kuchayishi va angiotensinaza, prostaglandin va kallikrein-kinin tizimlari faolligining pasayishi natijasida rivojlanadi. Nefrogen gipertenziya uchta asosiy guruhga bo'linadi: 1) buyrak parenximasining bir yoki ikki tomonlama diffuz xarakterdagi shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan, glomerulo- va pielonefritda, buyrak silida, gidronefrozda, buyrak polikistik kasalligida, diabetik glomerulopatiyada, homilador nefropatiyada kuzatiladi. ayollar, tizimli biriktiruvchi to'qimalar kasalliklari, amiloidoz; 2) buyrak arteriyasining aterosklerotik stenozi, buyrak arteriyasining fibromuskulyar displaziyasi, buyrak arteriyasining trombozi, emboliyasi va anevrizmasi, buyrak tomirlari va aorta rivojlanishidagi anomaliyalar

tufayli buyrak tomirlarining torayishi natijasida kelib chiqqan vazorenal; 3) aralash - buyrak parenximasining shikastlanishi va nefroptoz, o'smalar, buyrak kistalari, buyraklar va ularning tomirlari anomaliyalarining kombinatsiyasi bilan buyrak tomirlarida o'zgarishlar natijasi. Nefrogen arterial gipertenziyadagi klinik ko'rinish gipertenziyaga xos bo'lgan alomatlar va buyrak shikastlanishining belgilaridan iborat. Nefrogen gipertenziya sekin (benign) va tez (malign) shaklga ega. Yaxshi gipertenziyada qon bosimi odatda barqaror bo'lib, pasayishga moyil emas. Diastolik va sistolik bosim ham ortadi, ammo sezilarli darajada - diastolik. Bemorlar takroriy bosh og'rig'i, bosh aylanishi, zaiflik, charchoq, yurak urishi, nafas qisilishi va yurak mintaqasida noqulaylikdan shikoyat qiladilar. Gipertenziyaning malign shakli diastolik bosimning 120 mm Hg dan yuqori bo'lishi bilan tavsiflanadi. Art., retinopatiya rivojlanishi tufayli to'satdan va tez progressiv ko'rinish buzilishi, bemorlar doimiy bosh og'rig'idan shikoyat qiladilar, ko'pincha boshning orqa qismida, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish. Nefrogen gipertenziya bilan, gipertenzিয়adan farqli o'laroq, bel og'rig'i tez-tez paydo bo'ladi - buyrakdagi qon aylanishining buzilishi tufayli ham, asosiy urologik kasallik natijasida ham. Anamnezni diqqat bilan to'plash juda muhim, buning asosida gipertenziyaning simptomatik xususiyatiga shubha qilish mumkin. Nefrogen gipertenziya uchun quyidagilar xarakterlidir: - to'satdan paydo bo'lgan; - pastki orqa tarafdagi o'tkir og'riqlar, buyraklarning o'tmishdagi kasalliklari va shikastlanishlari, buyrakdagi jarrohlik aralashuvdan keyin gipertoniya paydo bo'lishi; - yoshlarda gipertenziyaning paydo bo'lishi va tez rivojlanishi; - kasallikning malign kursi; - standart antihipertenziv terapiyaning samarasizligi; - gipertenziyaga irsiy moyillikning yo'qligi.

MUSTAQIL TA'LIM BO'YICHA VAZIYATLI VAZIFALAR

№1 vazifa

Bemor M., 11 yosh, ovqatdan 1-1,5 soat o'tgach, ayniqsa yog'li ovqatdan va jismoniy mashqlardan keyin o'ng gipoxondrida doimiy zerikarli, og'riyotgan og'riqlardan shikoyat qiladi. Oxirgi 1,5-2 oy davomida kasal. Bundan tashqari, u zaiflik, charchoq, ko'ngil aynishdan shikoyat qiladi. Tekshiruvda bolaning ahvoli qoniqarli. Teri rangi oqargan, shilliq qavati pushti rangda, tili biroz chiziqli. Qorin palpatsiyasida o'ng hipokondriyumda og'riq qayd etiladi. O't pufagi nuqtasida palpatsiya paytida ilhomlanish paytida og'riq paydo bo'lishi va kuchayishi qayd etilgan. Ortner, Kera, Murfining ijobiy belgilari qayd etilgan. Qorinning qolgan qismida og'riq yo'q. Kafedra chiqariladi, suyuq stul ba'zan qayd etiladi. Sizning taxminiy tashxisingiz. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday tadqiqotlar kerak.

Vazifa №2

11 yoshli bemor gastroenterologiya bo'limiga ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, o'ng gipoxondriyaga nurlanish bilan epigastral mintaqada og'riq, ayniqsa qizarib pishgan, yog'li, achchiq, sho'r ovqatlar qabul qilgandan keyin kuchayishi shikoyatlari bilan yotqizilgan. asabiy taranglikdan keyin bo'lgani kabi. Va shuningdek, og'izda achchiq ta'm bor, belching. Tekshiruvda bolaning ahvoli qoniqarli. Teri oqargan, quruq. Shilliq pardalari toza, och pushti rangda, yolik bir oz oq gul bilan qoplangan. Qorin palpatsiyasida og'riq epigastriumda aniqroq aniqlanadi. Merfi, Ortner, Vasilenko belgilari ijobiydir. Kostyum yoyi chetida jigar, og'riqsiz. Patologik aralashmalarsiz najas. Erkin, og'riqsiz siydik chiqarish. Siydik engil. 1. Sizning taxminiy tashxisingiz qanday? 2. Tekshiruv va davolash rejasini belgilang.

Vazifa 3

10 yoshli bemor gastroenterologiya bo'limiga ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, og'izda achchiq ta'm, qichishish, o'ng gipoxondrida og'riq, asabiy taranglikdan keyin kuchaygan, yog'li, qizarib pishgan, achchiq, achchiq ovqatlar qabul qilgandan so'ng shikoyatlar bilan yotqizilgan. tuzli ovqatlar. Tekshiruvda bolaning ahvoli qoniqarli. Ovqatlanmagan qiz. Teri oqargan, quruq. Shilliq

pardalari toza, och pushti rangda, til ildizida oq qoplama bilan qoplangan. Qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilishda og'riq, o'ng hipokondriyumda aniqroq aniqlanadi. Kostyum yoyi chetida jigar, og'riqsiz. Taloq kattalashmagan. Mussi, Kera, Ortner, Vasilenko belgilari ijobiydir. Patologik aralashmalarsiz najas, qora jigarrang, zich najas. Erkin, og'riqsiz siydik chiqarish. Siydik engil. 1. Sizing taxminiy tashxisingiz qanday? 2. Tekshiruv va davolash rejasini belgilang.

№4 vazifa

Bemor K., 11 yosh. Umumiy holsizlik, charchoq, vazn yo'qotish shikoyatlari bilan klinikaga yotqizilgan. Anamnez: 5 yoshida appenditsit tufayli operatsiya qilingan. 4 yoshida virusli gepatit B. Ratsionga rioya qilmagan. Jismoniy faoliyatda hech qanday cheklovlar yo'q edi. Buzilish hech narsa bilan bog'liq emas.

Ob'ektiv ravishda: kam ovqatlanish. FV-15 kg. Teri kulrang-tuproq rangga ega. Sklera ikterikdir.+ Periferik tugunlar kattalashmagan. Til iflos kulrang qoplama bilan qoplangan. Qorin yumshoq, palpatsiya o't pufagi proektsiyasida o'rtacha og'riq. Jigar + 1 sm, qirradi uchli, yuzasi silliq. Taloq kattalashmagan.

1. Sizing taxminiy tashxisingiz qanday?
2. Qanday tadqiqotlar o'tkazish kerak?
3. Davolash (dozalar bilan) bering.

Vazifa №5

Bemor 12 yoshda. U zaiflik, charchoq, ishtahani yo'qotish, ko'ngil aynishi, o'ng hipokondriyumda og'riq, ayniqsa yog'li va qizarib pishgan ovqatlarni iste'mol qilgandan keyin shikoyatlar bilan qabul qilindi. Anamnezda - 11 yoshli bola virusli gepatit B bilan kasallangan, kasalxonada davolangan. Ko'rikda bolaning ahvoli o'rtacha og'ir. Og'riqli yuz ifodasi. Ildizda oq qoplama bilan qoplangan til. Teri quruq, oqargan, sklera ikterik +. Qorin palpatsiyada og'riqli, epigastriumda o'ng gipoxondriyaga nurlanish bilan. Jigar + 0,5 sm, biroz og'riqli, silliq sirt. Kreslo

kuniga bir marta bezatilgan. Qon testida ALT - 0,8 mmol / l, AST - 0,5 mmol / l, umumiy bilirubin - 34 mkmol / l, to'g'ridan-to'g'ri - 8 mkmol / l, bilvosita - 26 mkmol / l.

Sizning taxminiy tashxisingiz. Tekshiruv va davolash rejasi.

TESTLAR

1. Melena hujum sodir bo'ladi:

- 1) virusli gepatit
- 2) o'n ikki barmoqli ichak yarasi
- 3) muqaddaslik
- 4) mumkin kolit
- 5) kataral ezofagit

6) eroziv gastrit

7) yonbosh ichakning divertikullari (Mekkel divertikullari)

2. Oshqozon osti bezi kasalliklarida og'riq nuqtaga olib keladi:

- 1) Mayo-Robson
- 2) Kacha
- 3) Kera
- 4) Dejardin
- 5) Ortner

3. O pufagisida kasallik belgilari yordam:

- 1) Merfi
- 2) Kera
- 3) Ortner
- 4) Frenikus alomati
- 5) Trouso
- 6) quyruq
- 7) Mendel

4. Creatorrhoea fermentlar bilan keladi:

- 1) kasallik

- 2) jigar
- 3) ichak
- 4) katta ichak
- 5) osti bezi

5. Najasdagi neytral' fermentativ etishmovchilik bilan yog keladi:

- 1) kasallik
- 2) jigar
- 3) osti bezi
- 4) ichak
- 5) katta ichak

6. Najasdagi yog 'kislotalari kasalliklarida mavjud:

- 1) kasallik
- 2) jigar
- 3) ichak
- 4) katta ichak
- 5) osti bezi

7. Creatorrhea-bu:

- 1) najasdagi neytral yog'
- 2) najasdagi yog'kislotalari
- 3) najasdagi mushak tolalari
- 4) najasdagi kraxmal donalari
- 5) najasdagi shilimshiq

8. Surunkali ich qotishining belgilari:

- 1) defekatsiyaning qiyinligi
- 2) defektatsiyadan keyin qoniqish yo'qligi
- 3) najasning vazni kuniga < 35 g
- 4) najasning vazni kuniga < 100 g
- 5) kamdan-kam kasalxona (36 soatdan keyin)
- 6) kamdan-kam kasalxona (48 soat yoki undan ko'proq vaqtdan keyin)

9. "Ichak dispepsiyasi" sindromi o'zini namoyon qiladi:

- 1) diareya
- 2) ich qotishi
- 3) meteorizm
- 4) shovqin-suron
- 5) ko'ngil aynishi
- 6) yurak urishi
- 7) istak

10. Polifekaliya uchun xarakterlidir:

- 1) disaxaridaza tezlik
- 2) cho'lyak kasalligi
- 3) pankreatit
- 4) gepatit
- 5) jarohati

11. Chap gipoxondriyadagi og'riqni yaxshilash:

- 1) kasallikni davolash
- 2) osti bezi kasalliklari
- 3) yo'on ichakning chap (taloq) egriligining jarohatlari
- 4) diafragma kasalliklari
- 5) jigar kasalliklari
- 6) tutich (mezenterik) limfa tugunlarining uzunligi

12. Umbilikal joydagi og'riqlar hosilga xosdir:

- 1) 12-o'n ikki barmoqli ichak yarasi
- 2) ichak
- 3) tutqich limfa tugunlari
- 4) moyli muhr
- 5) jigar
- 6) qizilo'ngach
- 7) osti bezi

13. O'ng yonbosh saqlash og'riq barcha hosilga xosdir, bundan tashqari:

- 1) appenditsit
- 2) ezofagit
- 3) pankreatit
- 4) tiflita
- 5) Kron kasalligi
- 6) sigmasimon

14. Ishtahaning patologik kuchayishi qurishda kuzatilishi mumkin, bundan tashqari:

- 1) tirotoksikoz
- 2) qandli diabet
- 3) o'n ikki barmoqli ichak yarasi
- 4) atrofik gastrit
- 5) mumkin kolit
- 6) eroziv ezofagit

YURAK-QONTOMLAR TIZIMINING BELGILARI VA SINDROMLARI

1. Fallot tetradasining xususiyatlari qanday?

- 1) jismoniydagi kechikish
- 2) siyanoz
- 3) o'ng qorincha gipertrofiyasi
- 4) aortaning dekstrozatsiyasi
- 5) chap qorincha gipertrofiyasi

2. Mitral stenozga qanday belgilar xos?

- 1) chap atriumning kengayishi
 - 2) V5-V6 qo'rg'oshindagi R to'lqinining amplitudasining harakatlanishi
 - 3) tepada diastolik shovqin
 - 4) "qarsak chalish" Yurakning yuqori balandlik tonlanadi
3. Aorta koarktatsiyasi bo'lgan bolalarga qanday klinik belgilar xos?

- 1) yuqori va o'rtaning jismoniy rivojlanishidagi farqlar
- 2) ekstremalarda qonning pulslanishining yordami
- 3) yuqori oyog'-qo'llarda qonning paydo bo'lishi
- 4) elkalararo joyda sistolik shovqinni tinglash
- 5) oyoqlarda qonni pasaytirish

4. Aorta koarktatsiyasi bo'lgan katta joyda bolalarga xos bo'lgan shikoyatlarni ko'rsating:

- 1) bosh og'rig'i
- 2) boshlanish
- 3) oyoqlarda zaiflik
- 4) tez- respirator hosilga harakatlik
- 5) burundan qon ketish

5. Mitral yetishmovchiligiga xos xususiyatlarni sanab bering:

- 1) olingan apeks urishi
- 2) nisbiy yurak xiralik chegarasi chapga cho'zilgan
- 3) orqali chap tomondagi holatida shovqin kuchayadi
- 4) o'pka arteriyasida II ton zaiflashgan
- 5) V5-V6 o'tkazgichlarda R to'lqinining amplitudasining ortishi

6. Bolalarda qanday tug'ma yuraklari chapdan o'ngga qon shunt bilan birga keladi?

- 1) qorincha pardasi joyi
- 2) aortaning koarktatsiyasi
- 3) atriyal septal qism
- 4) ochiq arterioz kanali
- 5) barcha sanab o'tilgan illatlar

7. Fallot tetradasiga xos bo'lgan shikoyatlarni sanab o'ting:

- 1) nafas qisilishi
- 2) terida papulyar toshmalar
- 3) siyanoz
- 4) jismoniyda kechikish

5) siyanotik-dispniya xurujlari

8. Yuqori qorincha pardasi bilan sistolik shovqinni tinglash uchun eng yaxshi joy:

- 1) yurak cho'qqisi
- 2) sternumning o'ng tomonidagi qovurg'alararo bo'shliq
- 3) sternumning chap tomonidagi qovurg'alararo bo'shliq
- 4) sternumning chap chetidagi IV qovurg'alararo bo'shliq
- 5) ksifoid jarayonning asosi

9. Yurakning qanday shovqini ochiq arterioz kanaliga xos?

- 1) yurak'qqisida uzoq davom cho sistolik shovqin
- 2) yurak uchida diastolik shovqin
- 3) sternumning o'ng tomonidagi II qovurg'alararo bo'shliqda sistolik shovqin;
- 4) sternumning chap chetida II qovurg'alararo bo'shliqda sistolik-diastolik shovqin.
- 5) sternumning o'ng tomonidagi II qovurg'alararo bo'shliqda diastolik shovqin;

10. Vagotoniya xos belgilarni tanlash:

- 1) qonni pasaytirish
- 2) bradikardiya
- 3) qon olishning
- 4) terlash
- 5) hushidan ketish

11. To'g'ri ko'krak qafasi rentgenogrammasida yurakning chap konturi hosil bo'ladi:

- 1) aorta yoyi
- 2) o'pka arteriyasi
- 3) chap atrium
- 4) chap qorincha
- 5) o'ng qorincha

12. Quyidagilardan qaysi biri o'tkir o'ng qorincha etishmovchiligiga xosdir?

- 1) jigar kengayishi
- 2) umumiy shish
- 3) o'pka shishi
- 4) qon bosimining oshishi
- 5) oliguriya

13. Botulinum kanali bachadondan tashqari hayotning ... oyligida yo'q qilinadi:

- 1) birinchi
- 2) ikkinchi
- 3) to'rtinchi
- 4) beshinchi
- 5) oltinchi

14. Mitral stenozga qanday belgilar xos?

- 1) yonoqlarning siyanotik qizarishi
- 2) V5-V6 qo'rg'oshindagi R to'lqinining amplitudasining oshishi
- 3) mitral bosish
- 4) palpatsiyada presistolik qaltirash (“mushukning xirillashi”)
- 5) qarsak chalish I ohang

15. Funktsional shovqinga qanday belgilar xosdir?

- 1) yurakdan tashqariga chiqmang
- 2) qisqa muddat
- 3) tembrda yumshoq
- 4) yurak mintaqasidan tashqariga chiqadi
- 5) yuk ostida pasayish

16. Organik shovqin funktsional shovqindan quyidagi belgilari bilan farqlanadi:

- 1) dag'al, tembrda “puflash”
- 2) davomiyligi bo'yicha sistolaning ko'p qismini egallaydi

- 3) yurak mintaqasida va undan tashqarida yaxshi tarqaladi
- 4) vertikal holatda kamayishi
- 5) jismoniy faollik bilan ortishi

17. Atriyal septal nuqsonda sistolik shovqinni tinglash uchun eng yaxshi joyni belgilang:

- 1) yurak cho'qqisi
- 2) sternumning o'ng tomonidagi II qovurg'alararo bo'shliq
- 3) ksifoid jarayon
- 4) sternumning chap tomonidagi II qovurg'alararo bo'shliq
- 5) skapularlararo mintaqqa

18. Chap qorincha gipertrofiyasi kuzatiladigan nuqsonlarni sanab bering:

- 1) mitral qopqoq etishmovchiligi
- 2) aorta og'zining stenozisi
- 3) aorta qopqog'i etishmovchiligi
- 4) o'pka arteriyasi stenozisi
- 5) Fallot tetradasi

TERI VA TERI TOZI BELGILARI

2. Vaskulit-binafsha rangdagi toshmalar uchun xarakterlidir:

- 1) gemofiliya
- 2) gemorragik vaskulit
- 3) trombositopatiya
- 4) trombositopeniya
- 5) Rendu-Osler kasalligi

1. Dizurik sindromga quyidagilar kiradi:

- 1) tez-tez siyish
- 2) sekin siyish
- 3) lomber mintaqada og'riq
- 4) siyish paytida og'riq

5) siydik chiqarishda yonish hissi

2. Piuriya sindromi:

- 1) siydikdagi leykotsitlar
- 2) siydikdagi qizil qon tanachalari
- 3) siydikdagi oq qon hujayralari va bakteriyalar
- 4) siydikdagi qizil qon tanachalari va bakteriyalar

5) siydikdagi oqsil

3. Oliguriya - bu:

- 1) siydikning kunlik miqdorining ko'payishi
- 2) siydikning kunlik miqdorining kamayishi
- 3) siydik chiqmaydi
- 4) kunduzgi diurez tungidan yuqori
- 5) tungi diurez kunduzgidan yuqori

4. O'tkir buyrak yetishmovchiligi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- 1) azotemiya
- 2) giperkalemiya
- 3) oliguriya
- 4) metabolik atsidoz
- 5) qusish

5. Bolalarda qorinni paypaslaganda buyraklarni sezish mumkin:

- 1) ko'proq to'g'ri
- 2) yosh bolalarda
- 3) kam ovqatlanishi bo'lgan bolalarda
- 4) ortiqcha ovqatlangan bolalarda
- 5) normostenikada

6. Pollakiuriya - bu:

- 1) tez-tez siyish
- 2) tez-tez siyish
- 3) og'riqli siyish
- 4) siydik o'g'irlab ketmaslik

5) siydik chiqarishda qiyinchilik

7. Siydikning shaffofligi siydik tarkibidagi ortiqcha miqdorda buziladi:

- 1) tuzlar
- 2) hujayra elementlari
- 3) shilimshiq
- 4) yog '
- 5) bilirubin

8. Bolalarda go'sht sliplari rangidagi siydik quyidagilar bilan kuzatiladi:

- 1) yalpi gematuriya
- 2) piuriya
- 3) tuzlarning mavjudligi
- 4) mikrogematuriya
- 5) glyukozuriya

9. Bolalarda qizil siydik quyidagi patologik holatlarda kuzatiladi:

- 1) nefrolitiaz
- 2) pielonefrit
- 3) buyrak shikastlanishi
- 4) buyrak infarkti
- 5) glomerulonefrit

10. Jigarrang siydik quyidagi hollarda kuzatiladi:

- 1) bilirubinuriya
- 2) methemoglobinuriya
- 3) porfirinuriya
- 4) proteinuriya
- 5) 3 yoshgacha bo'lgan sog'lom bolalarda

11. Quyidagi hollarda siydik ishqoriy bo'ladi:

- 1) uning uzoq turishi

2) gram-musbat floradan kelib chiqqan siydik yo'llarining yallig'lanish jarayonlari

3) ratsionda o'simlik ovqatlarining ustunligi

4) dietada go'shtli ovqatning ustunligi

5) gipokalemiya

12. Fiziologik gipo- va izostenuriya quyidagilarda kuzatiladi:

1) yangi tug'ilgan chaqaloqlar va hayotning birinchi yilidagi bolalar

2) 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar

3) 3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar

4) 7 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar

5) 10 yoshdan keyin bolalar

13. Siydikda oqsilning sutkalik ajralishi quyidagilarga teng:

1) 30-60 mg / kun.

2) 100-150 mg / kun.

3) 310-30 mg / kun.

4) 100-200 mg / kun.

5) 200-300 mg / kun.

14. Oliguriya quyidagi bilan kuzatiladi:

1) suyuqlikni etarli darajada iste'mol qilmaslik

2) isitmali sharoitlar

3) qusish, diareya

4) shish paydo bo'lish davrida yurak-qon tomir va o'tkir buyrak

etishmovchiligi

5) temirning so'rilishi buzilgan

15. O'tkir buyrak etishmovchiligining sabablari:

Glomerulonefrit

gemolitik uremik sindrom

zaharlanish

qon yo'qotish

Yuqoridagilardan hech qaysisi

16. Facies nephritica - bu:

- 1) ko'z ostidagi qora doiralar
- 2) ko'z atrofidagi "binafsharang ko'zoynak"
- 3) yuzida "kapalak" shaklida eritema
- 4) yuzning rangsizligi
- 5) yuzning shishishi

17. O'tkir buyrak etishmovchiligining asosiy belgilari:

- 1) oliguriya, anuriyaga aylanadi
- 2) bosh og'rig'i
- 3) anoreksiya
- 4) konvulsiyalar
- 5) qusish

18. Surunkali buyrak etishmovchiligi o'zini namoyon qiladi:

- 6) anemiya
- 7) qon bosimining oshishi
- 8) nokturiya
- 9) gipostenuriya
- 10) yuqoridagilarning hech biri

19. Edematoz sindromning nefritik variantiga quyidagilar kiradi:

1. vazn ortishi
2. ko'z ostidagi shish (pastalik).
3. oyoqlarning o'rtacha shishishi
4. anasarca
5. gidrotoraks

20. Edematoz sindromning nefrotik variantiga quyidagilar kiradi:

1. ko'z ostidagi shish (pastalik).
2. astsitlar
3. gidrotoraks
4. yuzning, oyoq-qo'llarning qattiq shishishi

5. qorin old devorining shishishi

21. Oliguriya - boladagi siydik miqdori:

1. 1 yoshgacha 1 ml / kg / soat dan kam
2. 1 yoshgacha 0,5 ml/kg/soat dan kam
3. 1 yoshdan katta 0,5 ml / kg / soat dan kam
4. 1 yoshdan katta 0,3ml/kg/soat dan kam
5. 1 yoshgacha 4 ml / kg / soat dan kam

22. Nafas olish etishmovchiligining mezonlari quyidagilardan

iborat:

- 1) siyanoz
- 2) nafas qisilishi
- 3) nafas olish ritmini buzish
- 4) taxikardiya
- 5) yo'tal

23. Sirt faol moddalar ishlab chiqariladi:

- 1) mast hujayralari
- 2) limfotsitlar
- 3) goblet hujayralari
- 4) makrofaglar
- 5) II tip alveolotsitlar

24. Bronxial nafas quyidagi hollarda eshitiladi:

- 1) segmentar va lobar pnevmoniya
- 2) atelektaz
- 3) sezilarli bronxospazm
- 4) bronxit
- 5) massiv tuberkulyoz infiltratsiyasi
- 6) bronxning begona tanasi

25. Krepitus quyidagi hollarda hosil bo'ladi:

- 1) halqum
- 2) traxeya

- 3) bronxlar
- 4) bronxiolalar
- 5) plevra bo'shlig'i
- 6) alveolalar

26. Bolalarda nafas qisilishining turlariga quyidagilar kiradi:

- 1) ilhomlantiruvchi
- 2) ekspiratuar
- 3) aralash
- 4) yuzaki
- 5) Shikaning nafas qisilishi

27. Krepitus quyidagi kasalliklarda eshitiladi:

- 1) lozar pnevmoniya
- 2) ekssudativ plevrit
- 3) o'pka shishi
- 4) o'choqli pnevmoniya
- 5) o'pkaning tuberkulyoz infiltratsiyasining boshlang'ich bosqichi
- 6) o'pkada tiqilib qolish

28. Mediastinning zararlanish yo'nalishi bo'yicha siljishi quyidagi

hollarda kuzatilishi mumkin:

- 1) gemotoraks
- 2) pnevmotoraks
- 3) gidropnevmtoraks
- 4) lozar amfizem
- 5) o'pka atelektazi

29. Haqiqiy krup quyidagilarda kuzatiladi:

- 1) halqum difteriyasi
- 2) o'tkir respirator virusli kasalliklar
- 3) bronxit
- 4) pnevmoniya
- 5) plevrit

30. Soxta krup ko'pincha quyidagi hollarda yuzaga keladi:

- 1) halqum difteriyasi
- 2) o'tkir respirator virusli kasalliklar
- 3) bronxit
- 4) pnevmoniya
- 5) plevrit

31. Bolalarda maksiller sinuslar yaxshi rivojlangan:

- 1) tug'ilganda
- 2) 1 yilgacha
- 3) 7 yilgacha
- 4) 2 yilgacha
- 5) 6 oygacha

32. Qattiq nafas olish quyidagi hollarda eshitiladi:

- 1) atelektaz
- 2) sezilarli bronxospazm
- 3) ekssudativ plevrit
- 4) bronxit
- 5) bronxopnevmoniya
- 6) pnevmotoraks

33. Zaiflashgan nafas quyidagi hollarda eshitiladi:

- 1) bronxit
- 2) laringit
- 3) faringit
- 4) ekssudativ plevrit
- 5) rinit
- 6) sezilarli bronxospazm
- 7) pnevmotoraks

34. Ho'l rallar quyidagilarda hosil bo'ladi:

- 1) halqum
- 2) traxeya

- 3) bronxlar
- 4) alveolalar
- 5) plevra bo'shlig'i

35. O'pkaning pastki chetining harakatchanligining to'liq to'xtashi quyidagi hollarda sodir bo'ladi:

- 1) amfizem
- 2) meteorizm
- 3) surunkali pnevmoniya
- 4) ekssudativ plevrit
- 5) jigar kengayishi

36. Perkussiya tovushining timpanik soyasi quyidagi hollarda qayd etiladi:

- 1) amfizem
- 2) bronxial astma
- 3) obstruktiv bronxit
- 4) o'choqli pnevmoniya
- 5) pnevmotoraks

37. Pnevmoniyadagi nafas qisilishi tabiati:

- 1) ilhomlantiruvchi
- 2) ekspiratuar
- 3) aralash
- 4) Shikaning nafas qisilishi

38. Perkussiya tovushining qisqarishi quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- 1) pnevmoniya
- 2) atelektaz
- 3) plevrit
- 4) bronxiolit
- 5) birlamchi sil kasalligi kompleksi

39. Nafas olishning zaiflashishi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

- 1) nafas olish mushaklarining parezlari
- 2) bronxning begona tanasi
- 3) sezilarli bronxospazm
- 4) ekssudativ plevrit
- 5) amfizema
- 6) lozar pnevmoniya

40. Hirqiroq yo'tal quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- 1) laringit
- 2) halqumning difteriyasi
- 3) lozar pnevmoniya
- 4) halqumning shishishi
- 5) laringospazm
- 6) halqum papillomasi

41. Spazmodik yo'tal quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- 1) kardiomegaliya
- 2) ko'k yo'tal
- 3) begona jism
- 4) obstruktiv bronxit
- 5) kistik fibroz

42. Bitonal yo'tal quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- 1) tuberkulyoz bronxoadenit
- 2) laringit
- 3) mediastinal limfosarkoma
- 4) mediastinal plevrit
- 5) kardiomegaliya

43. Ovoz qaltirashi quyidagi kasalliklarda zaiflashadi:

- 1) ekssudativ plevrit
- 2) gidrotoraks
- 3) gemotoraks
- 4) og'ir pnevmoskleroz

- 5) pnevmotoraks
- 6) o'pkaning massiv atelektazi

44. Ko'krak qafasining qattiqligi quyidagi kasalliklarda kuchayadi:

- 1) qovurg'alar xaftaga ossifikatsiyasi
- 2) keng tarqalgan pnevmoskleroz
- 3) amfizema
- 4) ekssudativ plevrit
- 5) bronxit

45. O'pka hajmlari quyidagilar yordamida o'lchanadi:

- 1) spirometr
- 2) spirograf
- 3) pnevmotakometr
- 4) maksimal oqim o'lchagich
- 5) oksimetr

46. Ventilyatsiya buzilishining obstruktiv turi quyidagi kasalliklarda kuzatiladi:

- 1) bronxning begona tanasi
- 2) bronxiolit
- 3) obstruktiv bronxit
- 4) ekssudativ plevrit
- 5) bronxial astma
- 6) stenoqli laringit

47. Bronxial astma xuruji vaqtida o'pkada perkussiya tovushi eshitiladi:

- 1) shaffof, o'pka
- 2) soqov
- 3) timpanik
- 4) qutiga solingan
- 5) metall

48. O'pka harakatchanligining cheklanishi quyidagi kasalliklarga

xosdir:

- 1) amfizem
- 2) pnevmoskleroz
- 3) ekssudativ plevrit
- 4) lobar pnevmoniya
- 5) o'choqli pnevmoniya
- 6) gidrotoraks
- 7) yopishqoq plevrit

49. Bronxofoniyaning kuchayishi quyidagi kasalliklarda qayd

etiladi:

- 1) polisegmental pnevmoniya
- 2) siqilish atelektazasi
- 3) yirik bronxoektaziya
- 4) katta o'pka xo'ppozi
- 5) lobar pnevmoniya

50. Nafas yetishmovchiligiga qaysi test asosida eng to'g'ri tashxis

qo'yish mumkin?

- 1) tarix
- 2) bemorni jismoniy tekshirish
- 3) Ko'krak qafasining rentgenologik tekshiruvi
- 4) spirografik tadqiqot
- 5) arterial qon gazlarini o'rganish (ABG)

51. Quyidagi klinik belgilarning qaysi biri ekssudativ plevritga

xosdir?

- 1) sog'lom tomonga egilganda og'riq
- 2) mediastinal organlarning sog'lom tomonga siljishi
- 3) perkussiyada quti tovushi
- 4) auskultatsiya paytida vezikulyar nafas olish
- 5) nam yo'tal

6) perkussiya tovushining xiraligi

7) nafas olishning zaiflashishi

52. Bolada nafas qisilishi, quruq xirillash bor. Bu holatda nafas olish yo'llarida lezyonning lokalizatsiyasi qanday?

1) yirik bronxlar

2) o'rta bronxlar

3) mayda bronxlar

4) plevra

5) alveolalar

6) halqum

53. Paradoksal nafas olish ko'pincha quyidagilarda kuzatiladi:

1) pnevmotoraks

2) amfizem

3) laringospazm

4) pnevmoniya

5) atelektaz

54. Mediastinning sog'lom tomonga siljishi quyidagi hollarda kuzatilishi mumkin:

1) gemotoraks

2) pnevmotoraks

3) o'pka atelektazi

4) gidropnevmtoraks

5) lobar amfizem

55. Ovoz qaltirashining kuchayishi bilan qayd etiladi:

1) ekssudativ plevrit

2) og'ir pnevmofibrozi

3) katta bo'shliq

4) gidrotoraks

5) o'pka xo'ppozi 57. Inspiratuar nafas qisilishi quyidagi hollarda kuzatiladi:

58. Ortopnea holati quyidagi respirator kasalliklarda qayd etiladi:

- 1) plevrit
- 2) bronxial astma xuruji
- 3) pnevmoniya
- 4) Xamman-Rich sindromi
- 5) laringotraxeit
- 6) bronxiolit

59. Ko'krak qafasining yarmining hajmini kamaytirishni quyidagilar bilan kuzatish mumkin:

- 1) pnevmoniya
- 2) keng tarqalgan pnevmoskleroz
- 3) plevra yorig'ining to'liq yopilishi
- 4) o'pka atelektazi
- 5) ekssudativ plevrit
- 6) obstruktiv bronxit

60. Plevraning ishqalanish shovqini:

- 1) nafas chiqarishda eshitiladi
- 2) ilhom bilan eshitilgan
- 3) nafas olish va chiqarishda eshitiladi
- 4) yo'taldan keyin yo'qoladi
- 5) yo'taldan keyin yo'qolmaydi
- 6) stetoskop bilan bosim bilan ortadi
- 7) stetoskop bilan bosilganda zaiflashadi

61. Nam rallar:

- 1) ilhom bilan eshitilgan
- 2) nafas chiqarishda eshitiladi
- 3) nafas olish va chiqarishda eshitiladi
- 4) yo'taldan keyin lokalizatsiyani o'zgartirmang
- 5) yo'taldan keyin lokalizatsiyani o'zgartiring
- 6) yo'taldan keyin kuchayishi mumkin

7) yo'taldan keyin yo'qolishi mumkin

62. O'pkaning yuqori chegarasining yuqoriga siljishi va Krenig maydonlarining ortishi quyidagilar bilan qayd etiladi:

- 1) pnevmoniya
- 2) bronxit
- 3) amfizema
- 4) pnevmoskleroz
- 5) o'pka tepalarining ajinlari
- 6) bronxial astma xuruji

63. Diafragmaning past turishi quyidagi hollarda qayd etiladi:

- 1) amfizem
- 2) o'choqli pnevmoniya
- 3) kuchlanishli pnevmotoraks
- 4) o'pkaning atelektazi
- 5) massiv plevra oqishi

64. Diafragmaning baland turishi quyidagi hollarda qayd etiladi:

- 1) amfizem
- 2) diafragma parezi
- 3) o'pkaning atelektazi
- 4) plevra oqishi
- 5) o'pka loblarining gipoplaziyasi

65. Perkussiya tovushi va bronxial nafas qisqarishi kuzatiladi:

- 1) o'choqli pnevmoniya
- 2) segmentar va polisegmental pnevmoniya
- 3) atelektaz
- 4) o'pkaning plevral efüzyondan yuqori joylarida
- 5) bronxial astma

66. Perkussiya tovushining qisqarishi va o'pkaning istalgan qismida nafas olish tovushlarining zaiflashishi yoki yo'qolishi quyidagi hollarda yuz beradi:

- 1) atelektaz
- 2) bronxial astma
- 3) obstruktiv bronxit
- 4) ekssudativ plevrit
- 5) gidrotoraks

67. Kussmaul nafas olish rivojlanishining sabablari quyidagilar bo'lishi mumkin.

- 1) yurak etishmovchiligining oxirgi bosqichi
- 2) diabetik koma
- 3) buyrak etishmovchiligining oxirgi bosqichi
- 4) kuchli asetonemiyali qusish
- 5) boshqa xarakterdagi miya shikastlanishi

68. Cheyne-Stokes nafas olish rivojlanishining sabablari quyidagilar bo'lishi mumkin.

- 1) miya shishi
- 2) yurak etishmovchiligining oxirgi bosqichi
- 3) diabetik koma
- 4) buyrak etishmovchiligining oxirgi bosqichi
- 5) og'ir atsidoz
- 6) meningit yoki ensefalit

Tayanch-harakat a'zolarining zararlanish belgilari VA SINDROMLARI.

2. Raxit bilan bosh suyagi suyaklarida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

- 1) osteomalaziya
- 2) kraniotabalar
- 3) talaffuz qilingan frontal tuberkullar
- 4) talaffuz qilingan parietal tuberkullar
- 5) Olimpiya peshonasi

3. Mushak tonusining pasayishi quyidagi hollarda namoyon bo'ladi:

- 1) qorinning kattalashishi
- 2) bel umurtqasining aniq lordozi
- 3) skapula pterygoid
- 4) holatning buzilishi
- 5) qo'llarning atetotik holati

4. Hayotning birinchi oylarida bolalarda oyoq fleksiyaning gipertonikligi belgilari:

- 1) bo'g'inlardagi harakatlarning ba'zi cheklanishi
- 2) har bir tomonga 75 darajadan kamroq kestirib, o'g'irlab ketish
- 3) tizza bo'g'imida oyoqni 150 darajadan kamroq to'g'ri burchak ostida egilgan holda kengaytirish
- 4) kestirib o'g'irlash har tomonga 75 daraja
- 5) yuqoridagilarning barchasi

5. Gipokineziya omil hisoblanadi:

- 1) bolalar salomatligi darajasini pasaytirish
- 2) semirishning rivojlanishiga hissa qo'shish
- 3) vazn yo'qotishga olib keladi
- 4) avtonom disfunktsiyaning rivojlanishiga hissa qo'shish
- 5) bolalar salomatligini mustahkamlash

6. Bolalar skeletining xususiyati:

- 1) periosteumning nisbatan katta qalinligi
- 2) intraosseous bo'shliqlarning katta hajmlari
- 3) periosteumning yuqori funktsional faolligi
- 4) intensiv qon ta'minoti
- 5) intraosseous bo'shliqlarning kichik hajmlari

7. Gipofiz mittiligida o'sishning kechikishi qaysi yoshda ko'proq seziladi?

- 1) neonatal davrda

- 2) 2-3 yil ichida
- 3) 4-5 yoshda
- 4) 6-8 yoshda
- 5) balog'at yoshida

8. Tug'ma birlamchi gipotireozga quyidagilar xosdir:

- 1) tug'ilishning past vazni
- 2) uzoq muddatli sariqlik
- 3) ovozning past tembri
- 4) qonda TSH darajasining oshishi
- 5) doimiy ich qotishi

9. Bolada tirotoksikoz bilan siz quyidagilarni topishingiz mumkin:

- 1) asabiylashish
- 2) ich qotishi
- 3) vazn yo'qotish
- 4) taxikardiya
- 5) tremor

10. Parathormon qaysi gormonning antagonisti hisoblanadi?

- 1) TSH
- 2) tirokalsitonin
- 3) tiroksin
- 4) kortizol
- 5) hamma narsa noto'g'ri

11. Somatotrop gormonning (GH) to'qimalarga deyarli barcha ta'siri quyidagilar orqali amalga oshiriladi:

- 1) tirokalsitonin
- 2) insulinga o'xshash o'sish omillari va ularning transport oqsillari
- 3) paratiroid gormoni
- 4) adrenalin
- 5) retseptorlar

12. Tirotrop gormonning biologik ta'siri:

- 1) qalqonsimon bezning o'sishini rag'batlantiradi
 - 2) qalqonsimon bezning o'sishiga ta'sir qilmaydi
 - 3) qalqonsimon bezning sekretor funksiyasini rag'batlantiradi
 - 4) qalqonsimon bez tomonidan yod to'planishini rag'batlantiradi
 - 5) paratiroid bezining sekretor funksiyasini rag'batlantiradi
- 2) ACTH buyrak usti bezlarining sintezi va sekretsiyasini oshiradi:
- 1) glyukokortikoidlar
 - 2) aldosteron
 - 3) adrenal androgenlar
 - 4) adrenalin

13. Gipofiz gormonlarining ortiqcha ajralishi natijasida kelib chiqadigan kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- 1) Itsenko-Kushing kasalligi
- 2) haqiqiy (markaziy) erta balog'atga etish
- 3) gigantlik
- 4) nanizm
- 5) gipopituitarizm

14. Gipofiz gormonlarining yetarli darajada ajralmasligi natijasida yuzaga keladigan kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- 1) Itsenko-Kushing kasalligi
- 2) markaziy hipotiroidizm
- 3) gigantlik
- 4) nanizm
- 5) gipopituitarizm

15. Uoterxaus-Frideriksen sindromi:

- 1) adrenal medullaning toksik shikastlanishi
- 2) buyrak usti bezlarida yuqumli jarayon
- 3) buyrak usti bezlarida qon ketishi
- 4) buyrak usti bezlarida petrifikatlar mavjudligi
- 5) yuqoridagilarning barchasi

16. Surunkali buyrak usti bezi yetishmovchiligi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- 1) vazn yo'qotish
- 2) gipokalemiya
- 3) mushaklar kuchsizligi
- 4) arterial gipotenziya
- 5) giperpigmentatsiya

17. Qandli diabet quyidagi belgilar bilan tavsiflanadi:

- 1) giperqlikemiya
- 2) glikozuriya
- 3) gipoglikiemiya
- 4) poliuriya
- 5) polidipsiya

18. Erta jinsiy rivojlanish bilan balog'at yoshida sodir bo'ladi:

- 1) 11 yoshgacha bo'lgan qizlar va o'g'il bolalarda
- 2) 10 yoshgacha bo'lgan qizlarda, 11 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalarda
- 3) qizlarda 9 yoshgacha, o'g'il bolalarda 10 yoshgacha
- 4) 8 yoshgacha bo'lgan qizlar va o'g'il bolalarda
- 5) qizlarda 8 yoshgacha, o'g'il bolalarda 9 yoshgacha

19. Quyidagilardan qaysi biri yangi tug'ilgan chaqaloqning fiziologik xususiyati hisoblanadi?

- 1) fagotsitar hujayralarning ovqat hazm qilish qobiliyatining pastligi
- 2) komplement tizimining past faolligi
- 3) interferon ishlab chiqarish qobiliyatining pastligi
- 4) immunoglobulin sintezining past darajasi
- 5) immunoglobulin sintezining yuqori darajasi

GLOSSARY

Agglyutinlar, gemagglyutinlar - organizmdagi korpuskulyar zarrachalarning bir-biri bilan bog'lanishini (yopishtirilishini) ta'minlovchi oqsil antikorlari. Ular qon plazmasida mavjud bo'lib, qonning ma'lum bir guruhga tegishlilikini aniqlaydi.

Korpus kallosunning ageneziasi (rivojlanmaganligi) - miyaning noto'g'ri shakllanishi, miyaning 4 bo'lagini bog'laydigan korpus kallosuning to'liq yoki qisman yo'qligi bilan tavsiflanadi. Sabablari har xil bo'lishi mumkin - genetika, ekologiya. Korpus kallosunning yoshi bolaning rivojlanishida jiddiy muammolarga olib kelishi mumkin, ammo ba'zi hollarda, engil darajadagi ageneziya bilan bola normal rivojlanishi mumkin. Aholining 0,05-0,7 foizida mavjud.

Agranulotsitoz (aleykiya, neytrofiliya, granulofit) - leykotsitlar sonining keskin kamayishi, bakterial va zamburug'li infeksiyalarga sezuvchanlikning oshishiga olib keladi.

Trombotsitlar agregatsiyasi - trombotsitlarning kollagen bilan bog'lanishi (biriktiruvchi to'qima oqsili). Jarayon qon ivishi, jarohatni davolash uchun juda muhimdir.

Adenoidit - adenoidlarning yallig'lanishi, tomoqning orqa qismida, yumshoq tanglay tepasida joylashgan bezli to'qimalar. Bunday holda, farenksning bodomsimon bezlari hajmining oshishi kuzatiladi.

Adenoidlar - farenksning yuqori qismida joylashgan nazofarengial bodomsimon o'simtalari. Yallig'lanish bolalarda ko'plab asoratlarni keltirib chiqarganda: otit, laringit, sinusit, faringit, rinit, bronxit. Bunday holda, bola ko'pincha burun nafasida qiyinchilik tug'diradi, u og'zidan nafas oladi. Uzoq, davolanmagan burun burunlari mavjud.

Adenoma yaxshi epiteliy o'simtasi bo'lib, uning hujayralari bezga o'xshash tuzilmalarni hosil qiladi.

Adenopatiya - yallig'lanish, yuqumli yoki o'sma kelib chiqadigan limfa tugunlarining kasalligi.

Adipotsid - asosiy roli tanadagi yog'larni saqlash bo'lgan hujayra. Adipotsitlar yog 'to'qimasini hosil qiladi.

Ko'zning akkomodatsiyasi - bu ko'rishning moslashuvi, siliyer mushak ta'sirida ko'z linzalari egriligining o'zgarishi, bu retinada aniq tasvirni olish imkonini beradi.

Akromegali - morfologik o'zgarishlar bilan tavsiflangan kasallik, xususan: qo'llar, oyoqlar va boshning gipertrofiyasi, yurak faoliyatining buzilishi bilan bog'liq.

Aktinomikoz - surunkali o'ziga xos yallig'lanish kasalligi bo'lib, turli to'qimalar tuzilmalari va a'zolarining shikastlanishi, to'lqinli uzoq kurs bilan tavsiflanadi.

Alkaptonuriya - homogentis kislotasi oksidazasining etishmovchiligi; to'qimalarning pigmentatsiyasi va artrozi xarakterlidir.

Allergen - bu unga moyil bo'lgan odamda allergiyaga olib keladigan har qanday moddadir.

Allergiya - bu har qanday moddalarning og'riqli intoleransiyasida, allergik reaksiyaning paydo bo'lishida namoyon bo'ladigan inson tanasining holati. Allergiya reaksiyasining fiziologik mexanizmi o'ziga xos antikorlarning shakllanishi bilan bog'liq bo'lib, bu tananing sezgirligining pasayishi yoki oshishiga olib keladi. Allergiya ko'pincha shilliq pardalarning sezilarli tirnash xususiyati, teri toshmasi, umumiy noqulaylik va bezovtalik va boshqalar bilan namoyon bo'ladi.

Allergologik test - bu odamda og'riqli holatni (tananing og'riqli reaksiyasi) keltirib chiqaradigan moddani aniqlash (aniqlash) uchun test.

Alopesiya, kallik - butun iplardagi sochlarning kuchli yo'qolishi.

Albuminuriya - homilador ayolning siydigida albumin oqsilining paydo bo'lishi. Ko'rsatkich har oyda kuzatilishi kerak va homiladorlik asoratining belgisi bo'lishi mumkin: preeklampsi, siydik infeksiyasi va boshqalar.

O'pka alveolalari - bronxiolalarning oxirida joylashgan bo'shliqlar (kichik bronxlarning shoxlanishi).

Alveolar bronxiolalarning uchlarida joylashgan bo'shliqlardir.

Aldolaz - bu alfafetoprotein, xomilalik to'qimalarda mavjud bo'lgan oqsil. Kattalarda u qonda juda oz miqdorda (iz) mavjud. Jigarning yallig'lanishi (gepatit), saratonning ayrim turlari va miyokard infarktining boshida jigarda va qonda ishlab chiqarila boshlaydi.

Altsgeymer kasalligi surunkali nevrologik kasallikdir. Bu qaytarib bo'lmaydigan intellektual buzilish bilan tavsiflanadi. Demansga olib keladi.

Amenoreya - uzoq vaqt davomida hayz ko'rishning yo'qligi. Bu organizmdagi anatomik, biokimyoviy, genetik, fiziologik yoki ruhiy kasalliklar tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Laktatsion amenoreya - emizish davrida hayz ko'rishning fiziologik to'xtashi.

Amiloidoz (amiloid degeneratsiyasi) - noaniq etiologiyaning patologiyasi (disproteinoz), amiloidning to'qimalar va organlarda hujayradan tashqari to'planishi bilan tavsiflanadi; skleroz, atrofiya, funktsiyalarni yo'qotishga olib keladi.

Aminokislota oqsillarni tashkil etuvchi organik kislota. Hammasi bo'lib, organizmda oqsil tuzilmalarini tashkil etuvchi 20 ta aminokislotalar mavjud.

Amniyosentez - xomilalik siydik pufagining teshilishi, unda amniotik suyuqlikning kichik bir qismi olinadi. Xomilaning malformatsiyasini aniqlash imkonini beradi.

Analjeziya - og'riq qoldiruvchi vositalar yordamida og'riq hissi yo'qolishini qo'zg'atish.

Anus - to'g'ri ichakni tugatadigan teshik (yo'g'on ichakning oxirgi, pastki qismi). Anus unga imkon beradigan sfinkterlar bilan jihozlangan normal holatda yopiq bo'lishi va ichak ichidagi najasni ushlab turish. Ichak harakati paytida ochiladi.

Anatomiya - tirik mavjudotning tanasini tashkil etuvchi turli organlar va to'qimalarning tuzilishi va fazoviy o'zaro ta'sirini o'rganadigan fan.

Angina - bu virusli yoki bakterial kelib chiqadigan bodomsimon bezlar va tomoq infeksiyasi (faqat bakteriologik madaniyat natijalari bilan farqlanadi).

Vinsent anginasi (yarali, yarali angina) va bodomsimon bezlar oq rangli qoplama bilan qoplangan angina bor. A guruhidagi streptokokklar keltirib chiqaradigan ba'zi bakterial tomoq og'rig'i, agar to'liq davolanmasa, o'tkir artikulyar yoki yurak revmatizmi ko'rinishidagi asoratlarga olib kelishi mumkin. Takroriy tonzillit bodomsimon bezlarda infektsiyaning doimiy o'chog'ining mavjudligini ko'rsatadi.

Angiogenez - bu mavjud tomirlardan yangi qon tomirlari paydo bo'ladigan hodisa.

Angioma - qon tomir shishi, arteriya va tomirlarning noto'g'ri shakllanishi. U tekis (relefsiz) yoki bo'rttirma (bo'rttirma) bo'lishi mumkin. Anjiyomalarda bosim bilan yo'qoladi, keyin bir zumda qayta bo'yaladi. Ko'pincha ular hech qanday xavf tug'dirmaydi. Anjiyomalarda yosh bolalarning 10 foizida paydo bo'ladi va qoida tariqasida 10 yoshga kelib yo'qoladi. Papiller anjiyomalarni lazer yordamida olib tashlash mumkin, bu xavfsiz va behushlikdan foydalanishni talab qilmaydi.

Angiomatoz (gemangiomatoz) - qon tomirlarining haddan tashqari ko'payishi bilan tavsiflangan kasalliklarning umumiy nomi.

Diabetik angiopatiya qandli diabet bilan bog'liq bo'lgan qon tomir kasalliklari majmuasidir.

Andropauz - ma'lum bir yoshdan keyin odamning jinsiy funktsiyalarining tabiiy qisqarishi.

Anevrizma - qon tomir yoki yurak lümeninin mahalliy kengayishi yoki qonni o'z ichiga olgan o'simta, arteriya lümeni bilan bevosita bog'liq.

Anemiya - qondagi gemoglobin miqdorining pasayishi. Homilador ayollarda kamqonlikning asosiy sababi tanadagi temir etishmasligidir. Anemiya bilan qizil qon tanachalari ta'sirlanadi, uning asosiy komponenti gemoglobin bo'lib, temirni o'z ichiga olgan va o'pkaga kislorodni tana to'qimalariga etkazib berishni ta'minlaydi. Anemiya irsiy omillar, noto'g'ri ovqatlanish yoki qon yo'qotish tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Anesteziya - anesteziyani kiritish paytida umumiy yoki mahalliy sezuvchanlikni yo'qotish. Umumiy behushlik (umumiy behushlik) ongni yo'qotish bilan birga keladi.

Anksiyolitik - turli xil ko'rinishlarda bezovtalikni davolash uchun ishlatiladigan dori, trankvilizatorlarning turlaridan biri.

Anoreksiya - ovqatlanish xulq-atvoridagi og'ish, uning asosiy belgisi ishtahaning deyarli to'liq etishmasligidir. Anoreksiya bilan og'rigan odam o'z dietasini keskin kamaytiradi, bu esa ko'plab sog'liq muammolariga olib keladi. Bolalarda anoreksiya ko'pincha o'smirlik davrida yuzaga keladi va psixologik muammolarga bog'liq.

Antibakterial - bakteriyalar bilan kurasha oladigan modda.

Antibiotiklar - bu antibakterial ta'sirga ega bo'lgan dorilar guruhi. Ular immunitet tizimiga tanadagi bakteriyalar bilan kurashishga yordam beradi. Shifokor retseptisiz ishlatilmasligi kerak.

Antidepressantlar depressiya bilan kurashish uchun mo'ljallangan dorilar. Hozirgi vaqtda ruhiy stressni kamaytirishga imkon beruvchi kayfiyatni to'g'irlash uchun ishlatiladi.

Antioksidantlar tirik organizmlardagi erkin radikallarni bloklaydigan tabiiy yoki sun'iy kelib chiqadigan moddalardir. Bu hujayralarning qarish jarayonini oldini oladi, deb ishoniladi. Oziq-ovqatlarda mavjud - C, E vitaminlari, karotenoidlar (karotin o'z ichiga olgan pigmentlar).

Antiseptiklar - bu tanadagi bakteriyalar bilan kurashish uchun mo'ljallangan dorilar sinfidir. Masalan, kichik yaralarni tozalash uchun ishlatiladi.

Antikorlar - tananing ma'lum zarrachalar va begona mikroorganizmlarga bo'lgan reaksiyasi natijasida yuzaga keladigan immunoglobulinlar. Antikorlar immunitetda muhim rol o'ynaydi.

Antifosfolipid sindromi - immun trombositopeniya bilan arterial va venoz trombozni o'z ichiga olgan sindrom; hujayra fosfolipidlariga otoantikorlarni aniqlash (masalan, kardiolipin).

Apatiya - jismoniy yoki ruhiy charchoqning chuqur holati, har qanday istak yoki tajribaga to'liq befarqlik bilan tavsiflanadi.

Apnea nafas olishning vaqtinchalik to'xtashidir. Ko'pincha nafas olish tizimi rivojlanmagan erta tug'ilgan chaqaloqlarda paydo bo'ladi.

Apopleksiya - bu insult.

Apparat - bir xil fiziologik funktsiyani bajaradigan organlar to'plami.

Apandisit - bu appendiksning yallig'lanishi, yo'g'on ichakning oxirida joylashgan kichik jarayon. Yallig'langan appendiksni olib tashlash qorin bo'shlig'idagi eng keng tarqalgan operatsiya hisoblanadi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda va homilador ayollarda appenditsit juda kam uchraydi.

Araxnodaktiliya (o'rgimchak barmoqlari) - uzun barmoqli tor uzun xurmo.

Yurak aritmi - yurak ritmining buzilishi, uning chastotasi, pulsning muntazamligi va intensivligini o'zgartirish.

Arteriya qonni yurakdan to'qimalarga o'tkazadigan tomirdir.

Artrit - bu bo'g'imlarga ta'sir qiluvchi o'tkir yoki surunkali har qanday yallig'lanish kasalligi.

Artrografiya - bo'g'imlarning rentgenogrammasi.

Artroz - bu mexanik, ammo yallig'lanishli emas, balki bo'g'imlarning kasalligi. Bu bo'g'implarda degenerativ o'zgarishlar bilan tavsiflanadi.

Arxaik (birlamchi) reflekslar - 3 oygacha bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarga xos bo'lgan reflekslar. Ularning mavjudligi nevrologik va mushaklarning yaxshi rivojlanishining belgilaridan biridir. Bunday reflekslarning bir nechta navlari mavjud: so'rish refleksi, Moro refleksi (himoya refleksi), qidiruv refleksi, avtomatik qadam tashlash, yutish refleksi, emaklash refleksi, ushlab refleksi.

Astenik sindrom (asteniya) - bu quyidagi belgilarga ega bo'lgan holat: charchoqning kuchayishi, tez-tez kayfiyatning o'zgarishi, asabiy zaiflik, giperesteziya, ko'z yoshi, vegetativ buzilishlar, uyqu buzilishi.

Asteniya - iktidarsizlik, umumiy zaiflik holati, tananing funktsional imkoniyatlarining pasayishi bilan tavsiflanadi, jismoniy kuchdan charchash bilan bog'liq emas va dam olish paytida yo'qolmaydi.

Astenovegetativ sindrom (vegetoastenik sindrom) asosan vagotonik xarakterga ega bo'lgan vegetativ kasalliklar bilan asteniyaning o'z ichiga olgan sindromdir.

Nafas - o'pka va bronxlar kasalligi. Nafas olishda qiyinchilik, nafas olish ritmining o'zgarishi, nafas olayotganda xirillash, ba'zida surunkali yo'tal va yurakdan asoratlar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi, ulardan eng xavfli taxikardiyadir. Nafas surunkali, allergik yoki stress bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Nafasni davolash kasallikning darajasi va tabiatiga qarab o'zgaradi.

Neonatal asfiksiya - yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish etishmovchiligi.

Ascites - qorin bo'shlig'ida suyuqlikning to'planishi.

Ateroma - yog 'bezining kistasi, tarkibini bezning kanali orqali olib tashlash qiyinligidan kelib chiqadi.

Ateroskleroz - arteriyalarning sklerozi, tomirlar devorlarining qattiqlashishi.

Atreziya - rivojlanish anomaliyasi: ichi bo'sh organning lümeninin to'liq yo'qligi.

O't yo'llarining atreziyasi, bolalarda o't yo'llarining atreziyasi - barcha jigar o't yo'llaridan safro chiqishining deyarli to'liq yo'qligi. Yosh bolalarda o'ta xavfli jigar kasalligi. Tug'ilganda paydo bo'ladi va boshqa narsalar qatorida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uzoq muddatli xolestatik sariqlik bilan namoyon bo'ladi.

Atrofiya - hujayralarning etarli darajada oziqlanmasligi yoki immobilizatsiyasi (harakatsizlik) tufayli har qanday organ, to'qima yoki oyoq-qo'lning vazni va hajmining pasayishi.

Autizm - bu turli xil rivojlanish buzilishlarini o'z ichiga olgan psixotik holat bo'lib, uning umumiy natijasi boshqa odamlar va ular bilan muloqot qila olmaslikdir.