

KO'KRAK QAFASIDAGI KORONAROGEN OG'RIQLAR DIFFERENTIAL TASHXISI

Ruzmetova Aygul Rustamovna

*Urganch Abu Ali Ibn Sino nomidagi Jamoat
salomatligi texnikumi o'qituvchisi*

Annotatsiya: Ushbu maqolada ko'krak qafasidagi koronarogen og'riqlar differentsial tashxisi masalasi tahlil qilingan.

Kalit so'zlar: sindrom, ko'krak qafasi, diffeentsial, koronarogen.

Shifokor faoliyatida ko'p uchraydigan sindromlardan biri ko'krak qafasidagi og'riqlar hisoblanadi. Ular turli-tuman patologik holatlarning, shu jumladan, bemor hayotiga xavf soluvchi og'ir kasalliklarning belgisi bo'lishi mumkin, chunki u yerda hayotiy muhim a'zolar joylashgan. Ko'krak qafasining suyak asosini umurtqa pog'onasining ko'krak qismi va unga tog'ay orqali birikkan 12-juft qovurg'a hamda to'sh suyagi hosil qiladi. Bu yumshoq to'qimalar bilan birgalikda - ko'krak devori deyiladi. Ko'krak bo'shlig'i - uning devori va diafragma (mushak - payli ko'krak va qorin oralig'idagi to'siq) bilan chegaralangan sohadir. Undan qon tomirlar va nervlar, qizilo'ngach va traxeya o'tgan. Ko'krak bo'shlig'idagi ko'ks oralig'ida perikard bilan o'ralgan yurak va plevralar ichidagi o'pkalar joylashgan. Ko'krak qafasidagi og'riqlarning intensivligi, tabiati va joylashishi turlicha bo'lganligi sababli ularni yagona tasnifga birlashtirishning imkoni yo'q. Ushbu og'rig'lar bilan kechuvchi ko'pgina kasalliklar bemor hayotiga xavf solishi tufayli, bu holat tezkor tashhis qo'yishni talab etadi. Solishtirma tashhis o'tqazishdan maqsad og'riqning ko'krak qafasidagi qaysi azodan kelib chiqqanligini (suyak, mushaklardan, qovurg'alararo nervlardan, umurtqa pog'onasi, qizilo'ngach va ko'ks oralig'i) va u yoki bu azoning kasallanishi natijasida rivojlanganligini aniqlashdan iborat. UAV faoliyatida ko'p uchraydigan ko'krak qafasida og'riqlar bilan kechuvchi kasalliklar guruhi 1-chizmada keltirilgan.

Bemor ko'krak qafasidagi og'riqlarga shikoyat qilganda, UAV birinchi navbatda koronar qon tomirlari zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar to'g'risida o'ylashi lozim. Ushbu guruhga butun dunyoda, jumladan, O'zbekistonda ham keng tarqalgan YUIK (stenokardiya, o'tkir koronar sindrom, miokard infarkti (MI)) va uning asoratlari kiradi. So'ngi ma'lumotlarga ko'ra, YUIK lari jaxondagi yalpi o'lim sababining 26 %ini tashkil etsa, mamlakatimizda bu ko'rsatkich 50 %ga yaqindir. Uning asosida koronar qon tomirlari aterosklerozi, ba'zan esa yirik tomirlar spazmi va ularda tromblar hosil bo'lishi yotadi. 3-rasmda sog'lom odam yuragi tashqi ko'rinishi va uning qon tomirlari tasviri keltirilgan. Quyida sanab o'tilgan xavf omillari mavjud bo'lganda,

ushbu kasallik paydo bo'lish va asoratlanish ehtimoli juda yuqori bo'ladi. Asosiy xavf omillari: chekish; bemorda va uning ota-onasida lipid almashinuvining buzilishi mavjudligi (qonda umumiy xolesterin miqdori ≥ 5 mmol/l); AG mavjudligi (QB $\geq 140/90$ mm.sim.ust.); bemorda va uning ota-onasida QD kasalligining borligi; gipodinamiya; semizlik (tana vazni indeksi ≥ 25); yurak-qon tomir kasalliklariga nasliy moyillik; bemor yoshi; ovqatlanish xususiyatlari; kasbi, ijtimoiy ahvoli; atrof-muhit ta'siri; siydik kislotasi almashinuvining buzilishi. Bu omillarni erta aniqlash va ularni mumkin qadar bartaraf etish bemorlar hayot sifatini yaxshilaydi va o'lim holatlarini kamaytiradi. Shuning uchun UAV ular to'g'risida batafsil ma'lumotga ega bo'lishi lozim. Evropa kardiologlari jamiyatining 2002 yilda o'tqazgan kuzatuvlari natijasi YUIK ning keng tarqalgan klinik ko'rinishi stenokardiya ekanligini yana bir bor tasdiqladi. Klinik manzarasi: stenokardiyadagi og'riqlar odatda ezuvchi, siquvchi, kuydiruvchi, bosuvchi xususiyatlarga ega bo'lib, aksariyat hollarda to'sh ortida joylashib, chap qo'lga, pastki jag'ga, bo'yinga, belga uzatiladi va ayrim hollarda hansirash, terlash, o'limdan qo'rqish hissi bilan kechadi; og'riqlar kuchli, kuchsiz yoki ko'krak qafasidagi nohush his bilan kechib, 1-2 daqiqadan 20 daqiqagacha davom etishi mumkin; og'riqlar jismoniy yoki emotsional zo'riqish vaqtida, sovuqda yoki ovqatlangandan so'ng paydo bo'ladi va tinch holatda yoki nitroglitserinni til ostiga qabul qilgandan so'ng o'tib ketadi; xuruj bo'lmagan vaqtda asbobiy tekshirishlar kam malumot beradi.

Jismoniy zo'riqish (tez yurish, yuqoriga ko'tarilish, og'ir yuk ko'tarish), asab buzilishi, ko'p miqdorda ovqat istemol qilish, sovuq, nam va shamolli ob-havo, kuchli hayajonlanish (jumladan, teleko'rsatuvlar ta'sirida), jinsiy aloqa, dorilar qabul qilishni (antianginal, gipotenziv, antiaritmik) to'xtatib qo'yish stenokardiya xurujlari rivojlanishiga olib keladi. Stenokardiya xurujlari ba'zan atipik shakllarda namoyon bo'lib, og'riqlar jag'ga, barmoqlarga, epigastral sohaga, o'ng va chap qovurg'a yoyi ostiga uzatilishi mumkin. Ayrim hollarda og'riq ikkinchi darajali ahamiyatga ega bo'lib, bemorda havo etishmaslik, ko'krak kafasining siqilishi, keskin holsizlik, o'limdan qo'rqish hislari kuzatiladi. Stenokardiyaning turg'un va turg'un bo'lmagan (nostabil) klinik turlari farqlanadi. Turg'un zo'riqish stenokardiyasi. Xurujlar bir xil darajadagi jismoniy zo'riqishda paydo bo'lib, xuruj vaqtida EKGda ST segmenti depressiyasi kuzatiladi. U o'z navbatida bemorni jismoniy zo'riqishga chidamliligiga ko'ra to'rtta funksional sinfga bo'linadi: I sinf – odatiy kundalik jismoniy zo'riqish (yurish, zinapoyadan ko'tarilish) stenokardiya xurujlarini chaqirmaydi. Xurujlar kuchli, uzoq vaqt davomida va tez jismoniy zo'riqishda paydo bo'ladi; II sinf – odatiy jismoniy faollik bir oz chegaralangan. Stenokardiya xurujlari tez yurganda, zinapoyadan tez ko'tarilganda, me'yordan ko'proq ovqat eb qo'yganda yoki sovuq havoga chiqqanda, ob-havo o'zgarganda, stress holatlarida, to'shakdan turgandan keyingi birinchi soatlarda; yaxshi sharoitda va odatiy tezlikda tekis yo'lda 500 m.dan

ko'proq masofaga yurganda yoki zinapoyadan birinchi qavatdan yuqoriga ko'tarilganda paydo bo'ladi; III sinf-odatiy jismoniy faollik keskin chegaralangan. Stenokardiya xurujlari yaxshi sharoitda va odatiy tezlikda tekis yo'lda 100- 500 m.gacha masofaga yurganda yoki zinapoyadan birinchi qavatgacha ko'tarilganda paydo bo'ladi. IV- sinf har qanday jismoniy harakat (tekis yo'lda 100 m.gacha masofaga yurganda) stenokardiya xurujlari rivojlanishiga olib keladi. Ayrim hollarda tinch holatda ham paydo bo'lishi mumkin. Nostabil stenokardiya deganda zo'riqish stenokardiyasi xurujlari davomiyligining uzayishi va og'irlashishi, og'riqlar xarakterining o'zgarishi, bemorni jismoniy zo'riqishga chidamliligining keskin susayishi, xurujlarning tinch holatda ham paydo bo'lishi, nitratlarga sezuvchanlikni pasayishi tushuniladi. Bu holatda miokard infarkti rivojlanish xavfi yuqoridir. Nostabil stenokardiyaning bir nechta turlari farqlanadi: Birinchi bor paydo bo'lgan stenokardiya - bemor hayotida ilk bor jismoniy zo'riqishda, keyinchalik esa odatiy harakatda ham og'riq xurujlarining (paydo bo'lgan vaqtdan 1 oygacha) paydo bo'lishi. Bu guruhdagi bemorlar shu vaqtgacha o'zlarini sog'lom deb bilganliklari, kasallik to'g'risida ma'lumotlarga ega emasliklari sababli, o'z vaqtida shifokorga murojaat qilmaydilar va shuning uchun ular orasida MI hamda to'satdan o'tkir koronar o'lim rivojlanish xavfi yuqori; Avj olib boruvchi stenokardiyada og'riq davomiyligining uzayishi, xarakteri va irradiatsiyasining o'zgarishi, bemorni jismoniy zo'riqishga chidamliligi keskin pasayib, xurujlarning tinch holatda ham paydo bo'lishi, antianginal dori vositalarga sezuvchanlikning susayishi tushuniladi. Vazospastik (Prinsmetal yoki variantli) stenokardiya - yirik koronar arteriyalari spazmi natijasida yuzaga kelib, og'riqlar biron-bir sabablarsiz tinch holatda, aksariyat hollarda kunning malum bir vaqtida (tunda yoki erta tongda) paydo bo'lib, davriy ravishda (xaftada 2-3 va undan ko'proq) kuzatiladi. Bu turdagi stenokardiyada xuruj vaqtida EKG da ST segmentini o'rta chiziqdan yuqoriga (MIning o'ta o'tkir davriga o'xshash) ko'tarilishi va xuruj bartaraf etilgach, uni o'z o'rniga qayd etildi. Miokard infarktidan keyin erta paydo bo'lgan stenokardiya - og'riq xurujlari MI rivojlangandan keyingi 2-3 haftada yoki bemor shifoxonadan chiqishi bilan (8 hafta oralig'ida) kuzatiladi. Operatsiyadan keyin paydo bo'lgan stenokardiya - og'riq xurujlari YUIK ni faol davolash usullaridan (aorta-koronar shuntlash (AKSH), stentlash, transkoronar angioplastika (TKA)) so'ng 2-4 hafta davomida yoki undan keyin paydo bo'lishi tushuniladi. O'tkir koronar sindrom (O'KS) - bu ilk bor yuzaga kelgan stenokardiyadan tortib, uzoq muddat davom etuvchi va nitrogletsirin qabul qilganda ham yo'qolmaydigan, natijasi noaniq, yirik o'choqli MI yoki to'satdan o'limga olib kelish ehtimoli yuqori bo'lgan, tinch holatda ham uzluksiz zo'rayib boruvchi davomli stenokardiyalarni o'z ichiga oladi. Bu tashhis vaqtincha qo'yilib, shifokor kasallik kechishiga, laboratorasbobiy tekshiruvlar natijasiga asoslanib, 24 soat ichida klinik tashhis qo'yishi va kelgusi davolash taktikasini belgilashi lozim.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. А.И.Мартынов, N.A.Muxin, V.S.Moiseev Vnutrennie bolezni, 2004
2. V.V.Ruksin Neotlojnaya kardiologiya, 2001
3. D.Morman, L.Xeller, Fiziologiya serdechno sosudistoy sistemy, 2004
4. Elektronnaya meditsinskaya biblioteka: «Spravochnik prakticheskogo vracha»
5. Jeffrey Bender, Kerry Russell, Lynda Rosenfeld, Sabeen Chaudry-Oxford American Handbook of Cardiology, 2011
6. A.Zaza An introduction to cardiac electrophysiology
7. ABC of Interventional Cardiology - Ever D. Grech, 2004