

YURAK ISHEMIK KASALLIKLARI

Tursunova Shaxnoza

*Marg'ilon Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat
salomatligi tibbiyot texnikumi o'qituvchisi*

Annotatsiya: *Ushbu maqolada yurak qon tomirlari tuzilishi, yurakda hosil bo'ladigan eshemik kasalliklarning kelib chiqishi rivojlanishi tahlil qilingan.*

Kalit so'zlar: *Miokard infarkti, arteriya, inyeksiya, insulin, stenokardiya, gestatsion.*

Yurak mushaklarni qon bilan ta'minlaydigan toj arteriyalarining aterosklerotik o'zgarishi sababli rivojlanadigan bu xastalik hozirgi kunda dunyoda keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Bu kasallikda bir qator boshqa xastaliklar ham uchrab turadi: stenokardiya, miokard infarkti va infarktdan keyingi kardioskleroz shular jumlasidandir.

Kasallikning kelib chiqishida yuqorida keltirilgan omillar sabab bo'lgan toj arteriyalaridagi patologik o'zgarishlar katta ahamiyat kasb etadi. Kasallik, asosan, toj arteriyalarining aterosklerozi asosida rivojlanadi. Yuqorida aytib o'tilganidek, xastalikka stenokardiya va miokard infarkti ham sabab bo'ladi.

Kamdan kam hollarda xastalik gipertoniya kasalligi, obliteratsiyalovchi endartiritlarda, revmatik vaskulitlarda va zahm oqibatlarida vujudga kelishi mumkin.

Miokard infarkti, odatda, miokardga kelib turgan qonning toj arteriyalari orqali butunlay oqmasligi natijasida rivojlanadi. Ko'pincha bunga tromb yoki tromboemboliya sababchi bo'ladi.

Kardiospazm ham ahamiyatlidir. Bu dard, asosan, ilmiy xodimlar, rahbar lavozimlarda ishlaydigan kishilar orasida keng tarqalgan. Salbiy stress, toj arteriyalarining uzoq vaqt mobaynida ta'sirlanish hollari ham bu dardga chalintiradi.

Stenokardiya yurak mushaklarining kislorodga bo'lgan ehtiyoji va uning qon bilan yetib kelishi orasidagi muvozanatning buzilishidir. U surunkali yurak ishemik kasalligining eng ko'p uchraydigan turlaridan biri bo'lib, asosan (90%), toj arteriyalarining aterosklerozi tufayli rivojlanadi. Shuningdek, u tomirlarni o'smalar ezib qo'yganda va kishi qattiq ruhan iztirob chekkan (10%) hollarda uchraydi.

Kasallikning asosiy klinik belgisi hisoblangan stenokardiya xurujining kelib chiqishida bir qator patogenetik zanjirlar borligi aniqlangan. Aterosklerozda, odatda, katexolaminlar gipoksiya ta'sirini toj arteriyalariga nisbatan ko'rsatadi, chunki aterosklerotik o'zgargan tomirlarning kengayish xususiyati ancha susaygan bo'ladi. Ortiqcha hayajonlanish simpata — adrenal tizimini faollashtirib, qon tomirlarning qisilishiga olib keladi. Qon quyilishi kuzatiladi, tromboksan ajraladi. Bu, o'z navbatida, miokard kapillarlarining o'tkazuvchanligini oshiradi. To'qimalar shishib chiqib, toj arteriyalari siqilishi sababli miokard ishemiyasi rivojlanadi. Stenokardiya xuruji

zo'raygan aterosklerozga uchragan toj arteriyalarining siqilib torayishi sababli rivojlanadi.

Patologik - anatomik o'zgarishlar. Stenokardiya bilan og'rikan bemorlarda toj arteriyalari aterosklerotik o'zgargan, devorlari qalinlashgan, ichki qavati (intimasi) g'adir-budur bo'ladi. Tomirlar egilib-bukulgan joylarda juda ham torayadi, ba'zan aterosklerotik pilakchalar ham topiladi.

Anatomik o'zgarishlar bo'yicha stenokardiyaning qay darajada rivojlanganini bilib olish uchun toj arteriyalari va tarmoqlarning torayganiga baho berish zarur, odatda buni angiografiya usulida o'tkazilgan tekshiruv paytida aniqlash mumkin.

Kasallikka tashxis, asosan, bemor shikoyatlari, klinik laboratoriya tekshiruvi natijalari asosida qo'yilishi kerak. Eng samarali usul koronarografiyadir. Bunda toj arteriyalari qanchalik okklyuziyaga uchraganligi haqida ishonchli ma'lumotlar olinadi. Har xil jismoniy testlarning ham tashxisiy ahamiyati katta. Bu testlar veloergometr yoki tredmil yordamida o'tkazilib, bemorda stenokardiya xurujini sun'iy ravishda paydo qilib, EKG da qayd qilinadigan patologik o'zgarishlar aniqlanadi. Xuruj tutganda olingan biokimyoviy tekshiruvlar yordamida ham tashxisni to'g'ri qo'yish mumkin.

Hamshira bemorning kayfiyatiga va ahvoliga, pulsi, A/B, nafasining tezligiga qarab boradi. Xuruj davrida har qanday aktiv harakatlar bemorga to'g'ri kelmaydi. Bemorning ovqat ratsionida osh tuzi miqdorini cheklab qo'yish kerak. Qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatadigan dudlangan, o'tkir taomlar, sergo'sht sho'rvalar istisno qilinadi. Chekish va ichkilik ichishning zararli ekanligini hamshira bemorning o'ziga va uning qarindoshlariga tushuntirib beradi.

Miokard infarkti deb, yurakdagi toj arteriyalardan birining birdan tiqilib qolishi natijasida ro'y beradigan holatiga aytiladi.

Bunda yurak muskuli nekrozga uchraydi.

Bu xastalikda toj tomirlar, ya'ni miokardni qon bilan ta'minlaydigan tomirlar bo'ylab qon oqishi buziladi, bu yurak sohasida yoki to'sh orqasida og'riq paydo bo'lishiga olib keladi. Toj tomirlar bo'ylab qon oqishiga ko'pgina quyidagi omillar to'sqinlik qilishi mumkin: toj arteriyalar spazmi, aterosklerotik pilakchalar, katta jismoniy yoki asabiy zo'riqishlarda miokardning zo'r berib ishlashi.

Yurak-tomirlar sistemasini va katta miya po'stlog'i o'rtasidagi chambarchas bog'lanishni bilgan holda koronar arteriyalar innervatsiyasi buzilishlari rivojlanishida va koronar yetishmovchilik miokard infarktining asosiy omilidir. Miokard infarktida ishemiya (qon ta'minoti kamayishi) dan, keyin esa u yoki bu bo'limida nekroz o'chog'i ham paydo bo'ladi. Miokard infarktida qonsizlangan va nekrozga uchragan miokard uchastkasi chandiq (yamoq) lanishga uchraydi. Biriktiruvchi to'qima rivojlanadi, qattiq chandiq hosil bo'ladi. Yurak o'z funksiyasini davom ettiradi, biroq infarktdan keyin miokard kuchsizlanib qoladi. Yurakning o'tkazuvchi sistemasini keng zararlangan miokard infarktida o'tkir yurak yetishmovchiligi yuz berishi va yurak to'xtashi mumkin.

Miokard infarkti aksariyat ateroskleroz, gipertoniya kasalligi bilan kasallangan shaxslarda sodir bo'ladi. Stenokardiyani bu kasallikning darakchisi deb hisoblaydilar, biroq ba'zan miokard infarkti to'satdan yuz beradi.

Yurak sohasida yoki to'sh orqasida og'riq to'satdan paydo bo'lib, chap yelkaga, chap kurakka, pastki jag'ga va tananing boshqa qismlariga o'tadigan og'riq miokard infarktining asosiy simptomi hisoblanadi. Stenokardiyadagi og'riqdan farqli ravishda miokard infarktida og'riq uzoqroq (bir necha soatgacha) bo'ladi, toj arteriyalarni kengaytiradigan vositalar (validol, nitroglitserin) qabul qilingandan keyin bosilmaydi.

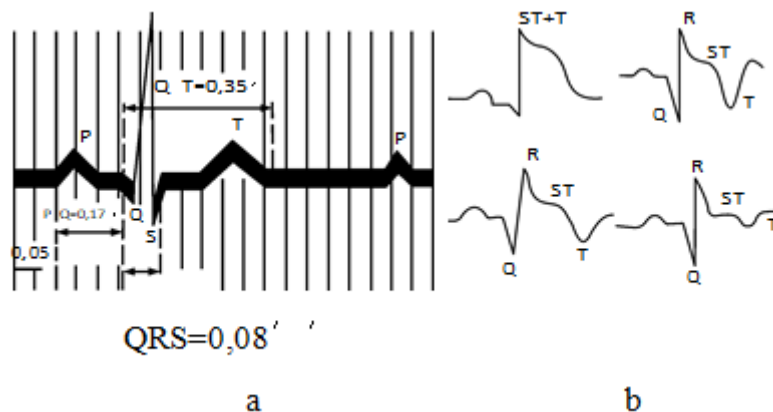
Miokard infarktining astmatik xili shu kasallik bilan og'rigan kasalliklarning 20 % ida, ko'pincha qariyalarda, nafas yetishmasligi, hansirash bilan boshlanadi. Chap qorinchaning o'tkir yetishmovchiligi bu holatga olib keladi. Yurak astmasi, o'pka shishi rivojlanadi.

Miokard infarktining aritmik xili yurakning notekis urishi bilan boshlanadi. Titroq aritmiya, qorincha ekstratsistolyasi, turli darajadagi blokadalar, paroksizmal taxikardiya; ko'proq qorincha xili rivojlanishi mumkin.

Laboratoriya tekshiruvida qonda leykotsitoz kuzatiladi. ECHT birinchi kunlari me'yorida bo'lib, 2—3- kunlari ko'tarila boshlaydi. Keyingi yillarda miokard infarktini tasdiqlaydigan bir qancha yangi tekshirish usullari taklif etildi. Miokard infarkti tashxisini aniqlashda ko'p qo'llaniladigan fermentlarga mioglabin, LDG, KFK kiradi. Qonda fermentlar miqdorining ko'payishi miokard infarktining 85 % da kuzatiladi.

EKG ma'lumotlari miokard infarkti tashxisida juda muhim ahamiyatga ega, chunki EKG bilan tekshirish infarkt o'rnini aniq belgilashga, miokardning nekroz bo'lgan qismining chuqurligi, kengligini tasavvur qilish imkonini beradi. Miokardda nekroz bo'lganda patologik tishcha (Q) paydo bo'ladi, tishcha T manfiy (ya'ni pastga yo'nalgan) bo'lib qoladi (1- rasm).

Davolash. Miokard infarktining davosi maxsus tez yordam mashinalar brigadasida, shifoxonalarda, poliklinikada, sanatoriyada o'tkaziladi. Bemorni kasalxonaga keltirguncha unga tezlik bilan yordam ko'rsatish zarur. Og'riq qoldiruvchi, yurak urishi tezligini pasaytirish uchun dori-darmonlar qo'llaniladi. Bemor shifoxonaning reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi. O'rinda qimirlamay yotish, psixik, jismoniy osoyishtalik ta'minlanadi.



1-rasm. a—normal EKG, b—miokard infarktida EKGdagi o'zgarishlar.

Og'riqni qoldirish (analgeziya) uchun teri ostiga 1 ml 2 % li promedol, 1% li 1—2 ml morfin (morfinning qo'shimcha ta'siriga yo'l qo'ymaslik uchun 0,5 ml 0,1 % li atropin sulfat yuboriladi) yuborish lozim. Agar og'riq qolmasa, 20—30 daqiqadan so'ng ko'rsatilgan dorilar qayta qilinishi lozim. Dorilar vena tomiriga yuboriladi. Droperidol, fentanil o'pka shishi, shokning oldini olishda ham ishlatiladi.

Yuqorida keltirilgan narkotik dori-darmonlar nafas olishga salbiy ta'sir ko'rsatsa, morfinga qarshi nalorfan ishlatiladi. Nalorfanning 0,5 % li eritmasi 2 ml dozada vena tomiriga yuboriladi. Miokard infarktidagi qattiq og'riq morfiy, pramidol, omnopon, droperidol, fentalin kabi dorilarni qaytadan, bir necha marta, har 20—30 daqiqada qo'llashga majbur qilishi mumkin. Bu paytda bemorning nafas olishiga, qon bosimiga, yurak urishiga ahamiyat berish lozim. Dorilar ta'sirida og'riq qolmasa, narkoz-zakis azot bilan kislarodning 50:50 aralashmasi nafas olishga beriladi. Narkoz ta'siri bo'lgandan keyin to'xtatiladi. Kerak bo'lganda narkozning boshqa xillari ham qo'llanilishi mumkin (natriy oksibutirat, geksenal). Og'riq qoldirishda orqa miyaning old qismiga trimekain yuborish maqsadga muvofiq.

Geparin bilan davolash. 1- kun geparin vena tomiriga tomchi holida 1000—5000 TB yuboriladi, keyin qorinning pastki qismiga, teri ostiga 10000 TB dan 1 kunda 2 marta yuboriladi yoki 5000 TB geparin har kuni 4 mahal teri ostiga 7 kun davomida yuboriladi. Bunda qonning ivish vaqtini, qondagi eritrotsitlarni, gemoglobinni, siydikda gemoturiyani aniqlash kerak. Bilvosita ta'sir qiladigan antikoagulantlardan neodikumarin, sinkumar yoki fenilin qo'llaniladi.

Miokard infarkti bilan og'riqan bemorlarni parvarish qilishda yotoq yaralarining oldini olish muhimdir. Bemorning o'rindagi vaziyatini o'zgartirishda o'rin-ko'rpa, kiyimlarini almashtirganda nihoyatda ehtiyotkorlik bilan ish ko'rish, bemorni urintirishga, keskin harakatlar qilishiga yo'l qo'ymaslik lozim. Bemorga o'rindan turishga ruxsat berilgandan so'ng ham gorizontal holatdan vertikal holatga asta-sekinlik bilan o'tiladi. Bemorga davolovchi gimnastika birmuncha barvaqt tayinlanadi. Bemorni to'g'ri parvarishlash, uning sog'ayib ketishiga umid tug'dirish tibbiyot hamshirasining eng muhim vazifalaridan biridir.

Bemorlarning sog'ligini qayta tiklashda ochiq havoda belgilangan vaqt davomida sayr qilish, fizioterapevtik muolajalar, sanatoriya-kurortlarda davolanish juda muhimdir. Bemorlar yashab turgan joylaridagi poliklinikalarda dispanser ro'yxatida turadilar va shifokor nazorati ostida bo'ladilar.

FOYDANILGAN ADABIYOTLAR:

1. O'. B. Sharapov. Ichki kasalliklar. Abu Ali ibn Sino. T., 1994.
2. E.Y. Qosimov. Ichki kasalliklar propedevtikasi. T., 1998.
3. „Hamshira“ jurnali, T. 2000.
4. V.M. Majidov. Yuqumli kasalliklar. T., 1993.