

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**DÖŞ QƏFƏSİNDƏ
AĞRININ
DIFFERENSİAL
DİAQNOSTİKASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2009

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
Kollegiyasının 3 fevral 2009-cu il tarixli
3 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**DÖŞ QƏFƏSİNDƏ AĞRININ
DİFFERENSİAL DİAQNOSTİKASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2009

54.1
D 83

D 83 Döş qəfəsində ağrının differensial diaqnostikası üzrə klinik protokol – 36 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə Tədbirlər proqramı əsasında tərtib və çap edilmişdir.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

F.Qasımova – Ə. Əliyev adına ADHTİ-nin I Daxili xəstəliklər kafedrasının dosenti, t.e.n.

F.Məmmədbəyov – ATU-nun Nevrologiya və tibbi genetika kafedrasının dosenti, t.e.n.

R.Qabulova – ATU-nun Daxili xəstəliklərin propedevtikası kafedrasının assistenti, t.e.n.

Ə.Abdullayev – Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasının pulmonologiya şöbəsinin müdiri, t.e.n.

Ü.Rəhimov – Mərkəzi Klinik Xəstəxananın kardiologiya şöbəsi, həkim-kardioloq

R.Məmmədov – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin yüksək texnologiyalı tibbi yardım şöbəsi, həkim

Rəyçi:

F.Quliyev – Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin I Daxili xəstəliklər kafedrasının müdiri, t.e.d, professor

İxtisarlardaın sıyahısı:

AATE	– ađ sıyər arterıyasının tromboembolıyası
ALA	– aortanın laylanan anevrızası
AT	– arterial təzyıq
AH	– arterial hipertoniya
DVT	– dərın venaların trombozu
EKQ	– elektrokardıoqrafiya
ExoKQ	– exokardıoqrafiya
KKS	– kəskin koronar sindrom
KT	– kompüter tomoqrafiya
KFK MB	– kreatinfosfokinazanın MB fraksiyası
QSS	– qeyri-sabit stenokardiya
RA	– risk amilləri
RKT	– randomizasiya olunmuş klinik tədqıqatlar
STQMİ	– ST seqment qalxması olan miokard infarktı
STQOMİ	– ST seqment qalxması olmayan miokard infarktı
USM	– ultrasəs müayinəsi
ÜİX	– ürəyin işemik xəstəliyi
ÜD	– ürək-damar

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqıqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqıqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematiik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqıqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqıqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqıqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqıqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqıqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud • Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

Protokol ilkin səhiyyə xidmətləri səviyyəsində çalışan təcili yardım həkimləri, terapevtlər, ailə həkimləri üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: döş qəfəsində ağrısı olan böyük yaşlı şəxslər.

Protokolun məqsədləri:

- ▶ Döş qəfəsində ağrı sindromunun mümkün səbəblərinin araşdırılması;
- ▶ Diaqnozun tez müəyyənləşdirilməsinin zəruriliyini həkimlərin nəzərinə çatdırmaqla arzuolunmaz nəticələrin qarşısının alınması;
- ▶ Tibb müəssisəsinə müraciət etmiş xəstələrə ilkin mərhələdə aparılacaq müayinə və ilk yardım sxeminin, müayinə və təxirəsalınmaz yardım taktikasının təklif olunması.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Döş qəfəsində ağrı sindromu gündəlik tibbi təcrübədə ən çox rast gəlinən hadisələrdəndir. Bu sindromun (xüsusən ürək nahiyəsində ağrının) differensial diaqnostikası müəyyən çətinliklərlə bağlı olsa da, xəstələrə vaxtında və adekvat ilk yardımın göstərilməsi, lazımi müayinə və müalicə taktikasının seçilməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Epidemiologiya

Döş qəfəsində ağrı, əsas şikayət kimi ambulator müraciətlərin demək olar ki, 1-2%-ində təsadüf olunur. Bu sindromun səbəbi əksər hallarda kardioloji patologiya ilə bağlı olmasa da, nəzərə alınmalıdır ki, ürək-damar xəstəlikləri inkişaf etmiş ölkələrdə ölümün əsas səbəbini təşkil edir⁵. Məhz buna görə də döş qəfəsində ağrının ciddi və ya qeyri-ciddi səbəbdən meydana çıxmasını araşdırmaq olduqca mühümdür, bunun üçün isə diaqnostik və proqnostik sualların aydınlaşdırılması zəruridir.

Döş qəfəsində ağrı sindromunun epidemiologiyası ambulator və təxirəsalınmaz yardım şəraitindən asılı olaraq fərqlidir.

Təxirəsalınmaz yardım şəbələrində döş qəfəsində ağrı ilə müraciət etmiş xəstələrin 50%-ində miokard infarktı (MI), qeyri-sabit stenokardiya, ağ ciyər arteriyasının tromboemboliyası (AATE) və ürək çatışmazlığı kimi kardioloji vəziyyətlər aşkar edilir. Lakin ambulator şəraitdə bu şikayətlə müraciət etmiş xəstələrdə əksər hallarda əzələ-sümük patologiyaları, mədə-bağırsaq xəstəlikləri, gərginlik stenokardiyası, panik pozulmalar və ya digər psixiatrik vəziyyətlər, ağ ciyər xəstəlikləri aşkar edilir⁵.

Təsnifat

Döş qəfəsində ağrı aşağıdakı patologiyalar zamanı meydana çıxıbilər⁴:

A. İntratorakal patologiyalar

1. Ürək mənşəli

- ✓ Ürəyin işemik xəstəliyi (anginoz tutma)
- ✓ Ürəyin qapaq xəstəlikləri
- ✓ Miokardın xəstəlikləri (hipertrofik kardiomiopatiya, sağ mədəciyin təzyiqlə yüklənməsi)
- ✓ Perikardit
- ✓ Miokardit

2. Damar mənşəli

- ✓ Aortanın laylanması, aorta anevrizması, aorta koarktasiyası
- ✓ Ağciyər hipertenziyası və ağciyər tromboemboiyası

3. Ağciyər-bronx mənşəli

- ✓ Traxeobronxit
- ✓ Pnevmoniya
- ✓ Plevrit
- ✓ Pnevmotoraks
- ✓ Şiş xəstəlikləri

4. Divararalığı xəstəlikləri

- ✓ Mediastenit, mediastenal emfizema
- ✓ Ezofageal spazm
- ✓ Reflüks ezofagit
- ✓ Diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı

B. Ekstratorakal patologiyalar

- ✓ Döş qəfəsi divarının patologiyaları
- ✓ Onurğa sütunu patologiyaları
- ✓ Herpes Zoster
- ✓ Döş qəfəsi divarı törəmələri
- ✓ Süd vəzisi xəstəlikləri

C. Subdiafraqmal orqanların patologiyaları

- ✓ Mədə xorası
- ✓ Xolesistit
- ✓ Pankreatit

D. Funksional və ya psixogen səbəblər

- ✓ Panik pozulmalar, depressiya, hiperventilyasiya
- ✓ Mitral qapaq prolapsı sindromu

DİAQNOSTİKA

Anamnez

Ağrının başlanğıcı və inkişafı haqqında təfəsilatlı məlumatın toplanması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bu zaman ağrının lokalizasiyası, xarakteri, davamətmə müddəti, irradiyasiyası, ağrını meydana çıxaran, ağırlaşdıran və yüngülləşdirən amillərə, onu müşayiət edən əlamətlərə (bayılma – Mİ, AATE, aortanın laylanan anevrizması); tənəffüs aktı ilə əlaqəsi (nəfəsalma zamanı ağrının artması – plevrit, perikardit, pnevmotoraks, əzələ, sümük-oynaq xəstəlikləri), tənəffüs, öskürək, boğulma, qanhayxırma (ürək, ağ ciyər patologiyası), ürəkbulanma, qusma, disfagiya, requrgitasiya (mədə-bağırsağ patologiyası), həyəcan, tərləmə, hiperventilyasiya, zəiflik (psixi patologiya) və s.) xüsusi diqqət verilməlidir.

Xəstənin vəziyyətinin proqnostik cəhətdən qiymətləndirilməsində ağrıların işemik və qeyri-ışemik xarakterinin müəyyənləşdirməsinin mühüm əhəmiyyəti vardır.

Keçirilmiş və hazırda mövcud olan xəstəliklər (arterial hipertenziya (AH), Marfan sindromu, anemiya, sistem qırmızı qurd eşənəyi və s.) haqda məlumat toplanılmalıdır.

Residivləşən və ya davamlı ağrı sindromu zamanı provokasiyaedici amillər (məs. bədənin düzgün olmayan vəziyyəti ilə əlaqədar olması və s.) aşkar edilməlidir. Ağrının əmələ gəlməsinin şəraitini aydınlaşdırmaq lazımdır. Bu, travmalar, uzun müddətli antifizioloji vəziyyət, xüsusən xəstənin professional fəaliyyəti ilə əlaqədar meydana çıxan vəziyyətlər (ağırliq qaldırması, uzun müddət avtomobil idarə etmə və s.), o cümlədən uzun müddətli, adət edilməmiş fiziki gərginlik, ağır yükün daşınması, kəskin hərəkətlər, ümumi və yerli soyuqlama ola bilər. Trigger nöqtələrinin blokadaları, qeyri-steroid iltihab əleyhinə maddələrin qəbulunun effekti nəzərə alınmalıdır.

Ağrının əmələ gəlməsində psixi amillərin (keçirilmiş emosional stresslər, panika, həyəcan, qorxu hissi, apatiya) rolu nəzərə alınmalıdır. Yaş və cins kimi amillərin nəzərə alınması mühüm əhəmiyyət kəsb edir (kürək nahiyəsində ağrıların qadınlarda

osteoporoz mənşəli, kişilərdə onkoloji xəstəliklər nəticəsində meydana gəlməsi mümkündür).

Fizikal müayinələr:

- ▶ Xəstənin emosional vəziyyəti nəzərə alınmalıdır.
- ▶ Vizual müayinə zamanı döş qəfəsi, onurğa sütunu və süd vəziləri nəzərdən keçirilir; aterosklerozun xarici əlamətlərinin olub-olmaması (ksantomalar, ksantelazmalar, buynuz qişada senil həlqə, arteriyaların sərtləşməsi və qalınlaşması), herpetik səpgilərin olması və s., aşağı ətraflarda venaların varikoz genişlənmələrinin olub-olmaması müəyyənləşdirilir.
- ▶ Nəbz bud və mil arteriyalarında, arterial təzyiq (AT) aşağı və yuxarı ətraflarda təyin olunur.
- ▶ Bədən hərarəti ölçülür.
- ▶ Döş qəfəsinin palpasiyası (ağrılı (trigger) nöqtələrin, qabırğa sınıqlarının, onurğa xəstəliklərinin təyini) və perkussiyası aparılır.
- ▶ Ürəyin və döş qəfəsinin auskultasiyası (ürək tonlarının dəyişməsi, əlavə ürək tonları, küylərin – əlavə tənəffüs küylərinin, məs. plevranın sürtünmə küyünün – aşkar olunması) aparılır.
- ▶ Döş qəfəsinin, yuxarı ətrafların palpasiyası: əzələlərdə zəiflik, atrofiyalar, gərginlik, hissiyyatın pozulması, lokal ağrılılığın olması qiymətləndirilir.

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ Instrumental müayinə üsulları (elektrokardiografiya, döş qəfəsi və mədə-bağırsaq sisteminin rentgenoqrafiyası, exokardiografiya, qastroezofaqoskopiya, kompüter tomoqrafiya və s.), laborator müayinə üsulları (qanın ümumi analizi, troponinlər, kreatinfosfokinazanın MB fraksiyası, d-Dimer (AATE diaqnostikasında istifadə olunur), qanın qaz tərkibinin təyini, spiroqrafiya və s.) diaqnozun dəqiqləşdirilməsində mühüm, bəzən isə həlledici rol oynayır.
- ▶ Anamnez və fizikal müayinələrin nəticələrinə əsasən döş qəfəsində ağrının həyat üçün təhlükəli səbəbi aşkar olunmadıqda belə, əksər yaşlı şəxslərə ən azı EKQ və döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası müayinələri aparılmalıdır.

MÜXTƏLİF PATOLOGİYALARDA MEYDANA ÇIXAN AĞRI SİNDROMUNUN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Ürək-damar xəstəlikləri

Gərginlik stenokardiyası

Tipik anginoz tutmanın 4 əsas xüsusiyyəti mövcuddur:

1. Lokalizasiya və irradiasiyası:
 - ✓ Anginoz tutma tipik olaraq döş sümüyü arxasında meydana çıxır (nəzərə alınmalıdır ki, həmin nahiyədə ağrının olmaması işemiyani inkar etmir)
 - ✓ Hər iki qola (ən çox sol qola), boyuna və alt çənəyə, bəzən də kürəyə yayıla bilər
 - ✓ Bəzən ağrılar irradiasiya nahiyəsində meydana çıxır
 - ✓ Tipik anginoz tutma lokal bir təzyiqli şəkildə və ya geniş bir sahədə də təzahür edə bilər.
2. Fiziki gərginliklə əlaqəsi:
 - ✓ Xəstələrin əksəriyyətində ağrılar fiziki gərginliklə başlayır, istirahətlə və nitroqliserin qəbulu ilə keçir. Adətən, eyni gərginlik zamanı meydana çıxır, lakin soyuq havada və yeməkdən sonra daha az fiziki gərginliklə yaranır
 - ✓ Emosional gərginlik anginoz tutmanı ən çox provokasiya edən faktordur.
3. Xarakteri:
 - ✓ Anginoz ağrı, adətən kəskin ağrı olmayıb, sıxılma, təzyiqli, yanma, göynəmə, ağırlıq, boğazda sıxılma hissi kimi təsvir olunur
 - ✓ Bütün ürək mənşəli ağrılar kimi səthi deyil.
4. Müddəti:
 - ✓ Fiziki gərginlikdən meydana gələn ağrı 1-3 dəqiqə, bəzən 10 dəqiqəyə qədər davam edə bilər (onun 20-30 dəqiqədən artıq davam etməsi kəskin koronar sindrom diaqnozunun qoyulmasına əsas verir)
 - ✓ Emosional gərginlikdən sonra ağrılar daha uzun müddət davam edə bilər

Ağrının – 1) döş sümüyünün arxasında olması; 2) gərginliklə əlaqəsi; 3) sakitlik və ya nitroqliserinlə keçməsi, onun tipik anginal (hər 3 xüsusiyyəti varsa), atipik (yalnız 2 xüsusiyyəti varsa) anginal və ya qeyri-anginal (yalnız 1 xüsusiyyət varsa) olmasını müəyyənləşdirməyə yardım edir⁵.

Döş qəfəsində anginal ağrılar bütün yaş qruplarında ÜİX üçün yuxarı risk təşkil edir. Atipik ağrılar 50 yaşdan yuxarı qadınlar və bütün kişilərdə ÜİX üçün orta risk təşkil edir. Qeyri-anginal ağrılar 60 yaşdan yuxarı qadınlar və 40 yaşdan yuxarı kişilərdə ÜİX üçün orta dərəcəli risk təşkil edir.

Aşağı risk səviyyəsi olan xəstələrin ailələrində və anamnezlərində ÜİX ehtimalını artıran digər risk amilləri yoxdursa, sonrakı sınaqların aparılmasına ehtiyac yoxdur. Orta risk səviyyəsi olan xəstələrdə elektrokardiografik dəyişikliklər stress EKQ vasitəsilə aşkar oluna bilər (əgər xəstə fiziki sınağı həyata keçirə bilirsə, sol Hiss dəstəsinin blokadası və sakitlik EKQ-də nəzərəcarpacaq ST depressiyası yoxdursa). Sakitlik EKQ-də dəyişiklik olan xəstələrdə perfuzion ssintiqrafiya stress EKQ ilə bərabər aparılır, əgər xəstə fiziki yük sınağı aparmaq iqtidarında deyilsə, farmakoloji sınaqlar vasitəsilə qiymətləndirilir. ÜİX-nin risk səviyyəsi yüksək olan, başqa testləri qeyri-informativ olmuş və revaskulyarizasiyanın nəticələri faydalı ola biləcək xəstələr birbaşa angiografiyaya göndərməlidir.

Kəskin koronar sindrom

Qeyri-sabit stenokardiya (QSS), ST segment qalxması olan miokard infarktı (STQMİ), ST segment qalxması olmayan miokard infarktı (STQOMİ) zamanı ağrının aşağıdakı xüsusiyyətləri vardır:

- ▶ Tipik halda *Status anginosus* müşahidə olunur – anginoz ağrı nisbətən daha intensiv, uzunmüddətlidir.
- ▶ Fiziki gərginliklə əlaqədar olmaya bilər.
- ▶ Mİ diaqnozu ehtimalını artıran əlamətlər⁵:
 - anginoz ağrının hər iki qola irradiasiya etməsi,
 - təzyiqedici xarakterli olması,
 - hipotenziya,
 - profuz tərləmə,
 - auskultasiyada S₃ çapma ritmi.

- ▶ Anginoz ağrı həmçinin halsızlıq, təngnəfəslik və ölüm qorxusu ilə müşayiət oluna bilər.
- ▶ Ürək-damar (ÜD) risk amillərinin (kişi cinsi, 60 yaşdan yuxarı yaş, diabet, hiperlipidemiya) mövcudluğu, anamnezdə ÜİX və ürək çatışmazlığının olması, hətta qeyri-işemik xarakterli ağrısı olan xəstələrin nəzərdə saxlanılmasına əsas verir (belə ki, belə xəstələrin 3%-ə qədərində ağrının meydana çıxmasından 30 gün ərzində Mİ və ya ölüm baş verir).

Nəzərə alınmalıdır ki, bəzi hallarda xəstəlik atipik klinika ilə təzahür edir:

- döş qəfəsində ağrı plevral tipli olur,
- lokalizasiyası bəzən epiqastral nahiyədə olur (*status gastralgicus*)
- ürəkbulanma, qusma ilə müşayiət olunur,
- təngnəfəslik və boğulma (*status asthmaticus*),
- ağır ritm pozulmaları, bayılmalar meydana çıxır.

Atipik şikayətlər daha cavan (25-40 yaş), daha yaşlı (>75 yaş) xəstələrdə, qadınlarda, şəkərli diabet, xronik böyrək çatışmazlığı və demensiyalı xəstələrdə müşahidə olunur.

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ EKQ ilk tibbi təmasda 10 dəqiqə ərzində çəkilməlidir
 - ST segmentinin qalxması və ya Hiss dəstəsi sol ayaqcığının yeni əmələ gəlmiş blokadası STQMİ diaqnozunu təsdiq edir
 - anginoz tutma fonunda ST segmentinin horizontal depressiyası STQOMİ diaqnozunu təsdiqləyir
 - Q dişciyi, yeni meydana çıxmış T-dişciyinin dərin simmetrik inversiyası Mİ ehtimalını həmçinin artırır
 - Sağ mədəcik Mİ-yə şübhə olduqda (aşağı divarın Mİ olan xəstələrdə hipotenziya, ağciyərlər üzərində patoloji tənəffüsün olmaması və vidaci venada təzyiqin artması) EKQ sağ döş aparmalarında çəkilir
 - Normal və ya şübhəli EKQ olduğu hallarda, EKQ qeydləri təkrar alınmalıdır və əvvəlkilərlə müqayisə edilməlidir.
 - ExoKQ ilə sağ mədəcik infarktı diaqnozu təsdiqlənə bilər.

Qeyd etmək lazımdır ki, normal EKQ KKS olmadığını istisna etmir. Bir sıra tədqiqatlarda təcili yardım şöbəsində normal EKQ ilə evə yazılan xəstələrin 5%-də son nəticədə kəskin Mİ və ya QSS aşkar olunmuşdur.

- ▶ Miokardial zədələnmənin ən geniş yayılmış markerləri KFK MB izoenzimi, troponin T və İ -dir.

KFK MB səviyyəsi təcili tibbi yardım üçün müraciətin 9 saati ərzində 6,0 ng/ml (6,0 mkg/l) olarsa, sonrakı 30 gün ərzində Mİ və ölüm ehtimalının mötədil artmasına səbəb olur. Müraciətdən ən azı 8 saat sonra troponin T (2 ng/ml), 6 saat sonra troponin İ (1 ng/ml) səviyyələrinin artması Mİ və kəskin koronar sindrom diaqnozunu təsdiq edir və 30 gün ərzində Mİ residivi və ölüm ehtimalını artırır (A)⁵.

Döş qəfəsində ağrı tutmasından sonra 6-72 saat ərzində troponinlərin normal səviyyədə qalması, xüsusən əgər EKQ normal və ya normaya yaxın olarsa, Mİ və KKS əleyhinə ciddi sübutdur. Döş qəfəsində ağrı ilə müraciət etmiş, ÜD xəstəlikləri risk səviyyəsi aşağı, normal və ya normaya yaxın, EKQ müayinəsi, troponin səviyyəsi normal olan şəxslər ambulator xəstələr kimi qiymətləndirilə bilər.

İlk yardım:

STQOMİ və QSS-li xəstələrdə uzaq dövr ölüm göstəriciləri STQMİ-dən daha yüksək olduğu üçün EKQ-də ST segmentinin qalxması olmayan KKS-li xəstələrin diaqnozunun vaxtında qoyulub kardioreanimasiya şöbələrinə göndərilməsi həyati əhəmiyyət kəsb edir.

İlk növbədə görülməli tədbirlər:

- ▶ Ağrı, təngnəfəslik və həyəcanın aradan götürülməsi
 - İntravenoz opioidlər (məsələn, 4-8 mq morfin) 2 mq-lıq əlavə dozalar, 5 dəqiqəlik intervalla verilə bilər.
 - Əgər təngnəfəslik və ya ürək çatışmazlığı olarsa, oksigen (2-4 l/dəq) verilməlidir.
 - Əgər opioidlər ağrının götürülməsinə kifayət etməzsə, vena daxilinə beta-blokatorların və ya nitratların yeridilməsi barədə düşünülməlidir.
 - Xəstəyə 250 mq enterik örtüyü olmayan Aspirin çeynədilməlidir (A)⁸.
 - Trankvilizatorlar təyin edilə bilər.
- ▶ İlk dozada heparin vena daxilinə yeridildikdən sonra xəstə kardioloji reanimasiya şöbəsinə köçürülməlidir.

Perikardit

Kəskin və xronik xəstəlikləri (vərəm, revmatizm, sepsis, kollagenozlar, xronik böyrək çatışmazlığı, pnevmoniya, kəskin allergik reaksiyalar, Mİ-nin ağırlaşması hallarında xəstəliyin 2-3-cü günü və ya Dressler sindromunun təzahürü kimi bir neçə həftə sonra) müşayiət edir.

- ▶ Ağrı zirvə vurğusu nahiyəsində, bəzən döş sümüyü arxasında, bütün prekordial nahiyədə lokalizasiya edir. Bəzən epiqastral, qabırğaaltı nahiyədə meydana çıxır
- ▶ Batıcı, kəskin, bəzən küt, sızıldayan xarakterlidir
- ▶ Döş qəfəsinin sağ yarısına yayılır, sağ çiyinə irradiasiya edir, sol qola, çiyinə, kürəyə irradiasiya səciyyəvi deyil
- ▶ Nəfəs alma, udma və arxası üstə uzanmaqla şiddəti artır, oturub önə əyilməklə azalır və ya itir
- ▶ Perikard tamponadasında ağrı zirvədə, bəzən retrosternal sahədə təzyiq hissi, küt ağrılar ya da sıxıcı xarakterdə olub, bəzən anginoz tutmanı xatırlada bilər

Fizikal müayinə:

- ▶ xəstənin tənəffüsü səthidir
- ▶ vəziyyəti məcburidir (önə əyilmiş)
- ▶ tənəffəslik, hərəkətin yüksəlməsi
- ▶ auskultasiyada ürək tsiklinin müxtəlif fazalarında (sistola və ya diastolada) perikardın sürtünmə küyü eşidilir, bəzən ikili küy ola bilər. Küy lokaldır, pis ötürülür, dəyişkəndir, döş qəfəsinə stetoskopla təzyiq etdikdə güclənir

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ EKQ zamanı kəskin dövrdə ST intervalının elevasiyası, T dişinin 1-2 gün ərzində inversiyası Mİ-ni xatırladır. Lakin bu zaman ST segmentinin elevasiyası yuxarı qabarmış, konkordant, 3-4 mm-ə qədər və əsasən standart aparmalarda olur, Q dişi olmur, T dişinin inversiyası 5 mm-ə qədər olur. Ekssudativ perikarditdə dişiciklərin voltajının azalması, bəzən mənfi T dişləri müşahidə edilir.
- ▶ Döş qəfəsinin rentgenoloji müayinəsi zamanı ekssudativ perikarditdə ürək ölçülərinin böyüməsi, ürək konturlarında ürəyin pulsasiyasının itməsi, perikardın kirəcləşmə əlamətləri
- ▶ ExoKQ perikard boşluğunda mayenin olmasını aşkar edir

- ▶ Laborator diaqnostikada leykositoz, EÇS artması

Aortanın laylanan anevrizmi

Klinik təzahürlərinin rəngarəngliyi diaqnostik səhvlərə səbəb ola bilər. Bu patologiya zamanı diaqnozun vaxtında qoyulmaması fatal nəticələrə gətirib çıxara bilər. Anamnezdə arterial hipertoniya, Marfan sindromu, aorta qapağının anadangəlmə qüsurlarının (ikitaylı aqpara qapaq) olması risk amillərinə aiddir.

Ağrının xüsusiyyətləri:

- ▶ Döş sümüyünün arxasında, kürək nahiyəsində lokalizasiya edir
- ▶ Aortanın gedişi boyunca irradiasiya edir, bəzən boyuna, çənəyə, döş qəfəsinin hər iki tərəfinə yayıla bilər
- ▶ Qəfildən meydana çıxır, çox şiddətlidir, cırılma xarakterlidir
- ▶ Aşağı ətraflarda halsızlıq hissi ilə müşayiət olunur

Fizikal müayinə:

- ▶ xəstənin ümumi vəziyyəti ağırdır,
- ▶ aşağı və yuxarı ətraflar və ya hər iki yuxarı ətraflarda AT nəzərəçarpacaq dərəcədə fərqlidir, bəzən təzyiqləri ölçmək mümkün olmur
- ▶ perkussiyada damar dəstəsinin genişlənməsi, auskultasiyada aorta üzərində və Botkin-Erb nöqtəsində kobud küy aşkar olunur
- ▶ hemoperikard və hemotoraksla müşayiət olunarsa, səciyyəvi əlamətlər aşkar olunur (məs, perkussiyada ürək kütlüyü sərhədlərinin genişlənməsi, ürək tonlarının kəskinləşməsi, yuxarı boş venanın sıxılması sindromu (sifətin sianozu, vidaci venaların şişməsi)). Bu halda simptomlar sürətlə inkişaf edir və həyat üçün xüsusi təhlükə törədir

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ Döş qəfəsinin rentgenoloji müayinəsi əksərən aorta kölgəliyinin genişlənməsini, kirəcləşmə sahələri varsa, kalsifikasiya olunmuş intimanın damarın xarici konturundan 1 sm-dən artıq aralanmasını, yan proyeksiyada iki mənfəzi aşkar etməyə imkan verir
- ▶ Transezofageal ExoKQ aortanın laylanmasının diaqnostikasında “qızıl standart” hesab olunur

- ▶ KT, MRT
- ▶ Qanın ümumi analizi zamanı kəskin meydana çıxan anemiya aşkar olunur

İlk yardım:

Sistolik AT endirilməlidir (100-120 mm Hg qədər), nifedipin, nitroqliserin, nitroprussid, beta-blokatorlar və analgetiklər təyin olunur.

Qalxan aortanın laylanması təxirəsalınmaz cərrahi əməliyyat tələb edir. Trombolitiklər əks-göstərişdir.

Miokardit

Müxtəlif virus infeksiyaları, kollagenozlar, allergik vəziyyətlər, revmatizm, şüalanma, bəzi dərman preparatlarının (sitostatiklər, fenotiazin törəmələri) qəbulunu və s. müşayiət edə bilər. Kəskin miokardit infeksiyon prosesin təzahürlərindən biri, və ya yeganə təzahürü ola bilər.

Ağrının xüsusiyyətləri:

- ▶ Ağrı prekordial nahiyədə lokalizasiya edir
- ▶ Təzyiqedici, sızıldayıcı xarakterlidir
- ▶ Fiziki gərginliklə bilavasitə əlaqəsi yoxdur və nitroqliserinlə deyil, qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlarla keçir
- ▶ Tez yorulma, aritmiya, taxikardiya ilə müşayiət olunur

Fizikal müayinə:

- ▶ Obyektiv müayinənin nəticələri qeyri-spesifikdir (taxikardiya, perikardın sürtünmə küyü, ağır hallarda sağ və sol mədəcik çatışmazlığı əlamətləri aşkar olunur – ödemlər, boyun venalarının şişməsi, “çapma ritmi” və s.)

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ EKQ-də ST elevasiyası, T inversiyası, keçiricilik pozulmaları, mədəcik aritmiyaları, bəzi hallarda EKQ normal ola bilər
- ▶ Rentgenoqrafiya zamanı ağır hallarda ürək və damar kölgəliyi genişlənməmişdir
- ▶ ExoKQ: sol mədəciyin dilatasiyası, yığılma funksiyasının pozulması, ağır hallarda dilatasion kardiomiopatiya əlamətləri

- ▶ Ürəyin radioizotop müayinəsi (^{111}In ilə nişanlanmış antimiozin və $^{99\text{m}}\text{Tc}$ pirofosfat ilə) miokardit diaqnozunu həтта bir neçə ay sonra təsdiqləyir
 - ▶ Laborator müayinələr: kəskin mərhələdə kardiospesifik fermentlərin aktivliyi yüksəlmişdir
 - ▶ Qanın və digər bioloji mayələrin mikrobioloji müayinəsi
- Ağır gedişli miokarditlər zamanı (ürək çatışmazlığı əlamətləri, ağır mədəcək artitmiyaları riski) təxirəsalınmaz hospitalizasiya göstərişdir.

Ağ ciyər arteriyasının tromboemبولiyası (AATE)

Bu xəstələrin 80-90%-də AATE və aşağı ətrafların dərin venalarının trombozuna (DVT) meyillilik yaradan bir və ya bir neçə risk amilini (RA) aşkar etmək olur. RA aşkar olunması klinisistə diaqnozun qoyulmasında yardım edə bilər: xəstənin immobilizasiyası – yataq rejimi, ürək çatışmazlığı, çanaq orqanlarında, qarın boşluğu orqanlarında, aşağı ətraflarda cərrahi əməliyyat (bu zaman artıq çəki və yuxarı yaş riski artırır), aşağı ətraf sınıqları və oynaqlarının iltihabı xəstəlikləri, venaların varikoz genəlmələri, qarın boşluğu və kiçik çanaq orqanlarının bəd xassəli şişləri metastazlaşma dövründə, piylənmə, hamiləlik, erkən doğuşdan sonrakı dövr, əvvəllər obyektiv olaraq diaqnozu qoyulmuş DVT və ya keçirilmiş AATE, həmçinin kiçik risk amilləri (hava səyahətləri, hormonal kontrasepsiya), trombofiliyalar.

Klinika xəstənin ilkin vəziyyəti və tromboemبولiyanın həcmindən asılı olaraq müxtəlif ola bilər: massiv, xüsusən ağ ciyər kötüyü şaxələnməsi nahiyəsində baş verən tromboemبولiyalar ağır, ildırımsürətli gedişə malikdir – tez bir zamanda şok, kəskin ağ ciyər-ürək çatışmazlığı və ölümlə nəticələnir.

Kəskin gedişdə qəfildən döş sümüyü arxasında meydana çıxan “xəncər” ağrısı, kəskin tənənfəslik, ölüm qorxusu, huşun itməsi, AT enməsi, sianoz (çuqun rəngi), boyun venalarının şişməsi aşkar olunur.

Kiçik və orta şaxələrin təkrar tromboemبولiyalarında klinikada **ağrı** üstünlük təşkil edir:

- ✓ döş sümüyünün arxasında, parasternal nahiyədə lokalizasiya edir, psevdokoronar xarakterli ola bilər
- ✓ kəskin meydana çıxır
- ✓ ağ ciyər infarktı və plevranın zədələnməsi nəticəsində nəfəsalma aktı ilə əlaqədar olur
- ✓ tənqəfəslik, öskürək, qanhayxırma ilə müşayiət olunur

Fizikal müayinə zamanı taxikardiya, taxipnoe, sianoz (bəzən kül rəngdə avazıma), AT-nin enməsi, kollaps

- ▶ Ağ ciyər arteriyası üzərində II tonun aksenti, sistolik küy
- ▶ Ağ ciyər infarktı inkişaf etdikdə ağ ciyərlər üzərində səs titrəməsi və bronxofoniya güclənmiş, perkutor səsin kütləşməsi, bronxial tənəffüs fonunda xırda kalibrli yaş xırıltılar, infarkt nahiyəsində plevra zədələndikdə plevranın sürtünmə küyü
- ▶ Qara ciyərin böyüməsi

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ EKQ – standart aparmalarda SI-QIII, mənfi T sağ döş aparmalarında, III və aVF aparmalarında, Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası
- ▶ ExoKQ ağ ciyər arteriyasında təzyiqin yüksəlməsini göstərir
- ▶ Arterial qanda PaO₂ azalmış, Pa CO₂ artmışdır
- ▶ Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası: ağ ciyər infarktında subplevral yerləşmiş pəzşəkilli kölgəlik aşkar olunur
- ▶ Aşağı ətraf damarlarının ultrasəs dopplerografiyası
- ▶ Qanda d-Dimerin (fibrinolizin laborator göstəricisi) səviyyəsinin təyini (onun normal göstəricisi DVT-ni inkar edir)
- ▶ Spiral kompüter tomoqrafiyası mərkəzi və seqmentar trombları aşkar etməyə imkan verir .
- ▶ Ağ ciyərlərin ventilyasion-perfuzion ssintiografiyası yüksək informativliyə malikdir, ilk 24 saat ərzində aparılır
- ▶ İmpedans pletizmoqrafiya (dopplerografiya mümkün olmadıqda aparılır)
- ▶ “Qızıl standart” rentgenkontrast KT müayinə üsulları (fleboqrafiya, angiopulmonoqrafiya)

Ağ ciyər emboliyasının diaqnostikasında sadələşdirilmiş *Wells* şkalası istifadə olunur ki, bu da xəstələrdə aşağı, orta və ya yüksək

AATE ehtimalının müəyyənləşdirilməsində etibarlı üsul hesab olunur (A)⁶ (Cədvəl 1).

**Cədvəl 1. Ağ ciyər emboliyasının klinik diaqnostikasında
WELLS modeli**

Klinik əlamətlər*		Ballar
DVT klinik simptomları və əlamətləri (aşağı ətraflarda obyektiv təyin edilmiş şişkinlik və ya dərin venaların palpasiyası zamanı ağrı)		3.0
AATE ehtimalı alternativ diaqnozdan daha çoxdur		3.0
ÜVS dəqiqədə 100 vurgudan artıqdır		1.5
İmmobilizasiya (yəni 3 ardıcıl gün ərzində yataq rejimi) və ya son 4 həftə ərzində cərrahiyyə əməliyyatı		1.5
Əvvəllər obyektiv olaraq diaqnozu qoyulmuş DVT və ya AATE		1.5
Qanhayxırma		1.0
Maliqnezasiya (xərçəngin cari, son 6 ayda və ya palliativ müalicəsi)		1.0
Balların cəmi	AATE riski	AATE ehtimalı (%)
<2 bal	Aşağı	1-28
2-6 bal	Mötədil	28 - 40
>6 bal	Yüksək	38 - 91
<i>*əlamətlər klinik əhəmiyyətinə əsasən sadalanır</i>		

Ağ ciyər və plevra xəstəlikləri

Quru plevrit

Plevra vərəqələrinin iltihabı bir sıra xəstəliklərin (ağ ciyər vərəmi, pnevmoniya, ağ ciyər infarktı, kollagenozlar, revmatizm, uremiya, qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri) səbəbi (ağırlaşması) kimi meydana çıxır. Bu zaman:

- ✓ ağrı bəzən çox intensiv olur
- ✓ döş qəfəsinin bir tərəfində lokalizasiya edir
- ✓ nəfəsalma, öskürmə, sağlam tərəfə əyilmə zamanı baş verir
- ✓ quru öskürəklə, subfebril bədən hərarəti, gecə tərləmələri, üşütmə, zəifliklə müşayiət olunur.

Diaqnostika:

- ▶ Güclü ağrılar xəstəni məcburi (zədələnmiş nahiyədə hərəkətsiz uzanmış) vəziyyət almağa vadar edir.
- ▶ Döş qəfəsinin uyğun tərəfində tənəffüs ekskursiyası azalmış, tənəffüs tezləşmiş və səthidir.
- ▶ Perkutor səs dəyişməmiş, auskultasiyada zəifləmiş tənəffüs, plevranın sürtünmə küyü (stetoskopla qabırğaarası nahiyəyə təzyiq etdikdə güclənir). Plevranın sürtünmə küyü palpasiya zamanı hiss olunur.

Pnevmotoraks (PT)

Plevra boşluğuna visseral plevradakı defektdən havanın keçməsi zamanı baş verə bilər. Gənc (20-40 yaşda) siqaretçəkən şəxslərdə və ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəlikləri olan pasiyentlərdə döş qəfəsində kəskin ağrı və tənəffüsəlik meydana çıxdıqda PT-dən şübhələnmək lazımdır. Birincili spontan (20-40 yaşda, arıq və hündür kişilərdə), ikincili (ağ ciyər xəstəlikləri: ağ ciyər vərəmi, absesi, sisti, stafilokokk destruksiyası fonunda meydana çıxan), travmatik, gərgin (hava bir istiqamətdə yalnız plevra boşluğuna daxil olur) PT ayırd olunur.

Xəstəlik adətən

- ✓ qəflətən, sürətlə inkişaf edir;
- ✓ əksər hallarda fiziki gərginlik, öskürək, kəskin nəfəsalma fonunda “xəncər” ağrısı, tənəffüsəlik, öskürək meydana çıxır;
- ✓ zədələnmiş nahiyədə çiyinə irradiasiya edir;

- ✓ simptomlar nəfəsalma və fiziki gərginlik zamanı artır;
- ✓ qorxu hissi, soyuq tərlə müşayiət olunur.

Fizikal müayinə:

- ▶ gərgin PT-də sianoz, taxikardiya, arterial hipotenziya
- ▶ dərialtı emfizema, travma əlamətləri (hematoma, sınımış qabırğanın krepitasiyası)
- ▶ döş qəfəsinin asimmetriyası, zədələnmiş tərəfin tənəffüsdə geri qalması
- ▶ perkutor olaraq zədələnmiş nahiyədə timpanik səs
- ▶ auskultasiyada tənəffüsün zəifləməsi

Rentgenoqrafiyada xarakter dəyişikliklər aşkar olunur.

İlk yardım:

Gərgin pnevmotoraks təxirəsalınmaz müalicə tələb edir. Çətinləşmiş tənəffüs olduqda istənilən iynə ilə (venanın punksiyası üçün kanyula) torakosentez aparıla bilər.

Pnevmoniya

Kəskin polietioloji xəstəlikdir, əksərən soyuqdəymədən sonra kəskin şəkildə başlayır.

- ✓ Ağrı zədələnmiş ağ ciyər tərəfdə lokalizasiya edir, tənəffüs aktı ilə əlaqədardır
- ✓ Üşütmə, yüksək hərarət, öskürəklə müşayiət edilir

Fizikal müayinə:

- ▶ Zədələnmiş ağ ciyərin tənəffüsdə geri qalması
- ▶ Zədələnmə üzərində səs titrəməsinin artması, perkutor səsin kütləşməsi, auskultasiyada bronxial tənəffüs fonunda krepitasiya, kiçik qovucuqlu yaş xırıltılar

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ İltihabi proses üçün səciyyəvi laborator göstəricilər (neytrofil leykositoz, EÇS və C-reaktiv zülalın artması);
- ▶ Rentgenoloji müayinədə iltihabi infiltrat əlamətləri

Qeyd edilməlidir ki, qızdırma, perkussiyada kütləşmənin tapılması pnevmoniyanın olması haqda fikir yürütməyə imkan verirsə də, bunların olmaması diaqnozu inkar etmir. Ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi və xronik bronxitin ən azı 4 kəskinləşməsi olan xəstələrdə döş qəfəsində ağrının bronxitin təkrari kəskinləşməsi və ya pnevmoniya ilə əlaqədar olması ehtimalının daha çox olmasına baxmayaraq, həmin xəstələrdə həmçinin ÜİX riski yüksək ola bilər.

İri miqyaslı tədqiqatın nəticələrinə əsasən hazırlanmış *Diehr* diaqnostik qaydasına görə (1984) yeddi klinik tapıntı pnevmoniyayı ehtimal etməyə imkan verir (A)⁷ (Cədvəl 2).

Cədvəl 2. Kəskin öskürəyi olan yaşlı insanlarda pnevmoniyanın diaqnostikası üçün *Diehr* qaydası

Əlamətlər	Ballar
Rinorreya	-2
Boğaz ağrısı	-1
Mialgiya	1
Gecə tərləmələri	1
Tənəffüs tezliyi 1 dəqiqədə 25-dən artıqdır	2
Bədən hərarəti 37,8 ⁰ C-dən çoxdur	2
<i>Balların cəmi</i>	<i>Pnevmoniya ehtimalı (%)</i>
-3	0,0
-2	0,7
-1	1,6
0	2,2
1	8,8
2	10,3
3	25,0
≥4	29,4

Pnevmomediastenum

Divararalığında havanın toplanması, burada yerləşən hər hansı havalı orqanın cırılması nəticəsində meydana çıxır: Valsava sınağı və normal tənəffüsün digər pozulmaları (qışqırma, funksional ağ ciyər sınaqları, doğuş, qusma, defekasiya, nəfəs alətlərində ifa etmək), tənəffüs yollarının obstruksiyası (bronxial astma, ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi, şişlər), dekompressiya (uçuşlar və s.), döş qəfəsi daxili təzyiqin xarici amillərin təsiri ilə yüksəlməsi (ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası, oksigenoterapiya, avtomobil travmaları), qida borusunun zədələnməsi (məs, fibroezafaqoqastroduodenoskopiyanın ağırlaşması kimi).

Ağrının xüsusiyyətləri:

- ✓ Döş sümüyü arxasında dözülməz ağrılar
- ✓ Tənəffüs aktı və bədənin vəziyyətinin dəyişməsi ilə əlaqədardır
- ✓ Kürəyə, çiyinə, qola irradiasiya edir
- ✓ Disfagiya, səsin dəyişməsi (nazal, “tın-tın” səs)
- ✓ Təngnəfəslə müşayiət olunur

Fizikal müayinə:

- ▶ Döş qəfəsinin yuxarı yarısında və boyunda dərialtı kreptasiya (dərialtı emfizema)
- ▶ Ürək nahiyəsində auskultasiyada ürəkdöyünmə ilə üst-üstə düşən xışıltı (Hamman simptomu)
- ▶ Hərəkətin yüksəlməsi

Rentgenoloji müayinədə yan proyeksiyada pnevmomediastenum.

İlk yardım:

Səbəb aradan qaldırılmalıdır. Dərialtı toxumaya keçmiş qazın bir neçə gün ərzində rezorbsiyası baş verir. ASV zamanı meydana çıxmış pnevmomediastenum nəticəsində gərgin PT əmələ gələ bilər ki, bu da təxirəsalınmaz yardım tələb edir.

Mədə-bağırsaq xəstəlikləri

Mədə-bağırsaq xəstəlikləri bəzən döş qəfəsində ağrıya səbəb ola bilər. Lakin anamnez toplanması və fizikal müayinə ciddi gastrointestinal xəstəliklərin inkar və ya təsdiq edilməsi üçün qeyri-dəqiq üsullardır, buna görə də ağrıya səbəb ola biləcək həyat üçün təhlükəli ÜD və ağ ciyər xəstəlikləri inkar olunmalıdır.

Mədə və on iki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi

Əksərən anamnezində sinir-psixi gərginlik, tütünçəkmə, qeyri-müntəzəm və qeyri-rasional qidalanma, alkoqol və tünd qəhvə qəbulu, irsi meyllilik olan nisbətən cavan yaşlı kişilərdə təsadüf olunur. Sorğu zamanı yanaşı gedən xəstəliklər, müxtəlif dərman preparatlarının (asetilsalisil turşusu, qlükokortikoid və s.) uzun müddət qəbulu faktı da nəzərə alınmalıdır. Xəstəliyin inkişafında və residivləşən gedişində *Helicobacter pylori* infeksiyasının da rolu isbat olunmuşdur.

Xora xəstəliyinin klinikasında **ağrı** əsas simptomdur.

- ✓ Ritmikdir, qida qəbulu ilə əlaqədardır (erkən, gecikmiş, acqarına və gecə ağrıları)
- ✓ Lokalizasiyası mədənin kardial şöbəsinin xorasında atipik olub, döş sümüyünün arxasında və ya ondan solda, kiçik əyriliyin xorasında – epiqastral nahiyədə, pilorik və duodenal xoralarda – epiqastaral nahiyədə orta xətdən sağda, postbulbar xoralarda – sağ kürəkaltı və kürəkərası nahiyədə
- ✓ Periodikdir (dövri xarakter daşıyır) – kəskinləşmə (bir neçə gündən 6-8 həftəyə qədər) və remissiya dövrləri (bir neçə aydan bir neçə ilə qədər) növbələşir:
- ✓ sutka ərzində dövrilik – ağrı günün ikinci yarısında güclənir,
- ✓ fəslə dövrilik – mövsümi xarakter daşıyır, payız-qış aylarında kəskinləşir
- ✓ Xarakteri və intensivliyi – küt, sızıldayan, yandırıcı, kəsici, sancı tutmaları şəklində, bəzən çox intensiv
- ✓ Ağrı sindromu ilə yanaşı qıcırma, gəyirmə, ürəkbulanma, turş möhtəviyyətlə qusma, iştahanın artması, bəzən azalması, sitofobiya, qəbizlik müşahidə edilir

Xora xəstəliyi bəzən atipik gedişə malik olub, ağırlaşmaların meydana çıxması ilə təzahür edə bilər. Təcili diaqnostika və tibbi müdaxilə tələb edən ağırlaşma xoranın perforasiyasıdır. Bu zaman ağrı çox intensiv (“xəncər” ağrısı) olub, qusma, bəzən kollapsla müşayiət oluna bilər.

Fizikal müayinə:

- ▶ Xəstənin məcburi vəziyyəti – önə əyilmiş, böyrü üstə uzanmış, əlləri ilə epigastral nahiyəni sıxır
- ▶ Palpasiyada epigastral nahiyədə lokal ağrı, mötədil gərginlik aşkar olunur
- ▶ Perforasiya zamanı qarının ön divarı əzələlərinin kəskin gərginliyi (“taxtavari” qarın), peritonun qıcıqlanma simptomunun meydana çıxması, qara ciyər kütlüyünün itməsi təyin olunur

Laborator-instrumental müayinə:

- ▶ Nəcisdə gizli qanın aşkar olunması
- ▶ Mədənin yuxarı şöbələrinin xoraları zamanı rentgenoloji üsul həmişə informativ olmur. Endoskopiya bu zaman daha informativ müayinə üsulu hesab olunur.

İlk yardım:

Mədə xorasının perforasiyasında xəstə dərhal cərrahi klinikaya çatdırılmalıdır.

Kəskin xolesistit

Kalkulyoz və qeyri-kalkulyoz xolesistitlər əksərən qadınlar arasında rast gəlinir, yaş artdıqca rast gəlmə tezliyi də artır. Bədən kütləsinin artması, yanaşı gedən xəstəliklər (ŞD, mədə xorası, dislipidemiya) meyllilik yaradan amillərdir.

Ağrının xüsusiyyətləri:

- ✓ Qarın nahiyəsində kəskin ağrılar əksərən sağ qabırğaaltı nahiyədə lokalizasiya edir. Ağrılar bəzən döş sümüyünün arxası və ya döş qəfəsinin sol yarısına irradiasiya edə bilər.
- ✓ Qida qəbulundan sonra (yağlı, qızarmış qida, alkoqol qəbulu) meydana gəlir
- ✓ Antasidlərin təsirindən keçmir, analgetiklər, spazmolitiklər effektivdir

- ✓ Ödlə (rahatlıq gətirməyən) qusma, hərarətin yüksəlməsi, bəzən sarılıqla müşayiət olunur

Fizikal müayinə:

- ▶ Ker, Ortner, Merfi, Müssi simptomları müsbətdir

Laborator-instrumental müayinə:

- ▶ Neytrofil leykositoz, EÇS artması
- ▶ Qanda QF, QQT, aminotransferazaların, ümumi bilirubinin səviyyəsinin yüksəlməsi
- ▶ USM diaqnozun müəyyənləşdirilməsində əhəmiyyətli rol oynayır
- ▶ Remissiya dövründə əks-göstərişlər olmadıqda duodenal zondlama və öd fraksiyalarının müayinəsi.

Kəskin pankreatit

Pankreasın quyruq hissəsinin zədələnməsi zamanı ağrı döş qəfəsinin sol yarısına irradiasiya edə bilər.

Ağrının aşağıdakı xüsusiyyətləri vardır:

- ✓ müxtəlif intensivlikli, kəskin, tutmaşəkili, bəzən getdikcə artan
- ✓ sol qabırğaaltı nahiyədə lokalizasiya edir
- ✓ sol qola, çiyinə, kürəyə irradiasiya edir, kəmərləyici ola bilər
- ✓ çoxlu miqdarda, yağlı, qızardılmış, ədviyyatlı qida, alkoqol qəbulu ilə əlaqədardır (40-60 dəq sonra baş verir; saatlarla, hətta günlərlə davam edir)
- ✓ önə doğru əyildikdə azalır
- ✓ gəyirmə, qıçqırma, ürəkbulanma, meteorizm, epigastral nahiyədə ağırlıq hissi, təkrari qusma, xronik gedişdə horrayabənzər, yağ parıltılı nəcis ifrazı ilə müşayiət olunur.
- ✓ anamnezdə öd yolları xəstəlikləri, alkoqol, bəzi dərman preparatlarının uzun müddət qəbulu

Fizikal müayinə:

- ▶ Hərarətin yüksəlməsi (37-38⁰C)
- ▶ Palpasiyada orqanın proyeksiyası nahiyəsində ağrı, müsbət frenikus-simptom

Laborator-instrumental müayinələr:

- ▶ Serum amilazası və lipazasının səviyyəsinin dəyişməsi
- ▶ Transabdominal USM-də və kontrast KT zamanı xəstəliyin gedişindən asılı olaraq səciyyəvi dəyişikliklər aşkar olunur.

İlk yardım:

Ağır gedişli kəskin pankreatit zamanı xəstə təcili intensiv terapiya şöbəsinə köçürülməlidir. Ağrıkəsici kimi narkotik vasitələrdən istifadə olunur.

Qida borusu xəstəlikləri

Qida borusu xəstəlikləri ilə əlaqədar meydana çıxan ağrı sindromunun xüsusiyyətləri:

- ✓ Döş sümüyünün arxasında, qida borusunun gedişi boyunca, bəzən tutmaşəkili
- ✓ Daimi, müxtəlif intensivlikli yanğı, dolma və ya təzyiq hissi (axalaziya zamanı), bəzən isə çox intensiv ("xəncər "ağrısı) olur (bu, diafraqma dəliyi yırtığının boğulması əlamətidir)
- ✓ Boyuna, bəzən çənəyə, kürək nahiyəsinə irradiasiya edir
- ✓ Reflüks-ezofagitdə antasidlərin qəbulundan keçir, ezofaqospazm zamanı nitroqliserin effektiv ola bilər
- ✓ Odinofagiya (kəskin ezofagitdə – əksərən soyuq, isti qidalar, xronik ezofagitdə – kobud, bərk qidalar)
- ✓ Qida qəbulu ilə əlaqəli (ezofageal spazmda, axalaziyada), uzandıqda, önə əyildikdə meydana çıxır (reflüks-ezofagitdə), disfagiya, qıçqırma, turş möhtəviyyətlə gəyirmə, qida borusu qusması, requrgitasiya ilə müşayiət olunur

Laborator-instrumental müayinə:

- ▶ Rentgenoloji müayinə: qida borusunun hərəkəti funksiyasının pozulması, konturlarının nahamar olması, eroziyalar nahiyəsində barium depolarının aşkar olunması, axalaziya zamanı barium horrasının qida borusunda uzun müddət ləngiməsi, distal şöbədə iyəbənzər daralma
- ▶ Ambulator pH-monitorlama, rentgenoloji müayinə, fibroezofaqoskopiya, bazal manometriya, təxribat sınaqları (*Bernstein* sınağı, xolinesteraza inhibitoru edrofonium ilə)

- Fiziki gərginlik sınaqlarının mənfi olması diaqnostik əhəmiyyət kəsb edir.

İlk yardım:

Qida borusunun spontan cırılması zamanı xəstə təcili cərrahi klinikaya çatdırılmalıdır.

Döş qəfəsi xəstəlikləri

Döş qəfəsində meydana çıxan döş qəfəsinin bilavasitə zədələnməsi ilə əlaqədar ağrıların səbəbini vertebrogen (onurğanın döş şöbəsinin distrofik zədələnmələri – spondilyoz, osteoxondroz; döş şöbəsi disklərinin yırtıqları) və qeyri-vertebrogen (mielit, Herpes Zoster, miofassial ağrı sindromu) olmaqla iki qrupa bölmək olar.

Vertebrogen ağrılar

Osteoxondroz, gənclik kifozu, hormonal spondilopatiya, vərəm spondiliti, qabırğa oynaqlarının artriti və artrozu, distrofik dəyişikliklər (spondilyoz), döş şöbəsi disklərinin yırtıqları əksərən xroniki gedişə malik olur. Bəzən travmalardan sonra kəskin və yarımkəskin gedişli ola bilər.

- ✓ Ağrı bu zaman kürək və döş nahiyəsində lokalizasiya olunur
- ✓ Hərəkətlər zamanı onurğa sütununda meydana çıxır
- ✓ Döş şöbəsi disklərinin orta lokalizasiyalı yırtıqları zamanı kəskin aşağı paraplegiya meydana çıxır
- ✓ Yan yırtıqlarda sinir kötöklərinin sıxılması ilə əlaqədar olaraq döş qəfəsində meydana çıxan ağrı stenokardiya, plevral ağrıları imitasiya edə bilər
- ✓ Kompresion-işemik mielo- və radikulopatiyalardan başqa əksərən qabırğaarası nevropatiyalar da meydana çıxır (spinal pozulmalarla müşayiət olunmur)

Diaqnostika

- Döş qəfəsinin yırtıqları zamanı R-qrafiya ya norma daxilindədir, ya da degenerativ dəyişikliklər aşkar olunur
- KT və MRT daha informativ üsuldür (diskin yırtığı və onurğa kanalının stenozu aşkar olunur)

Qeyri-vertebrogen ağrılar

Mielit onurğa beyninin iltihabı xəstəliyi olub kəskin başlayır, ağrı bəldə lokalizasiya edir, ifliclər və hissiyyatın itməsi inkişaf edir.

Diaqnostikasında informativ üsul kimi MRT istifadə olunur.

Herpes Zoster (kəmərləyici dəmrov)

İstənilən yaşda rast gəlinə bilər, lakin yaş artdıqca meydana çıxma ehtimalı artır. Xəstəliyin aşkar klinik təzahürlərinin əmələ gəlməsindən bir neçə gün əvvəl hərərətin yüksəlməsi, zəiflik və əzginlik hissi, başağrıları, limfa düyünlərinin böyüməsi (gələcəkdə səpgi əmələ gələcək tərəfdə) meydana çıxır. Sonralar dərinin müəyyən hissəsində lokal hiperesteziya, yanğı, qaşınma hissi, paresteziya aşkar olunur. EKQ-də spesifik dəyişikliklər yoxdur. 3-14 gün ərzində səpgilər meydana çıxma bilər.

Əzələ xəstəlikləri

Döş qəfəsi və yuxarı ətraf qurşağı əzələlərində ağrının səbəbi travmalar, fiziki gərginlik, trixinellyoz və s. ola bilər.

Miofassial ağrı sindromu əzələlərin birincili zədələnməsi ilə əlaqədar meydana çıxır.

- ✓ Ağrının lokalizasiya nahiyəsinin palpasiyası zamanı ağırlı və spazma uğramış əzələ bərkimələri
- ✓ Ağrı irradiasiya edir
- ✓ Trigger nöqtələrinin (bərkimə nöqtələri) palpasiyası zamanı kəskin ağrı meydana çıxır və irradiasiya nahiyələrində əks olunur
- ✓ Bir neçə əzələ eyni zamanda zədələnmə bilər
- ✓ Fiziki gərginlik, qeyri-fizioloji poza, soyuqlama, psixi amillər (emosional stress) əzələ spazmına səbəb ola bilər.
- ✓ Qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar az effektivdir, ağırlı nöqtələrə steroid ağrıkəsicilərin yeridilməsi effektiv olur

Ön pilləli əzələ sindromu

Sol qolun sinir-damar dəstəsinin ön və orta pilləli əzələ və əlavə boyun qabırğası və ya I qabırğa arasında sıxılması zamanı meydana çıxır.

- ✓ ağrı boyun, bazu oynaqı nahiyəsində, döş qəfəsinin ön divarında lokalizasiya olunur,
- ✓ saidin ulnar səthinə irradiasiya edir
- ✓ küt, sızıldayan xarakterlidir
- ✓ fiziki gərginlik zamanı artır
- ✓ bir neçə dəqiqədən bir neçə saata qədər davam edir
- ✓ ağrının lokalizasiya və irradiasiya nahiyəsində hissiyyatın azalması, parasteziyalar, IV, V barmaqlarda əzələ gücünün azalması müşahidə edilir
- ✓ ağrı bəzən başgicəllənmə, qısamüddətli bayımlar, ürəkdöyünmə hissi ilə müşayiət olunur

Sümük-oynaq xəstəlikləri

Titse sindromu

- ✓ döş sümüyü-qabırğa birləşməsində (II-IV qabırğa qığırdaqları nahiyəsində) lokalizasiya
- ✓ qola və çiyinə irradiasiya edən ağrılar
- ✓ fiziki gərginlik, döş qəfəsində hərəkətlər, asqırma, öskürmə, nəfəsalma zamanı artır
- ✓ döş sümüyünün kənarında kəskin ağrılı şişkinlik (qabırğa qığırdağının ödemə və hipertrofiyası) qeyd olunur
- ✓ qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar, fizioterapiya, blokada ağrının azalmasına, keçməsinə səbəb olur

Rentgenoloji müayinədə osteoporoz ocaqları aşkar olunur.

Manubriosternal sindrom

- ✓ Döş sümüyünün yuxarı hissəsində kəskin ağrı ilə xarakterizə olunur
- ✓ Fiziki hərəkət, bədənin vəziyyətini dəyişdikdə, öskürmə, asqırma zamanı ağrının artması səciyyəvidir
- ✓ Həmin nahiyədə şişkinləşmə, palpator ağrı
- ✓ Əksərən revmatoid artritdə rast gəlinir

Psixoemosional pozulmalar

Panik pozulmaların diaqnostikasında yüksək həssaslığa malik 2 sadə sualdan istifadə olunur⁵:

1. Son 6 ay ərzində sizdə nə vaxtsa qəfildən qorxu, həyəcan və ya güclü narahatlıq hissi ilə müşayiət olunan tutmalar olubmu?
2. Son 6 ay ərzində sizdə nə zamansa heç bir səbəb olmadan qəfildən ürəkdöyünmə, zəiflik və ya nəfəsalmanın çətinləşməsi kimi tutmalar olubmu?

Əgər sualların hər hansı birinə müsbət cavab verilmişsə, bu, panik pozuntuların olmasını göstərir. Lakin nə bu suallar, nə də ki, klinik təəssürat həyəcanla bağlı ürəkdən kənar döş qəfəsi ağrıları diaqnozunun müəyyənləşdirilməsi üçün kifayət qədər spesifik deyil və müsbət cavab ÜD xəstəliklərinin risk amilləri olan xəstələrdə gələcəkdə kardioloji müayinələrin aparılmasına mane olmamalıdır.

Ümumiyyətlə, psixo-emosional pozulmalar zamanı (depressiyalar, psixopatiyalar) döş qəfəsində meydana çıxan ağrıların aşağıdakı xüsusiyyətləri vardır:

- ✓ çox qısa sancıcı xarakterli və ya uzunmüddətli ağırlıq hissi (depressiya zamanı)
- ✓ bir qayda olaraq ürəyin zirvəsində lokalizasiya edir
- ✓ emosional gərginlik və yorulma ilə əlaqəlidir, fiziki gərginliklə əlaqəsi olmur
- ✓ nevroloji əlamətlərlə müşayiət olunmur
- ✓ EKQ norma daxilindədir
- ✓ psixoterapiya aparılması və stress amilinin aradan qaldırılması effektiv olur

Hiperventilyasion sindrom

Bu vegetativ pozulma əsasən gənc yaşlı şəxslərdə təsadüf olunur. Əsas simptom qəflətən meydana gələn tənqənfəslik, hava çatışmazlığı hissidir. Tərləmə, dərinin avazıması, ətraflarda titrəmə, keyimə, başgicəllənmə ilə müşayiət olunur. Qanın qaz tərkibinin öyrənilməsi zamanı PaCO₂ azalması, PaO₂ artması və ya normada olması aşkar olunur.

Praktik fəaliyyət üçün əsas tövsiyələr⁵

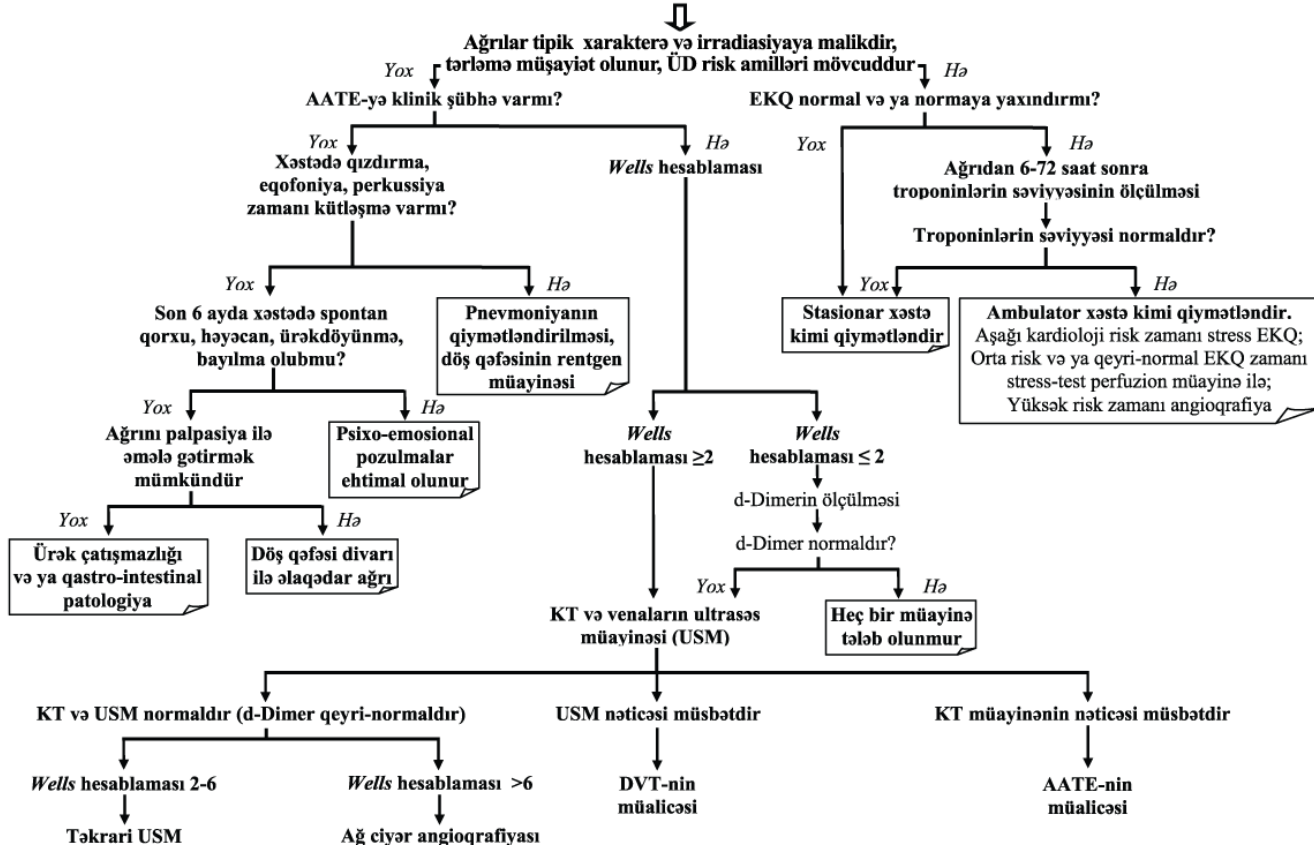
Klinik tövsiyələr	Sübut səviyyəsi
Ağrının tipik, atipik anginal, qeyri-anginal olmasının müəyyənləşdirilməsi xəstələrin kardial riskinin təyin olunmasına yardım edir	C
<i>Wells</i> şkalasına görə balların cəmi 2-dən aşağı və normal d-Dimer sınağı AATE-ni inkar etməlidir	A
Qeyri-normal d-Dimer sınağı və <i>Wells</i> şkalasına görə orta və yüksək riski olan xəstələrdə spiral KT və aşağı ətraf venalarının USM-i AATE-ni təsdiq və ya inkar etmək üçün istifadə olunmalıdır	A
<i>Diehr</i> diaqnostik qaydası pnevmoniya ehtimalını qabaqcadan söyləmək üçün tövsiyə olunur	A
Panik pozulmaların aşkar olunması üçün xəstələrin 2 sualdan ibarət sorğu vasitəsilə skriningi aparılmalıdır	C
Döş qəfəsində ağrısı olan xəstələrin EKQ-də ST elevasiyası, Q dişçikləri, keçiricilik pozulmaları qiymətləndirilməlidir. Nəticələr əvvəlki qeydlərlə müqayisə olunmalıdır.	C
Döş qəfəsində ağrısı olan və ilkin olaraq mənfi kardioloji qiymətləndirilmiş xəstələrə risk dərəcələrindən asılı olaraq əlavə stress EKQ, perfuzion skanerləşmə və ya angiografiya müayinələri aparılmalıdır.	C
Serum troponin səviyyəsinin öyrənilməsi Mİ diaqnostikasına yardımçı üsul kimi tövsiyə olunur, həmçinin 30 gün ərzində ölüm və Mİ-nin residivləşmə ehtimalını proqnozlaşdırmağa imkan verir.	C

Ədəbiyyat:

1. ESC Guidelines for the Management of Stable Angina Pectoris Executive Summary (European Heart Journal 2006; 27(11): 1341-1381), and Full Text (www.escardio.org).
2. ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients with ST-segment Elevation (European Heart Journal 2003; 24: 28-66).
3. ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndromes (European Heart Journal 2007; 28 (13): 1598-1660).
4. *Gersh BJ, Braunwald E, Bonow RO*. Chronic Coronary Heart Disease. In Braunwald E, 6th ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co Ltd; 2002:1272-1353.
5. *William E. Cayley, JR*. Diagnosing the Cause of Chest Pain. Am Fam Physician 2005;72:2012-21.www.aafp.org/afp
6. *Tamariz LJ, Eng J, Segal JB, Krishnan JA, Bolger DT, Streiff MD, et al*. Usefulness of clinical prediction rules for the diagnosis of venous thromboembolism: a systematic review. Am J Med 2004;117:676-84
7. *Diehr P, Wood RW, Bushyhead J, Krueger L, Wolcott B, Tompkins RK*. Prediction of pneumonia in outpatients with acute cough – a statistical approach. J Chronic Dis 1984;37:220
8. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. Издательский дом «Геотар-мед» 2002.
9. *L. Erhardt (Chairman), J. Herlitz (Secretary), L. Bossaert, M. Halinen, M. Keltai, R. Koster, C. Marcassa, T. Quinn and H. van Weert*. Task force on the management of chest pain. *European Heart Journal* (2002) 23, 1153-1176 doi:10.1053/euhj.2002.3194, available online at <http://www.idealibrary.com>

XƏSTƏNİN APARILMA ALQORİTMİ

Döş qəfəsində ağrısı olan xəstə



DÖŞ QƏFƏSİNDƏ AĞRININ DIFFERENSİAL DİAQNOSTİKASI

	Ağrının xüsusiyyəti	Lokalizasiya İrradiasiya	Müddəti	Meydana çıxma və ya artma səbəbi	Yüngülləşdirən səbəblər	Anamnez	Fizikal müayinə	Əlavə müayinələr
Kəskin miokard infarktı	Visseral (şiddətli, sıxıcı, təzyiçedici)	Substernal, yayılmış, sol qola, çiyinə, kürəyə irradiasiya	>20 dəq	Adətən istirahətdə	Narkotik analgetiklər	Koronar risk amilləri	Tərləmə, protodiastolik "çapma ritmi"	Təkrari EKQ, kardiospesifik fermentlər, radioizotop müayinə
Gərginlik stenokardiyası	Eynidir	Eynidir	5-15 dəq	Fiziki və emosional gərginlik	İstirahət, NTG	Koronar risk amilləri	Spesifik deyil	EKQ, stress sınaqları
Aortanın laylanan anevrizmi	Çox kəskin, "parçalayıcı", "pulsasiyaedici", çox şiddətli	Döş qəfəsinin mərkəzində, kürəkarası nahiyəyə irradiasiya	Saatlar	Adətən istirahətdə	Narkotik analgetiklər	Ağır AH, Marfan sindromu, sifilis	<i>Pulsus difference</i> , 2 qolda təzyiç fərqi, aortal çatışmazlıq səbəbindən diastolik küy	Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi, ExoKQ, MRT, rentgenkontrast aortoqrafiya
Kəskin perikardit	Təzyiçedici, kəskin plevral tip	Sol prekordial nahiyə	Daimi	Udma, öskürək, nəfəsalma, arxası üstə uzanma	Oturmaqla, önə doğru əyilməklə	Keçirilmiş tənəffüs yolları infeksiyası və s.	Perikardın sürtünmə küyü	EKG - ST seqmentinin diffuz elevasiyası, PR depressiyası ExoKQ - perikard boşluğunda maye
Ağ ciyər arteriyasının tromboemboliyası	Visseral Kəskin xarakterli, təngnəfəslik, öskürək, qanhayxırma ilə müşayiət olunur	Substernal, döş qəfəsinin yan səthləri, çiyin, qola irradiasiya	Daimi	Fiziki gərginlik	Ağrıkəsicilər	Cərrahi əməliyyat, hipodinamiya DVT	Sianoz, taxipnoe, boyun venalarının şişməsi, plevranın sürtünmə küyü	d-Dimer, CT, ExoKQ, dərin venaların USM-i və s.
Pnevmotoraks	Çox kəskin, "xəncər" ağrıları	Bütün zədələnmə tərəfinə	Əksərən bir necə saata qədər	Fiziki gərginlik, Güclü öskürmə	Ağrıkəsicilər, zamanla	Döş qəfəsinin travması, ağ ciyərlərin xronik xəstəlikləri	Taxipnoe, zədələnmə nahiyəsində timpanit, zəifləmiş tənəffüs	Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi

Qida borusunun cırlması	Visseral, çox intensiv	Döş sümüyünün arxasında, epiqastral nahiyədə), qusma və qanqasma ilə, sol qola irradiasiya	Daimi	Nəfəsalma, udqunma, öskürmə	Ağrıkəsicilər, (təcili cərrahi müdaxilə)	Qida borusu xəstəlikləri, İntensiv qusma, travmalar	Döş sümüyü nahiyəsində dərialtı emfizema, krepitasiya, taxikardiya, avazıma	Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi
Kəskin plevrit	Plevral tip, intensiv	Birtərəfli	Daimi (eks-sudasiya və yaxud sağal-maya qədər)	Öskürək, sağlam tərəfə öyləməklə nəfəsalma	Xəstə tərəfə öyləməklə	Soyuqdəymə, kəskin respirator infeksiyalar	Nəfəsalmada döş qəfəsinin yarısının geri qalması, sürtünmə küyü	Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi
Reflüks ezofagit	Visseral	Substernal, epiqastral	10-60 dəq	Arxası üstə uzanma, öno öyləmə, alkoqol, qəhvə qəbulu	Süd, antasid preparatlar	Diafraqmal yırtıq, digər mədə-bağırsağ xəstəlikləri	Spesifik deyil	Qida borusunun RM
Ezofageal spazm	Visseral	Substernal, yayıla bilər	5-60 dəq	Spontan olaraq, soyuq, qaynar qida qəbulu, siqaretsçəkmə, alkoqol	Nitroqliserin, spazmolitiklər	Psixo-emosional gərginlik, stress, digər mədə-bağırsağ xəstəlikləri	Spesifik deyil	Qida borusunun RM
Mədə, 12 barmaq bağırsağ xorası	Visseral (“xəncər” ağrıları – perforasiya zamanı)	Epiqastral, substernal	Saatlarla	Qida qəbulu, acqarına, turş qidaların qəbulu	Yemək yeməklə, antasid preparatlarla	Payız və baharda şiddətlənir	Spesifik deyil, perforasiyada kəskin qarın	Mədə və 12 barmaq bağırsağın RM, nəcisin gizli qana müayinəsi
Xolesistit, öd daşı	Visseral (tutmaşəkili, şiddəti artıb azalan)	Epiqastral nahiyəyə yayıla bilər	Saatlarla	Spontan, yağlı qidalar	Zamanla, ağrıkəsicilərlə	40 yaşdan sonra, hamiləlik, piylənmə	Ortner, Müsse, Ker simptomları müsbətdir	Hepato-duodenal nahiyənin USM-i
Servikal disk	Səthi	Boyun və qol	Saatlar	Hərəkət, palpasiya	Zamanla, ağrıkəsicilərlə			Onurğanın RM, KT, MRT
Hiperventilyasiya	Visseral	Substernal	2-3 dəq	Emosional gərginlik, taxipnoe	Stimul ortadan qalxınca	Emosional labillik	Patoloji dəyişiklik yoxdur	Qanın qaz tərkibinin yoxlanılması
Əzələ-sümük ağrısı	Səthi nahiyələrdə	Müxtəlif, dəyişkən	Saatlar	Hərəkət, palpasiya	Zamanla, ağrıkəsicilərlə	Narahat vəziyyətdə uzun müddət qalma və s.	Palpasiyada lokal həssaslıq	Döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası