

Samarqand davlat tibbiyot universiteti Pediatriya fakulteti 5-kurs talabalari,

Anvarov Navro'zbek Anvar o'gli

Mustafaev Mexriddin Zoxid o'g'li

Pediatriya fakulteti 4-kurs talabasi,

Kenjayeva Dilobar Abdug'appon qizi

Qarshi davlat universiteti ,Davolash ishi fakulteti 1-kurs talabasi,

Kenjayeva Manzura Abdug'appon qizi

ORGANIK VA FUNKSIONAL TRIKUSPID ETISHMOVCHILIGIDA JIGARDA O'ZGARISHLAR (FREDEX BELGISI, GEPATO-JUGULAR REFLYUKS, MARKAZIY VENOZ BOSIM VA BOSHQALAR)

Abstrakt. Ushbu maqolada organik va funktsional trikuspid etishmovchiligida jigardagi o'zgarishlar, xususan, Fredeks belgisi, gepato-jugulyar reflyuks, markaziy venoz bosim batafsil tavsiflanadi.

Kalit so'zlar: tibbiy muolajalar, funktsional trikuspid, jigar etishmovchiligi, gepatojugular reflyuks va boshqalar.

Trikuspid etishmovchiligi (TR) - sistola vaqtida o'ng qorinchadan o'ng atriumga qon oqimiga olib keladigan trikuspid qopqog'ining etishmovchiligi. Eng ko'p uchraydigan sabab - o'ng qorinchaning kengayishi. TN odatda asemptomatikdir, ammo og'ir TNda bo'yin venoz pulsatsiya, holosistolik shovqin va o'ng yurak etishmovchiligi yoki atriyal fibrilatsiya paydo bo'lishi mumkin. Tashxis fizik tekshiruv va ekokardiyografi orqali aniqlanadi. TN odatda benigndir va davolanishni talab qilmaydi, ammo ba'zi bemorlar annuloplastika, klapan ta'mirlash yoki qopqoqni almashtirishni talab qilishi mumkin. Trikuspid qopqog'i yurakning ikkita o'ng kamerasi orasida joylashgan. Trikuspid qopqog'i uchta yupqa to'qima qopqog'idan (to'qimalar yoki varaqalar deb ataladi) iborat. Ushbu qopqoq qopqoqlari qonning yuqori o'ng kameradan (o'ng atrium) pastki o'ng kameraga (o'ng qorincha) oqishini ta'minlash uchun ochiladi. Keyin valf qopqoqlari qonning orqaga siljishini oldini olish uchun mahkam yopiladi. Trikuspid qopqog'i regürjitatsiyasida trikuspid qopqog'i mahkam yopilmaydi. Natijada, qon o'ng atriumga orqaga qarab oqadi. Trikuspid qopqog'ining regürjitatsiyasi quyidagi sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin:

- Tug'ilganda mavjud bo'lgan yurak nuqsonlari (tug'ma yurak nuqsonlari). Ba'zi tug'ma yurak nuqsonlari trikuspid qopqog'ining shakli va funktsiyasiga ta'sir qilishi mumkin. Bolalarda trikuspid qopqoq etishmovchiligi odatda Ebstein anomaliasida deb ataladigan noyob tug'ma yurak nuqsoni tufayli yuzaga keladi. Bunday holatda trikuspid qopqog'i noto'g'ri shakllangan va o'ng qorinchada odatdagidan pastroq o'tiradi.
- Genetik kasalliklar. Marfan sindromi biriktiruvchi to'qima kasalligi bo'lib, vaqti-vaqti bilan trikuspid qopqoq etishmovchiligi bilan bog'liq.
- Revmatik isitma. Davolanmagan streptokokning bu asorati trikuspid qopqog'iga va boshqa yurak klapanlariga zarar etkazishi mumkin, bu esa keyingi hayotda qopqoq etishmovchiligini keltirib chiqarishi mumkin.
- Yurak shilliq qavatining infeksiyasi (infeksion endokardit). Yurak shilliq qavatining infeksiyasi trikuspid qopqog'iga zarar etkazishi mumkin.
- Karsinoid sindromi. Bunday kamdan-kam hollarda ovqat hazm qilish tizimida rivojlanib, jigar yoki limfa tugunlariga tarqaladigan o'smalar yurak klapanlarini, ko'pincha trikuspid va o'pka klapanlarini shikastlashi mumkin bo'lgan gormonga o'xshash moddani ishlab chiqaradi.

- Ko'krak qafasining shikastlanishi (travma). Ko'krak qafasining shikastlanishi, masalan, avtohalokat, trikuspid qopqog'ining regürjitatsiyasiga olib keladigan shikastlanishga olib kelishi mumkin.
- Elektron yurak stimulyatori yoki yurak apparati simlari. Trikuspid qopqog'ining regürjitatsiyasi ba'zan trikuspid qopqog'ini kesib o'tuvchi yurak stimulyatori va defibrilator simlarini joylashtirish yoki olib tashlash paytida sodir bo'ladi.
- Yurak mushaklari (endomiokardial) biopsiyasi. Ushbu protsedurada yurak mushaklari to'qimalarining kichik miqdori chiqariladi va yallig'lanish yoki infektsiya belgilari uchun tekshiriladi. Ba'zida bu biopsiya paytida vana shikastlanishi mumkin.
- Radiatsiya terapiyasi. Ko'krak qafasiga nurlanish, masalan, saraton kasalligini davolash paytida, trikuspid qopqog'iga zarar etkazishi va trikuspid qopqog'ining regürjitatsiyasiga olib kelishi mumkin.

Trikupsial regürjitatsiya odatda asemptomatikdir, ammo ba'zi bemorlar bo'yin venoz bosimining oshishi tufayli bo'yin venoz pulsatsiyani qayd etadilar. Jiddiy TR belgilari periferik shish, charchoq, shishiradi, astsit va anoreksiyani o'z ichiga oladi. Bemorlarda atriyal fibrilatsiya yoki atriyal flutter belgilari ham rivojlanishi mumkin. O'rtacha va og'ir trikuspid etishmovchiligi belgilariga sezilarli darajada tekislangan cv to'lqini va Y ning keskin pasayishi bilan bo'yinbog' venalarining kengayishi kiradi; ba'zida jigar va periferik shishlarning ko'payishi kuzatiladi. Jiddiy TN bilan o'ng bo'yinbog' venasining titrashi, shuningdek, jigarning sistolik pulsatsiyasi va sternumning chap pastki chetida oshqozon osti bezining qisqarishi paypaslanadi. Auskultatsiyada I yurak tovushi (S1) normal yoki zaif bo'lishi mumkin, agar trikuspid etishmovchiligi shovqini bo'lsa. II yurak tovushi (S2) bo'linishi mumkin (o'pka gipertenziyasida baland ovozli o'pka komponenti [P2] bilan) yoki o'pka qopqog'ining tez yopilishi tufayli, P2 va aorta komponenti (A2) bilan bog'liq. RV sabab bo'lgan yurak etishmovchiligida RV III yurak tovushi (S3) sternum yaqinida eshutilishi mumkin.

Ko'pincha trikuspid etishmovchiligining shovqini eshitilmaydi. Bu sternumning chap o'rta yoki pastki chegarasiga yaxshi eshutiladigan holosistolik shovqin ekanligi aniq bo'lsa-da yoki bemor tik o'tirgan yoki tik turganida stetoskop epigastriumga qo'yilgan bo'lsa. Agar TN funktsional bo'lsa yoki o'pka gipertenziyasi tufayli bo'lsa, shovqin baland bo'lishi mumkin yoki TN og'ir bo'lsa va boshqa sabablarga ko'ra o'rta balandlikda bo'lishi mumkin. Agar shovqin bo'lmasa, tashxis eng yaxshi bo'yin venadagi puls to'lqinining tabiati va jigarning sistolik pulsatsiyasi bilan belgilanadi. Shovqin nafas olish bilan o'zgaradi, ilhom bilan kuchayadi (Karvallo simptomi). O'rtacha va og'ir TNda regurgitatsiyaning eng yuqori darajasi o'pka arteriyasi bosimini pasaytiradi. Ikki o'lchovli ekokardiyografiya birlamchi TNda tizimli o'zgarishlarni ko'rsatadi. RV sistolik disfunktsiyasini baholash qiyin va diagnostika ekokardiyografik tarzda aniqlanadigan trikuspid halqali sistolik harakat amplitudasi (TAPSE) < 16 mm yoki trikuspid halqali sistolik tezligi < 10 sm/sek. EKG ma'lumotlari odatda normaldir, ammo ilg'or holatlarda o'ng atriuning kengayishi, yuqori R to'lqinlari yoki V1 qo'rg'oshindagi QR kompleksi natijasida kelib chiqqan yuqori cho'qqili P to'lqinlarini ko'rsatadi, bu RV gipertrofiyasini, shuningdek atriyal fibrilatsiyani tavsiflaydi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi odatda normaldir, ammo RV gipertrofiyasi yoki o'ng qorincha yurak etishmovchiligining og'ir holatlarida kattalashgan yuqori vena kava, kengaygan o'ng atrium yoki RV konturi (lateral ko'rinishda yuqori sternum orqasida) yoki plevra efüzyonunu ko'rish mumkin. . Bunday holatda laboratoriya tekshiruvlari talab qilinmaydi, ammo agar ular og'ir TN bilan og'rikan bemorlarda o'tkazilsa, jigar disfunktsiyasi aniqlanishi mumkin. Yurak kateterizatsiyasi og'ir TNda o'pka arteriyasi bosimini aniq o'lchash va agar operatsiya rejalashtirilgan bo'lsa, koronar tomirlarning holatini baholash uchun ko'rsatiladi. Kateterizatsiya natijalari qorincha sistolasi paytida o'ng atriyal cv bosim egri chizig'ini o'z ichiga oladi.

Kuchli trikuspid etishmovchiligi, hatto ko'p yillar davomida bemor tomonidan yaxshi muhosaba qilingan bo'lsa ham, oxir-oqibat yomon prognozga ega. Chap kameralarning klapanlarining regurgitatsiyasida bo'lgani kabi, hajmning ortiqcha yuklanishi bilan qorinchaning qaytarilmas dekompensatsiyasi vaqt

o'tishi bilan rivojlanadi. Biroq, yurakning chap tomonidagi kameralarda mitral etishmovchilikdan farqli o'laroq, RV dekompensatsiyasining boshlanishini aniqlashning ishonchli usuli yo'q. Buni hisobga olgan holda, bemorlar odatda operatsiyaga kech yuboriladi. Jarrohlik bilan bog'liq jiddiy xavflar kontekstida umumiy natija qoniqarli emas. Trikuspid etishmovchiligi uchun aralashuv vaqti bemorning simptomlari va RV funksiyasiga bog'liq. Jiddiy trikuspid etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda, agar ular tibbiy davolanishga qaramay simptomatik bo'lsa yoki RVning o'rtacha, bosqichma-bosqich kengayishi yoki disfunktsiyasi bo'lsa, operatsiya qilinishi kerak. Jiddiy LV disfunktsiyasi yoki og'ir o'pka gipertenziyasi jarrohlik xavfini nomutanosib ravishda oshirishi mumkin. Ta'sirlangan chap yurakda jarrohlik amaliyoti paytida, halqasimon kengayishi > 40 mm bo'lgan o'rtacha yoki engil TR bo'lgan bemorlar og'ir TR rivojlanishini sekinlashtirish uchun trikuspid annuloplastikasidan o'tishi mumkin. Biroq, trikuspid annuloplastika doimiy yurak urish tezligiga ehtiyoj xavfini besh baravar oshiradi. Sof klinik foyda aniqlanmagan va bu muammoni o'rganadigan randomizatsiyalangan sinovdan uzoq muddatli kuzatuvni talab qiladi.

Valfni ta'mirlash yoki almashtirish TN birlamchi qopqoq lezyoni tufayli rivojlansa yoki annuloplastikani texnik jihatdan amalga oshirish mumkin bo'lmaganda ko'rsatiladi. Trikuspid qopqog'ini ta'mirlash odatda almashtirishdan afzalroqdir. Trikuspid qopqog'ini almashtirish TN karsinoid sindromi yoki Ebshteyn anomaliyasi tufayli yuzaga kelganda ko'rsatiladi. Past o'ng yurak bosimi bilan bog'liq tromboemboliya xavfini kamaytirish uchun biologik qopqoq ishlatiladi; o'ng yurakda, chapdan farqli o'laroq, biologik qopqoq > 10 yil davom etadi. Hozirgi vaqtda teri klapanlarini ta'mirlash tartibi takomillashtirilmoqda. Bu qondirilmagan ehtiyoj muammosini hal qiladi va og'ir trikuspid etishmovchiligida, teri osti yo'lini tiklash jarayonini ancha erta va kamroq xavf ostiga qo'yadi.

Ma'lumotnomalar:

1. Vahanian A, Iung B, Pierard L, Dion R, Pepper J. Valvular yurak kasalligi. In: Camm AJ, Luscher TF, Serruys PW, ed. ESC yurak-qon tomir tibbiyoti darsligi, 2-nashr. Malden/Oksford/Viktoriya: Blackwell Publishing Ltd; 2009: 625–670
2. Ubago JL, Figueroa A, Ochoteco A, Colman T, Duran RM, Duran CG. Funktsional trikuspid etishmovchiligini hosil qilish uchun zarur bo'lgan trikuspid qopqog'ining anular kengayishi miqdorini tahlil qilish. *Am J Cardiol* 1983;52:155.
3. Bex JP, Lecompte Y. Moslashuvchan chiziqli reduktor yordamida trikuspid qopqog'ini ta'mirlash. *J Card Surg* 1986;1:151.
4. Sagie A, Schwammenthal E, Padial LR, Vazquez de Prada JA, Weyman AE, Levine RA. Trikuspid qopqog'ining to'liq bo'lmagan yopilishida funktsional trikuspid regurjitatsiyasining aniqlovchilari: 109 bemorning doppler rangli oqimini o'rganish. *J Am Coll Cardiol* 1994; 24: 446-53