

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ, ПРОФЕССОР А.В. АЛИМОВ ТАХРИРИ ОСТИДА**

**«ТАЛАБАЛАРНИ КЛИНИК ФИКРЛАШИНИ БАҲОЛАШ  
ВАРАҚАЛАРИ»**



**ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ 5 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН  
ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

**ТОШКЕНТ 2005**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ, ПРОФЕССОР А.В. АЛИМОВ ТАХРИРИ ОСТИДА**

**«ТАЛАБАЛАРНИ КЛИНИК ФИКРЛАШИНИ БАҲОЛАШ  
ВАРАҚАЛАРИ»**



**ТИББИЁТ ИНСТИТУТЛАРИ 5 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН  
ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

**ТОШКЕНТ  
2005**

Талабалрни клиник фикрлашини бахолаш варақалари билим берувчи, назорат қилувчи ўқув қўлланма бўлиб, талабанинг билими ва клиник фикрлашини, берилган клиник вазиятни тезкор таҳлил этиб, тиббий ёрдам курсатишнинг оптимал усулини топиш – клиник компетентликни бахолаш имконини беради.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш Вазирлиги ўқув-услубий бўлими томонидан тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун ўқув қўлланма сифатида тавсия қилинди.

### **Тузувчилар:**

#### **ТИББИЁТ ФАНЛАРИ ДОКТОРИ, ПРОФЕССОР А.В. АЛИМОВ ТАХРИРИ ОСТИДА**

А.Ш.АБДУМАДЖИДОВ, Н.В.АГЗАМОВА, Т.С.АГЗАМХОДЖАЕВ, М.М.АЛИЕВ,  
Ш.О.ДАДАЕВ, П.С.ДЖАЛИЛОВ, М.Ю.ДЖАЛИЛОВА, Б.О.ЗОХИДОВ,  
А.И.ИСКАНДАРОВ, С.И.ИСМАИЛОВ, Т.И.ИСМАИЛОВ, М.А.ИСМАИЛОВА,  
И.А.КОСИМОВ, А.В.МУРАТХОДЖАЕВА, Г.К.СОДИКОВА, Ё.У.УСМАНОВ,  
М.Р.ХАМРОКУЛОВА, С.А.ХАСАНОВ, Д.В.ЦОЙ, А.М.ШАРИПОВ, Х.К.ШОДИЕВ,  
Г.А.ЮСУПАЛИЕВА, С.А.ЯДГАРОВА

### **Рецензент:**

ЎЗБЕКИСТОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ БОШ ПЕДИАТРИ ТИББИЁТ  
ФАНЛАРИ ДОКТОРИ, ПРОФЕССОР Д.И.АХМЕДОВА

## МУНДАРИЖА

Сўз боши .....	3
Неонатология кафедраси .....	4
Шошилинич педиатрия кафедраси .....	14
Факультет педиатрия кафедраси .....	25
Асаб касалликлари кафедраси .....	65
Рухий касалликлар кафедраси .....	117
Эндокринология кафедраси .....	125
Тери-таносил касалликлар кафедраси .....	135
Юқумли касалликлар кафедраси .....	155
Сил касалликлари кафедраси .....	186
Болалар жаррохлиги кафедраси .....	197
Анестезиология ва реаниматология кафедраси .....	267
Қулоқ, бурун ва томоқ касалликлари кафедраси .....	277
Травматология ва ортопедия кафедраси .....	287
Кўз касалликлари кафедраси .....	303
Умумий жаррохлик кафедраси .....	313
Хирургик касалликлари ва ХДХ кафедраси .....	323
Фойдаланилган адабиётлар .....	336

## СЎЗ БОШИ

Тиббиёт олий ўқув юртларида нисбатан қисқа муддатда тўлақонлик мутахассисларни тарбиялаш мураккаб масаладир. Барча тиббиёт муассасаларида ўқув жараёнига ажратилган вақтни узгартирмаган холда илғор илм тавсия этаётган замонавий маълумотлар, услублар ва технологияларни талабаларга ўргатиш жиддий муаммо бўлиб қолади. Бугунги кунда тиббиёт мутахассисларини тайёрлаш жараёнида айрим камчиликлар мавжуд. Булар:

- битирувчилар томонидан амалий куникмаларидан фойдаланиш даражаси сустлиги;
- энг янги тиббий аппаратура ва уни ишлатиш услублари ҳақида етарли маълумотга эга бўлмаслик;
- шифокорлар фаолиятида дори воситаларни қўллаш ҳақида саёз билимга эга бўлиши;
- тез ва шошилиш ёрдам беришда тез фикрлай олмаслик;
- битирувчини поликлиник секторларида тайёрланиш даражаси сустлиги.

Ушбу муаммолар Ўзбекистон Республикасининг барча олий тиббий таълим тизимини хавотирга солмоқда. Таълимни анъанавий услублари (маълумотни қабул қилиш ва ёдлаш) бугунги кунда унга ажратилган вақт ва сифати бўйича яроқсиздир. Ўқув жараёнига буткул ўзгача ёндашиш зарур. Бунинг натижасида олий таълим даргоҳини муаммоларни комплекс ҳал қила оладиган билимли мутахассис тугатади.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти ҳам ушбу зарур ва мураккаб ишдан четда қолгани йўқ. 2001 йилдан бошлаб талабалар клиник фикрлашини баҳолаш варақалари (ТКФБВ) ўқув жараёнига татбиқ этилмоқда.

Булажак шифокорнинг клиник компетенцияси ахборотни узлаштириши билан бирга, уни ўз вақтида қўллашга ҳам боғлиқ. Диагностик ва даволаш тадбирларни тез ва аниқ ўтказиш, беморни даволаш учун барча маъсулиятни ўз зиммасига олиш зарур. Институт мутахассислари ушбу талабга жавоб бера оладиган ўзига хос ўқув қўлланма – ТКФБВни яратдилар. Ушбу варақаларда клиник, инструментал ташҳиснинг услублари, уларнинг интерпретацияси, даволаш стандартлари, индивидуал даволаш усуллари, реабилитация масалалари клиник кафедралар ишчи дастурларда кўзда тутилган барча нозологик бирлик бўйича ёритилган.

ТКФБВ нафақат билим берувчи, балки назорат қилувчи ўқув қўлланма бўлиб, талабанинг билими ва клиник фикрлашини, берилган вазиятни тезкор таҳлил этиб, тиббий ёрдам курсатишнинг оптимал усулини топиш – клиник компетентликни баҳолаш имконини беради.

Талабалар кўйидаги жадвални тўлдирадилар.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		

Бу услуб талаба мустақил ишлашини ҳам бир кўриниши ҳисобланади. Педагог ҳар бир топшириқни муҳокамадан ўтказди ва хатоларни тўғрилайди. Сўнгра балл билан баҳолайди.

Ҳар бир клиник вазият шифокорнинг амалий фаолиятида қўллаш мумкин бўлган аниқ клиник вазият сифатида кўриб чиқилиши лозим.

5-курс талабалари учун ТКФБВ энг содда кўринишда бўлиб: клиника, лаборатор ва инструментал ташҳисот интерпретациялаш билан, қиёсий ташҳис ва даволаш стандартлари ёритилади.

ТКФБВни қўллаш талаба тимсолида нафақат ўқувчини, балки бўлажак шифокорни кўриш имкониятини яратади. Педагог тўлдирилган варақаларни муҳокама этишда нафақат ўқитувчи, балки тажрибали шифокорни ролини ҳам бажаради.

Бундай қўлланма талабаларнинг билим ва амалий куникмаларини узлаштириш сифатини яхшилади, уларга мустақил фаолиятларининг дастлабки йилларида жуда қўл келади.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Хомила ривожланишини кечикиши, диспластик шакли

Ёши: 1 кун

Тана вазни: 2300 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1. Чақалоқ бўйи узунлиги ва тана вазни 10 центилдан паст бўлиши. 2. Дисэмбриогенез стигмаларини 5 дан ортик бўлиши ёки оғир ривожланиш нуқсонлари	1. Генетик текширув: А. Синдром Дауна В. Синдром Эдвардса С. Синдром Патау D. Синдром Шенешевского-Тернера E. Синдром Клайнфельтера	1. Кариотип узгариши: А. Трисомия 21+ В. Трисомия 18+ С. Трисомия 13+ D. Синдром 45 ХО E. Синдром 47 ХХУ	Ўтказил-майди	Ўтказил майди	1. Гипопластик шакли (жисмоний ривожланишни барча курсаткичларини пропорционал камайиши дисэмбриогенез стигмаларини мавжудлиги < 5 дан кам).	1. <u>Кювезда парваришлаш.</u> 2. <u>Кукрак билан овқатлантириш</u> (сут микдори муддатига етмай тугилган-лардек). 3. Rp: Sol. Vicasoli 1% - 1,0 D. t. d. n. 10 in amp. S. 0,2 мл дан м/о 4. Rp: Sol. Pyracetami 20% - 5,0 D. t. d. n. 10 in amp. S. 2 мл в/и томчилаб физ. эритмада. 5. Rp: Sol. Thiamini chloridi 2,5% - 1,0 D. t. d. N 10 in amp. S. 0,5 мл т/о. 6. Rp: Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5% - 1,0 D. t. d. n 10 in amp. S. 0,1 мл м/о. 7. Rp: Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1,0 D. t. d. n 10 in amp. S. 0,5 (50 мкг) мл м/о.
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Хомила ривожланишини кечикиши, гипотрофик шакли

Ёши: 1 кун

Тана вазни: 2300 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент ал текширув	Интерпретация		
Тугилганида гестацион ёшига нисбатан тана вазни етарли булмаслиги, буй узунлиги меъърида булганида.  Гестацион ёши. 38 хафта. Тугилганидаги тана вазни 2300 г (9 центил) Буй узунлиги 48 см (25 центил)	1.Кондаги глюкоза<2,2 ммоль/л. 2.Кон зардобдаги Са микдори<1,75 ммоль/л 3.Кон зардобдаги Mg микдори-<0,62 ммоль/л. 4.Кон рН <7,35 5.Полицитемия (веноз гематокрит микдор) НЬ-220 г/л; Эрит.7*10 <sup>12</sup> /л; Нт-0,65.  6.Генетик текширув: А. Синдром Дауна В. Синдром Эдвардса С. Синдром Патау D. Синдром Шерешевского-Тернера Е. Синдром Клайнфельтера	1.Гипогликемия: (N- 2,2-6,5 ммоль/л). 2. Гипокальциемия: (N- 2,0-2,74 ммоль/л). 3.Гипомагниемия (N-0,74-1,15 ммоль/л). 4.Ацидоз ( N-рН-7,35-7,45).  5.Кариотип узгариши: А. Трисомия 21+ В. Трисомия 18+ С. Трисомия 13+ D. Синдром 45 XO Е. Синдром 47 XXУ	Ўтказил майди	Ўтказил-майди	1.Гипопластик шакли (жисмоний ривожланишни барча курсаткичларини пропорционал камайиши) 2.Диспластик шакли (дизэмбриогенез стигмаларини мавжудлиги>5 3.Муддатига етмай тугилиши (гестацион муддати).	1. <u>Кюевзда парваришлаш.</u> 2. <u>Кукрак сути билан овкатлантириши</u> (сут микдори муддатига етмай тугилганлардек). 3. Rp: Sol.Vicasoli 1%-1,0 D.t.d.N.10 in amp. S. 0,2 мл дан м/о 4.Rp: Sol.Tocopheroli acetatis oleosae 5%-1,0 D.t.d.n.10 in amp. S. 0,3 млдан м/о. 5.Rp: Bifidumbacterini 5 доз D.t.d.N 10 in flac. S. 2 дозадан кунига 1 махал. 6. <u>Синдромли терапия</u> (огир соматик касаллик мавжудлигида)
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Хомила ривожланишини кечикиши, гипопластик шакли

Ёши: 1 кун

Тана вазни: 2500 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Жисмоний ривожланишни барча курсаткичларини (буй узунлиги ва тана вазни) баравар нисбатда 10 центилдан камайиши	1.Кондаги глюкоза<2,2 ммоль/л. 2.Кон зардобдаги Са микдори<1,75 ммоль/л 3.Кон зардобдаги Mg микдори-<0,62 ммоль/л. 4.Кон рН <7,35. 5.Генетик текширув: А. Синдром Дауна В. Синдром Эдвардса С. Синдром Патау D. Синдром Шенешевского-Тернера Е. Синдром Клайнфельтера	1.Гипогликемия: (N- 2,2-6,5 ммоль/л). 2. Гипокальциемия: (N- 2,0-2,74 ммоль/л). 3.Гипомагниемия (N-0,74-1,15 ммоль/л). 4.Ацидоз ( N-рН-7,35-7,45).  5.Кариотип узгариши: А. Трисомия 21+ В. Трисомия 18+ С. Трисомия 13+ D. Синдром 45 ХО Е. Синдром 47 ХХУ	Утказилмайди	-	1.Гипотрофик шакли (буй узунлиги меърида булганида тана вазни паст булиши) 2.Диспластик шакли (дизэмбриогенез стигмаларини мавжудлиги>5 3.Муддатига етмай тугилиши (гестацион муддати).	1. <u>Кювезда парваришлаш.</u> 2. <u>Кукрак сuti билан овкатлантириш</u> (сут микдори муддатига етмай тугилганлардек). 3. Rp:Sol.Vicasoli 1%-1,0 D.t.d.n.10 in amp. S. 0,2мл дан м/о 4.Rp:Sol.Tocopheroli acetatis oleosae 5%-1,0 D.t.d.n.10 in amp. S. 0,3 млдан м/о. 5.Rp:Bifidumbacterini 5 доз D.t.d.N 10 S. 2 дозадан кунига 1 махал. 6. <u>Синдромли терапия</u> (огир соматик касаллик мавжудлигида)
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: (синдром) Жинсий криз

Ёши: 5 кун

Тана вазни: 3200 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Хаётини 3-4 кундан бошлаб кукрак безларини дагаллашиши ва 7-8 кунга бориб юкори даражага етиши, баъзида кукрак сургичидан ок-сутсимон ажралмаларни чиқиши.</p> <p>2. Десквматив вульво-вагинит - жинсий тиркишдан куп микдорли шилимшик ажралмаларни ажралиши.</p> <p>3. Метрорагия-киндан кон кетиши.</p> <p>4. Милиа - бурун канотлари, кумирчаги ва пешонада оксарик тусли тугунчалар.</p> <p>5. Угил болаларда кукрак сургичи ва ёргок атрофидаги терини гиперпигментациялашуви.</p> <p>6. Ташки жинсий аъзоларни шиши. Уртача гидроцеле.</p>	<p>1. Умумий кон тахлили: Нв-156 г/л; Эрит.-<math>4,3 \cdot 10^{12}</math>/л; Лейк.-<math>9 \cdot 10^9</math>/л; С-56%; Лимф.-32; Эоз.4%; Мон.-6; СОЭ-6 мм/соат.</p>	<p>1. Умумий кон тахлили меъёрда.</p> <p>2. Бурун шилигини арборизацияси-микроскопик текширувда "папоротник" симптоми.</p>	<p>Утказилмайди.</p>		<p>1. Чақалоклар маститида-интоксикация симптомлари, маҳаллий яллигланишни классик белгилари (шиш, гиперемия, кукрак безида оғрик) кузатилади.</p> <p>2. Инфекцион, паразитар этиологияли вульвовагинитларда-киндан сероз-йирингли ажралмаларни ажралиши, маҳаллий яллигланиш белгилари ҳамда тегишли анамнез.</p> <p>3. Думба соҳаси билан тугилишда-жинсий аъзолардаги шиш; тугрук даврини хусусиятлари хисобга олинади.</p>	<p>Кўкрак безларини сезиларли катталашганида иссик стерил боғлам, камфора ёғи билан компресс қилинади. Rp: Sol.Camphorae oleosae 20%-100,0 D.t.d.n.1 in flac. S.Компресс учун. Кукрак безидаги ажралмаларни босиб чиқариш мумкин эмас. Кукрак безидаги тугунчалар яллигланганида кунига 2-3 мартаба шу жойларни калий перманганатни 0,5%ли эритмаси билан ишлов бериш керак. Rp: Sol.Kalii permanganati 0,5%-200 D.S.Ташки ишлов учун.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чакалоқлар гемолитик касаллиги, сариклик шакли, огир даражаси, резус-келишмовчилик.

**Ёши** 2 кун

**Тана вазни:** 3000 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1.Сариклик биринчи 6-12 соатда пайдо булади. Сарикликни даражаси апелсиндан бронза, лимон кейинчалик эса пишмаган лимон рангигача узгариб туради. 2.Гепатосплено-мегалия, склералар ва шиллик каватларни саргайиши кузатилади. 3.Бехоллик, адинамия, эммай куйиш, физиологик рефлексларни пасайиши.	1.Кон гурухи ва резусини аник-лаш (она Rh-0(I), чакалок Rh+III(B). 2.Периферик кон тахлили, тромбоцитлар. 3.Конда боғланмаган билирубин микдорини аниклаш. 4.Она сутида специфик антителоларни аниклаш.	1.Резус-омил буйича келишмовчилик 2.Нв микдорини пасайиши<100г/л (N-Нв-180 г/л). Тромбоцитопения<150 г/л (N-301±107). Ретикулоцитоз>7% (N- ретикулоцитлар - йўқ). 3.Гипербилирубинемия боғланмаган билирубин>342 мкмоль/л (N- 85 мкмоль/л гача). 4.Антителолар титри 1:16-1:32(N-abs).	Жигарни ультра-товуш ёрдамида текшириш	Жигар структураси эхогенлиги ортиши ва улчамларини катталашиши.	1.Наслий гемолитик анемиялар: наслий анамнез, иммунологик келишмовчиликни йўқлиги, эритроцитлар шакли, улчамлари хамда осмотик тургунлигини узгариши. 2. Обструктив саргаймалар: боғланган билирубин микдорини ортиши, ахолик нажас, тук рангли сийдик, жигар каттиклашган.	1. <u>Кукрак билан оқатлантириши.</u> 2. <u>Конни алмашлаб куйиши</u> Rh(-) 170-180 мл/кг. 3. <u>Фототерапияни</u> боғланмаган билирубинни микдори>205 мкмоль/л дан ортганда бошлаш зарур. 4.Rp:Sol.Glucosae 5%-200,0 D.t.d.n.3 in flac. S.150 мл дан в/и томчилаб. 5.Rp:Phenobarbitali 0,005 D.t.d.n.10 in tab. S.1 табл. кунига 3 марта.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чакалоқлар гемолитик касаллиги, анемик шакли.

**Ёши:** 1 кун

**Тана вазни:** 3000 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1.Эрта ва доимий симптомлар - умумий яққол беҳоллик ва тери ҳамда шиллик каватларни очимтир тусдалиги. Очимтир ранг 5-8 кун яққол намоён булади.</p> <p>2.Гепатоспленомегалия.</p> <p>3.Енгил саргайиш.</p>	<p>1.Периферик кон тахлили. Эритроцитлар ва ретикулоцитлар микдори.</p> <p>2.Богланмаган билирубин микдорини аниқлаш.</p> <p>3.Кон гуруҳини аниқлаш.</p> <p>4.Резус-омилни аниқлаш.</p>	<p>1.Гемоглобин микдорини пасайиши 60-100 г/л гача(N-180-220 г/л). Эритроцитлар микдори <math>2,5 \cdot 10^{12}</math>/л гача камайган (N-<math>3,5 \cdot 10^{12}</math>/л); ретикуло-цитоз (N- ретикуло-цитлар-йўқ).</p> <p>2. Гипербилирубинемия: богланмаган билирубин микдорини ортиши &gt;85 мкмоль/л (N&lt;85 мкмоль/л).</p> <p>3.Кон гуруҳи: онаси I , чакалоқ II, II гуруҳли.</p> <p>4.Резус-омил буйича келишмовчилик. Она Rh(-), чакалоқ Rh(+).</p>	<p>Жигарни ультратовуш ёрдамида текшириш</p>	<p>Жигар структураси экзогенлиги ортиши ва улчамларини катталашиши.</p>	<p>1.Чакалоқлар гемолитик касаллигини шишли шакли-яққол намоён булган шишлар ички аъзоларда суюқлик тупланиши билан.</p> <p>2.Чакалоқлар гемолитик касаллигини сариклик шакли-1-2 кундан сарикликни пайдо булиши ва уни интенсивлиги ортиши: дастлаб апелсин, кейин бронза, лимон тусли, кейинчалик эса пишмаган лимон тусида.</p>	<p>1.<u>Қуқрак билан овқатлантириши.</u></p> <p>2.<u>Конни алмашлаб қуйиши</u> Rh(-) 170-180 мл/кг.</p> <p>3.<u>Фототерапияни</u> богланмаган билирубинни микдори &gt;205 мкмоль/л дан ортганда бошлаш зарур.</p> <p>4.Rp:Sol.Glucosae 5%-200,0 D.t.d.n.3 in flac. S.150 мл дан в/и томчилаб.</p> <p>5.Rp:Phenobarbitali 0,005 D.t.d.n.10 in tab. S.1 табл. кунига 3 марта.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Кизилунгач ахалазияси

**Ёши:** 15 кун

**Тана вазни:** 2900 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1. Хаётини 2-3 ҳафтасидан қушиш овкатлантириш вақтида узгармаган, ошқозон аралашмасисиз сут билан. 2. Ютиш қийинлиги. 3. Тана вазни кам қушиш.	Утказилмайди		1. Ошқозон-ичак тракти R-графияси. 2. Фиброгастро-дуоденоскопия.	R-граммада: кизилунгачни дифрагмани пастки соҳасида "сичкон думи", "редиска думи" тасвирида қуриниши; эвакуацияни сусайиши, кейин эса контрастни ошқозонга тусатдан тушиб кетиши. Эндоскопияда: кизилунгач кенгайган, кардияга қириш воронкасимон қуринишда, лекин аппарат ундан эркин утади.	1. Халазияда: R-граммада ошқозондан кизилунгачга контраст моддани ретроград қайтиши. Эндоскопияда- кардияни очилиб туриши, эзофагит. 2. Пилороспазма - R-граммада ошқозонда контраст моддани 2 соатдан ортик сакланиб қолиши. Эндоскопияда-ошқозон қириш қисми тирқиш қуринишида.	1. Оз микдордан қунига 10 -12 мартаба овкатлантириш. 2. Rp: Sol. Thiamini bromidi 3%-1,0 D.t.d.n. in amp. S. 0,3 мл дан м/о. 3. Rp: Sol. Novocaini 0,25%-50,0 D.t.d.n. 1 in flac. S. 1 чой қошигидан ҳар овкатлантиришдан олдин. 4. Rp: Sol. Natrii bromidi Tincturae valerianae āā 2,0 Tinct. belladonnae 1:10-12 gutt. Aq. destillata 100,0 M.D.S. Овкатлантиришдан 30 минут олдин 1 чой қошигидан.
100% - 3	-	-	1	1	2	3
50% - 1,5	-	-	0,5	0,5	1	1,5
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Физиологик сариклик

Ёши: 3 кун

Тана вазни: 3200 г.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1.Сариклик ҳаётини 2-3 кунда пайдо булади; 2.Муддатига етиб тугилган чакалоқларда 6-10 кун, муддатига етмай тугилган чакалоқларда эса 1 ойгача муддатда йўқолади. 3.Склералар ҳам саргаяди. 4.Жигар катталашмаган.	1.Богланмаган билирубин: 90-150 мкмоль/л 2. Сийдикни интенсив буялиши. 3.Билирубинни киндик конидаги миқдори-35 мкмоль/л 4.Билирубинни усиши- 2,6 мкмоль/л/соат (усиш богланмаган билирубин хисобига)	1.Енгил гипербилирубинемия (богланмаган билирубин N-муд.етмай тугилган чакалоқларда-85-171 мкмоль/л; муддатига етиб тугилган чакалоқларда -60-145 мкмоль/л). 2. Билирубинни ажралиши хисобига сийдикни интенсив буялиши. 3.Киндик конидаги богланмаган билирубинни миқдори меърида (>34 мкмоль/л). 4.Билирубинни соат сайин усиши меърида (N-1,7-2,6 мкмоль/соат)	-	-	1.Чақалоқлар гемолитик касаллиги: богланмаган билирубин миқдори биринчи 24 соатдан кутарилган; онасида Rh- манфий, АВО гуруҳ. Кумбс синамаси мусбат. 2.Хомила ичи инфекциялари (гепатит, цитомегаловирусли инфекция, токсоплазмоз, кизилча, сифилис). Специфик антителоларга серологик реакциялар. Вирусологик текширув: вирусни пуфакчалар суюқлигидан топиш; оркамия суюқлигини цитологик текшируви. 3.Ут чиқариш йулларини ривожланиш нуксонлари. Сариклик 1-2 хафтада пайдо булади. Умумий билирубин миқдори богланган ва богланмаган билирубин хисобига ортади.	1. <u>Чақалоқ талабига кура эрта кукрак билан эмиши.</u> 2. <u>Фототерапия.</u> 3. <u>Кун миқдорда суюқлик ичиши.</u> Rp:Sol.Glucosae 5%-100,0 D.S.Суткасига 30 мл дан оғиз оркали ичириш учун. 4.Rp: Phenobarbitali 0,1 D.t.d. N10 in tab. S. 0,001дан суткасига 2-3 махал.
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Пилороспазм

Ёши: 8 кун

Тана вазни: 3000 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Пилороспазм -ошқозон чиқиш қисми спазми бўлиб, ошқозондан овқат утишини қийинлаштиради.</p> <p>1.Қайт қилиш овқатланишдан "анча кейин" кейинги овқатланишга яқин. Қусик массалари куп микдорда, ивиган, нордон, ут аралашмасисиз, унинг хажми берилган овқат хажмидан ошмайди.</p> <p>2.Тана вазни ортиши жуда паст.</p>	Утказилмайди	-	<p>1.Ошқозон-ичак тракти контраст R-графияси.</p> <p>2. Фиброгастроуденоскопия.</p>	<p>1.Рентгенограммада контраст барий аралашмаси юборилгандан 2 соат сунг - контраст массани сакланиб қолиши.</p> <p>2.Эндоскопияда - привратник спазм ҳолатида, бекилиб турган тирқиш қуринишида, ушбу тирқишдан факат аппарат зонди билан утиш мумкин. Бу ҳолат органик келиб чиқишли пилородуоденал тутилишни истисно қилиш имконини беради.</p>	<p>1.Кизиунгач ахалазияси-нисбатан қатта ёшда (2-3 ойлик) намоён бўлади. Асосий белгиси - овқатлантириш вақтида ҳозир берилган сунг, ошқозон аралашмасисиз қайт қилиш. Тана Тана вазни: :ни қушиш етарли даражада эмас. R-граммада кизилунгачни диафрагмани пастки соҳасида "сичкон думи" тарзида торайиши, эвакуацияни кечикиши кузатилади.</p> <p>2.Кизилунгач ҳалазияси - пастки кизилунгач сфинктерини етишмовчилиги. Қайт қилиш овқат берилгандан сунг тезда, қайта-қайта, оз микдорда. R-граммада ошқозондан кизилунгачга контраст моддани ретроград қайтиши.</p> <p>3. Пилоростеноз - хаётини 2-4 ҳафтасидан бошлаб ҳар овқат берилгандан сунг "фонтан" қуринишидаги қайт қилиш; қусик массалари берилган овқат хажмидан куп. Озиб кетиш ва сувсизланиш белгилари кучаяди. "Қумсоат" симптоми.R-граммада ошқозон улчамларини кенгайиши, бирламчи эвакуацияни сусайиши, пилорик канални торайиши ва узайиши.</p>	<p>1.<u>Оз микдордан соғилган она сүтини</u> 40-50 мл дан қунига 10 маротабагача бериш.</p> <p>2.<u>Овқатлантиришни</u> 10% манний бутқасидан 1 чой қошигида беришдан бошлаш.</p> <p>3.<u>Қайт қилиш доимий бўлганда:</u> Rp: Sol.Aminazini 2,5% - 1,0 D.t.d.n2 in amp. S. 0,3 мл м/о. Rp: Sol.Pipolpheni 2,5%-2,0 D.t.d.n 2 in amp. S.0,3 мл м/о.</p>
100% - 2	-	-	2	2	2	2
50% - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Муддатига етмай тугилган чакалок, 35 хафталик

Ёши: 1 кун

Тана вазни: 2300 г

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Териси юзаки кипикланиш билан томирлар тасвири буртиб турибди.</p> <p>2. Ланугоси юпка ва нозик.</p> <p>3. Товонини юкори кисмида битта кундаланг бурма.</p> <p>4. Кукрак безларини ареоласи кутарилган, 3-4 ммли тугунчалар.</p> <p>5. Кулок супралари юмшок, тез букилади.</p> <p>6. Эркаклар жинсий аъзолари – мойклар ёргокка тушмокда, ёргокда бир нечта бурмалар мавжуд; Аёллар жинсий аъзолари: катта ва кичик уятли лаблар бир текисда чикиб турибди.</p> <p>7. Куллар тирсақда бир оз букилиб, оёклар тиззада букилиб ва ажралиб турибди.</p> <p>8. "Квадрат дераза" 45°</p> <p>9. Кулларни бериши тез, лекин тулик эмас.</p> <p>10. Тизза ости бурчаги 110°</p> <p>11. "Эгри ҳаракат" симптоми - тирсақ урта чизикгача етиб боради.</p> <p>12. Товон букилганда кулокка етиб бормади, оёклар тизза бугинида 160°га ёйилган.</p>	<p>1. Умумий кон тахлили</p> <p>2. Кондаги билирубин микдори</p> <p>3. Умумий сийдик тахлили</p> <p>4. Копрология</p>	<p>1. Кон тахлили меърида (N - Нв 135-177 г/л, Ер 4,6-7*10<sup>12</sup>/л, L 6-12*10<sup>9</sup>/л).</p> <p>2. Сарикликни билирубинни 85 мкмоль/л га етганида пайдо булиши, хаётини 5-8 кунда максимал гипербилирубинемия 137-171 мкмоль/л. Узакли сарикликни ривожланиши хавфи билирубинни микдори 170 мкмоль/л.</p> <p>3. Сийдик тахлили меърида: (N- нисбий зичлиги 1002-1015, рН 5-8, глюкоза ++. Лейкоцитлар курув майдонида 5% , Ер 1-2 та.</p> <p>4. Нажаси ялтирок тусли ёг булакчалари билан, таркибида нейтрал ёг ва ёг кислоталари мавжуд.</p>	<p>1. Морфофункционал етуклигини Боллард жадвали ёрдамида аниклаш.</p> <p>2. Нейросонография.</p>	<p>1. Боллард жадвали буйича баллар йигиндиси 29, 35-36 гестацион хафтага мос келади.</p> <p>2. НСГ мия етуклиги даражасини, мия ичига кон куюлишларни, кальцификатларни, яллигланишни, мияда ривожланиш нуксонларини аниклаш имконини беради.</p>	<p>1. Хомила ривожланишини кечикишида-дисэмбриогенез стигмалари мавжуд.</p> <p>2. Муддатига етиб тугилган чакалок:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Териси силлик, оч пушти тусли;</li> <li>• Лануго факат билан ва елка сохасида бор;</li> <li>• Товонни барча юзасида бурмалар яккол намоен булиб туриюди;</li> <li>• Кулок супраларида тогай тукумаси яхши ривожланган;</li> <li>• Угил болаларда мойк ёргокка тушган ва ёргокни бурмалари ривожланган;</li> <li>• Киз болаларда катта уятли лаблар кичик уятли лабларни беркитиб турибди.</li> </ul>	<p>1. <u>Муддатига етмай тугилган чакалоқларни парваришлаш бўлимига утказиш.</u></p> <p>2. <u>Температур режим</u> - 24-25°С палатада.</p> <p>3. <u>Овқатлант ириши</u> - она сути.</p> <p>4. <u>Чумилтириши.</u></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Шошилинч ҳолат: нейротоксикоз 2 даража

Ёши: 8 ой

Тана вазни: 8 кг

Ташхислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ёткизишга кўрсатма	Транспортировка
<p>Хушни бузилиши - сопор, кома  <b>Микроциркуляциянинг бузилиши</b> - рангпарлик, мраморсимон кўриниш, капилляр синама 2 секунддан ортик, кўл-оёқларнинг музлаши  <b>Юрак етишмовчилиги</b> - ЮУС 120 – 180 та минутига, САБ кутарилган  <b>иситма</b> –  <b>Диурезнинг камайиши</b>  <b>Талваса эҳтимоли</b> – энцефалитик реакция (клонико-тоник)</p>	<p><b><u>нейровегетатив тўсик:</u></b>                      Rp: Sol. Droperidoli 0,25 % 10.0                      DS: 0.1 мл/кг (0,8) мл в/и ёки                      Rp: Sol. Aminazini 0,5 % 1.0                      DS: 0.02 мл/кг 0,2 мл в/и  <b><u>томир кенгайтирувчи:</u></b>                      ганглиоблокаторлар                      Rp: Sol. Pentamini 5 % 1.0                      DS: в/в 0,5 мл/кг (4.0)                      сув-электролит мувозанатин                      меъёрлатиш:                      перорал нормогидратация - 750 мл</p>	<p>- тана ҳарорати                      - тери ранги                      - капилляр синама                      - ЮУС</p>	<p>20 минут давомидаги шошилинч ёрдам самарасизлиги (тери ранги, ЮУС, ҳарорат)</p>	<p>Бемор ҳолати – тургун ёнбош</p>
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Шошилинч ҳолат: Инфекцион-токсик шок 3 даража

Ёши: 2 ой

Тана вазни: 5 кг

Ташҳислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ётқишишга кўрсатма	Транспортировка
<p>-касалликнинг тўсатдан бошланиши ёки касаллик кечувининг критик оғирлашуви</p> <p>-тўсатдан гипотермия ҳолатига тушиши билан ҳароратнинг юкори курсаткич-ларга кўтарилиши</p> <p>-АБ нинг катастрофик тушиши (САБ 60 дан кам ёки периферической артерияларда пульснинг йўқолиши)</p> <p>-тери-геморрагик синдром (петехилар и экхимозлар)</p> <p>-кон кетиши (кофе куйкасига ўхшаш қусиш, дегтесимон нажас, гематурия, инъекция жойларидан кон кетиш).</p>	<p>1. венага йўл очиш – кўлтик ости венаси пункцияси ёки венесекция</p> <p>Rp: Hydrocortisoni hemisuccinati 0.1</p> <p>DS: 1,0 мл эритмада эритиб, в/и 0,1 мл/кг (5.0)</p> <p>2.Плазмозспандерлар инфузияси – агар самара бўлмаса (САБ&lt;60)</p> <p>Rp: Sol. Disoli 500.0</p> <p>DS: в/и 10-20 мл/кг (50 – 100 мл) 30-40’ давомида</p> <p>3. Агар 5 минут давомида самара бўлмаса– вазопрессорлар</p> <p>Rp: Sol. Mesatoni 1 % 1.0</p> <p>DS 1 мл 200 мл инфузион эритма билан минутига -40-60 томчидан ҳар 2-3 минутда АБ ни, юбориш тезлигини назорат қилган ҳолда (САБ &gt;60га ошишига эришиш) ёки болус-гантибда - 1 мл.</p> <p>Rp: Sol. Noradrenalini hydrotartrati 0.2% 1.0</p> <p>DS: мезатонга қаранг</p> <p>4. агар самара бўлмаса – гидрокортисонни қайта юбориш ва доимий плазмозспандерлар инфузияси</p>	<p>- САБ</p> <p>- ЮУС</p> <p>- капилляр синама</p> <p>- тери ранги</p>	<p>Албатта шошилин касалхонага ётқишиш</p>	<p>Эхтиётлик чорасидаги ташиш (тўсатдан юзага келадиган БУБ га кон куйилиш хавфи).</p> <p>Бемор ҳолати – тургун ёнбош</p> <p>Йўлда – вазопрессор (мезатон 1% ёки норадреналин 1%)нинг дисолдаги эритмаси минутига 40-60 томчидан СҚБ назорати остида (70 дан ортик булиши керак)</p>
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Шошилинч холат: Кишша токсикози

Ёши: 1 ёш

Тана вазни: 10 кг

Ташҳислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ётқишига кўрсатма	Транспортировка
<p>-асабий кўзгалувчанлик -тахикардия 200 дан ортик -тургун ЮЕ (периорбитал ва периферик шишлар, гепатомегалия, ўпка шиши). -ЮУС/НС 4:1 дан ортик -сон соҳасида мумсимон бурмалар -ичак парези (корин дам бўлиши, ичак перильсталтик шовкинларининг сусайиши ёки йўқолиши) -артериал гипотония -“Кувилган ит” нафаси</p> <p><b>ЭКГ – белгилари:</b> Т-Р- интервалнинг йўқолиши (Тнинг Р га усмауст тушиши). QT депрессияси манфий Т QRS кенгайиши QT интервалнинг узайиши брадикардия юррак тўхташи</p>	<p>1. асабий кўзгалувчанликни йўқотиш - Rp: Sol. Seduxeni 0.5 % 2.0 DS: в/в 0,1 мл/кг (1.0) агар самара бўлмаса Rp: Sol. Natrii oxybutirati 20 % 10.0 DS: 10 мл физ. э-мада эритиб, в/и 0,5 мл/кг (5 мл)</p> <p>2. Тахикардияни йўқотиш: - QT интервалнинг узайишида Rp: Sol. Calcii gluconati 10 % 10.0 DS: в/и минутага 0,03 мл/кг тахикардии йўқолунча (минутага 0.3 мл) -ёки TP интервалнинг кискаришида Rp: Sol. Isoptini 0.25 % 2.0 DS: в/в 0,8 мл в 20 мл 20% глюкозада в/и</p> <p>3. Кислород ингаляция доимий (бурун катетери ёки маска оркали 4 л/мин 45%).</p> <p>4. Нейровегетатив тўсик + томир кенгайтирувчилар</p> <p>5. Ўпка шишида: -интратрахеал (интубация ёки трахея пункцияси) кўпик ўчиргич (30% спирт, антифомсилан 10%, силикон 10% - 1 мл). Rp: Sol. Pentamini 5 % 1.0 DS: в/и 0,5 мл/кг (5.0) Rp: Sol. Furosemidi 1 % 2.0 DS: в/ви0,2 мл/кг (2.0) шошилинч строфантин юбориш Rp: Sol. Strophantini 0.05 % 1.0 DS: 0,2 мл 10 мл дисол билан, аста-секин в/и</p>	<p>- ЮУС - НС - Капилляр синама - Тери ранги</p>	<p>Албатта шошилин касалхонага ётқишиш</p>	<p>Бемор холати – онанинг кулида вертикал холатда</p>
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Шошилинч ҳолат:** ўткир ларинготрахеитда 3 даражали ларингостеноз

**Ёши:** 2 ёш

**Тана вазни:** 12 кг

Ташҳислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ётқишишга кўрсатма	Транспортировка
- ЎРВИ белгилари (иситма, тумов, томок кизариши) -ит хуришига ухшаш йўтал -Стридор -Инспиратор хансираш -жисмоний зўриқишда таркалувчи тинч ҳолатдаги периорал цианоз, -2-3 даражали ретракция	1. Кислород ингаляцияси (гипероксид синама). 2. Чалгитувчи даволаш (оёк ваннаси) Қ ишқорли суюқликлар ичириш. 1. Венага йўл очиш  Rp: Sol. Prednisoloni 3 % 1.0 DS: в/и 0,15 мл/кг (1.8 мл)  Rp: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0.1 % 1.0 DS: в/и 0,01 мл/кг (0.12 мл)	- нафас хажми - нафас шовқини - НС - ретракция	Шошилинч ёрдам самарасизлиги	Бемор ҳолати – ярим ўтирган - Йўлда кислород ингаляцияси билан ташишни амалга ошириш (70 %, 3-4 л/мин), трахея интубациясини ўтқишишга тайёр туриш.
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Шошилинч ҳолат:** Обструктив бронхитда 3 даражали ўткир бронхиал обструкция

**Ёши:** 4 ой

**Тана вазни:** 6 500 г

Ташхислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ёткизишга кўрсатма	Транспортировка
-ифодаланган безовталик -узокдан эшитилувчи хириллашлар. -Экспиратор ёки аралаш хансираш -Ретракция -Ўпкада аускультатив: -ўпка эмфиземаси (суст нафас, бронхофония, кутигасимон товуш). -Гиперкриния – нафас чикарганда кўпол гижилловчи хириллашлар. -Шиш – нафас чикарганда таркок майда пуфакчали ва субкрепитацияли хириллашлар. -Бронхоспазм – нафас чикарганда курук хуштаксимон хириллашлар. -«Соков» ўпка (нафас сусайган, хириллашлар йўқ) – ифодаланган ЎБО.	1. НС 60 дан ортик бўлса, 45% ли кислород ингаляцияси 4 л/мин 2. венага йўл очиш 3. Rp: Sol. Euphilini 2.4 % 10.0 DS: в/в 0,3 мл/кг (2.0)в/и	- нафас хажми - нафас шовкини - НС - ретракция	Албатта шошилинч касалхонага ёткизиш	Бемор ҳолати - ярим ўтирган Доимий 45% ли кислород ингаляцияси (4 л/мин) билан
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Шошилинч ҳолат:** Плевра ичи таранглашиш синдроми, ўткир шакли, очик пневмоторакс

**Ёши:** 3 ёш

**Тана вазни:** 14 кг

Ташхислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ёткизишга кўрсатма	Транспортировка
-кескин безовталик, кўркув -кийналиб нафас олиш, озги билан хавони ушлашга ҳаракат килиш -тери рангпарлиги, совук ёпишкок тер -кучайиб борувчи (таркалувчи) цианоз -АБ нинг тушиши - трахеянинг сагиттал чизикдан силжиши -юрак тонлари проекцияларининг силжиши -кўкрак кафасида ёки бўйинда ёки коринда хаво сўрувчи яра -кўкрак нафаси жарохатланган томонининг нафас олишда орқада колиши -тимпанит – кўкрак кафаси жарохатланган томонида нафас шовкинларининг йўқлиги шумў <b>касал томонида</b> -секин-аста ковургалар ораликларининг силликлашуви	1. ҳолат – ярим ўтирган. 2. хаво сўрувчи ярага окклюзион боғлам кўйиш 3. Маска оркали 100 % ли кислород ингаляцияси (6-8 л/мин) 4. Маска оркали 45 % кислород ингаляцияси (6 л/мин)	- САБ - Капилляр синама - ЮУС - НС - Ретракция - Трахея проекцияси - Юрак тонлари проекцияси	Албатта шошилинч касалхонага ёткизиш	Бемор ҳолати – ярим ўтирган Маска оркали 45 % ли кислород ингаляцияси 6 л/мин
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Шошилинч ҳолат:** ЎИИ да 2 даражали эксикоз

**Ёши:** 1 ёш

**Тана вазни:** 10 кг

Ташҳислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ётқишишга кўрсатма	Транспортировка
-1 секунддан ортиқ вақтда тери бурмасининг тикланиши -лаблари курук -тери курук -кўз олмалари ригидлиги -диурез камайган -корин дам эмас, перильстальтик шовкинлар аниқ эшитилади	1. глюкоза-гузли эритмаларни қўп ичириш (180 – 200 мл/кг /2 литр/ кунига)	- тери бурмасининг тўғриланиши - тери ва лабларнинг куруклиги - тана ҳарорати	Эпидемик ёки социал-маиший кўрсатмалар асосида касалхонага ётқишиш	Бемор ҳолати – она кулида эркин
100% - 4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50% - 2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Шошилинч ҳолат: ЎРВИ да гипертермик синдром («ок» иситма)

Ёши: 5 ёш

Тана вазни: 20 кг

Ташхислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ётқишишга кўрсатма	Транспортировка
-безовталиқ, уйқучанлик ёки делерия. -совукотиш ёки совукни хис қилиш. -рангпарлик. -акроцианоз. -қўл-оёқларнинг музлаши. -тахикардия. -тез-тез нафас олиш - <b>ЎРВИ белгилари (бурундан суюқлик ажралиши, томоқ кизариши)</b>	1. Rp: Sol. Analgini 50 % 1.0 DS: м/о 0,1 мл/ёш (0,5 мл)  2. Rp: Sol. Droperidoli 0.25 % 10.0 DS: м/о 0,1 мл/ёш (2,0 мл)  ёки  Rp: Sol. Dimedroli 1 % 1.0 DS: м/о 0,05 мл/ёш (0,3 мл) ёки  Rp: Sol. Pipolpheni 2.5 % 2.0 DS: в/м 0,01 мл/кг (0,2 мл) 2. агар самара бўлмаса – 4 мартагача 5 минут оралатиб илик сув билан артиш	- Хулқи (ўзини тутиши) - тана ҳарорати - тери ранги	Геморрагик тошмаларни излаш: - агар бор бўлса – юқумли касаллоиклар шифохонасига ётқишиш. - Агар йўқ бўлса – участка шифокори назорати остида уйда қолдириш.	
100% - 4,0	3,0	1,0	2	-
50% - 2,0	1,5	0,5	1	-
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	-
Максимал балл – 10 б.				

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Шошилинч ҳолат: буйрак санчиги

Ёши: 9 ёш

Тана вазни: 28 кг

Ташҳислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ёткизишга кўрсатма	Транспортировка
-бел соҳасида ёки коринда кесувчи оғриklar -коринга, бурун бўшликига (ёргокка, жинсий лабларга сон соҳасига) иррадиацияланади -дизурия -пайпаслаганда умуртка-ковурга бурчагидаги оғрик	1. Rp: Sol. Analgini 50 % 1.0 DS: м/о 0,1 мл/ёш (0,9 мл)  Rp: Sol. Nospani 2 % 1.0 DS: м/о 1.0 мл ёки  Rp: Sol. Papaverini hydrochloridi 2 % 2.0 DS: м/о 0,3 мл/ёш, 2,0 мл дан ошмаслиги шарт (2,0 мл) 2. Бел соҳасига грелка ёки иссик ванна	- оғрикнинг мавжудлиги - дизурия	Агар самара бўлмаса ёки санчиш биринчи марта кузатилаётган бўлса	Бемор ҳолати - эркин
100%      -      4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50%        -      2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ -      0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				



**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Шошилинч ҳолат:** чин чўкиш

**Ёши:** 10 ёш

**Тана вазни:** 30 кг

Ташҳислаш мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам самарасини баҳолаш	Касалхонага ёткизишга кўрсатма	Транспортировка
-хушсиз (оғрикга жавоб реакцияси йўқ) -нафас йўқ (кўринмади, эшитилмади, сезилмади) -кон айланиш йўқ (уйку артериясида пульс йўқ) - биологик ўлим белгилари йўқ («эриётган музчалар», «мушук кўзи» симптомлари манфий)	1. бўйин соҳасида жароҳат, деформация, шишларни текшириш (умуртка погонасининг бўйин қисми шикастланиш белгилари) 2. агар шикастланиш белгилари бўлмаса, беморни кутқарувчининг буқилган сон соҳасига корни билан ёткизиб, 15 секунд давомида кўкрак қафасини ён томондан сиқиш 3. агар шикастланиш белгилари аниқланса, бош ва бўйинни стабил ушлаб туриб, беморни орқаси билан ётган ҳолатда кўкрак қафасини сиқиш 4. агар шикастланиш бўлмаса – бемор бошини орқага эгиш	Хуши даражаси Нафас олиш товуши ва ҳажми Уйку артерияда пульс пайдо бўлиши ЮУС НОС	Мажбур Тезкор Йулда реанимацион ҳаракатлар кислород ингаляция билан (100 % 8 – 10 л/мин) давом этиш	
100% - 4,0	3,0	1,0	2	-
50% - 2,0	1,5	0,5	1	-
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	-
Максимал балл – 10 б.				

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Шошилинч ҳолати:** Героин (опиатлари) билан оғир даражадаги заҳарланиш **Ёш:** 15 ёш

**Тана вазни:** 40 кг

Диагностик мезони	Шошилинч ёрдам баённомаси	Шошилинч ёрдам кўрсатилгандаги эффектив назорат	Шифохонага ётқишига бўлган кўрсатма	Транспортировка
-Кома -Нафас фолитини то тўхташгача бўлган ҳолати -Артериал гипотензия -Брадикардия -Миоз (гипоксияда мидриаз холида ҳам бўлиши мумкин)	1. ABC ёрдам 2. Беморни маҳкам қилиб турғунлаштириш 3. Налоксон 400 мкг (1,0 мл) 2 – 3 минут ичида вена ичига. Кейин ҳар 3 – 5 минутда то хушига келгунча ва нафас олиши тиклангунча юборилади	ABC баҳолаш ЮҚС НС Налоксонни умумий доза миқдори (агар 10 мг ва эффект бўлмганда бошқ наркотик моддалар таъсири ҳақида ўйлаш керак.)	Мажбури токсикологи марказга ётқишиш	-Тикловчи ҳолатни бериш -Кислородли ингаляция маска орқали 8 л/мин -Керак бўлганда СН -Уйғотиш керак эмас -Маҳкамланганлиги сифатини назорат қилиш
100%    -    4,0	3,0	1,0	1,0	1,0
50%       -    2,0	1,5	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ   -    0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қайталувчи бронхит.

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 35 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> йўтал, умумий холсизлик, йўтал ОРЗ дан 3 кундан кейин пайдо бўлган. 3-5 hafta давом этган. Йўтал аввал курук, кейин хўл бўлган.</p> <p><b>Анамнезидан</b> аниқланишича, бола 1 йилда 3 марта ОРЗ билан касалланган, йўтал азобловчи.</p> <p><b>Объектив:</b> умумий ахволи ўртача оғирликда, бўшашган, териси оқарган, бурун – лаб учбурчаги цианози, чодир қизарган, мўртак беги катталашган. ўпкада перкутор ўпка товуши, аскультация Ҳар-хил калибри хуштаксимон хириллашлар.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b></p> <p>1) Гемоглобин 110 г/л</p> <p>2) Эритроцитлар- <math>3,8 \times 10^{12}/л</math></p> <p>3) Рк-0,9</p> <p>4) Лейк-<math>10,0 \times 10^9/л</math>,</p> <p>5) ЭРИТРОЦИТЛАР ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ- 12мм/ч,</p> <p>6) ядро сегм. - 55%</p> <p>7) эозинофил-3%</p> <p>8) моноцит-4%</p> <p>9) лимфоцит - 57%.</p> <p><b>Иммунограмма:</b> Хужайра ва гуморал иммунитетини пасайиши</p>	<p>Конда лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, нормада <math>4 \cdot 10^9/л</math>), эритроцитларроцитлар чукиш тезлигининг ортиши (нормадан 2-10 мм/с), инфекцион яллиғланиш хисобига, лимфоцитоз (лимфоцитлар сонини ортиши нормадан 19-37%) вирусли инфекция хисобига келиб чиқади.</p>	<p><b>Рентгенограмма</b> ўпка рентгенограммасида ўпка сурати кучайиши. ўпка илдизи кенгайиши. ўчоқлик соя аниқланмади.</p>	<p>Бронхитга хос тасвир</p>	<p>Сурункали пневмония – йўтал эрталаб, жисмоний ривожланишда орқада қолиш, балғам кўп микдорда, Кўкрак кафаси деформацияси. Рентгенда ўпка тасвирининг кучайиши ва деформацияси, бронхлар девори қалинлашган. Пневмосклероз бир ёки бир неча сегментда.</p>	<p><b>1. Ўткир даврда</b> Ётоқ режим 3-5 кун. Пархез – 15 стол. <b>Антибактериал даво:</b> Ампициллин таб. 0,5 х 4 марта. Ампиокс, Цефазолин Rp: Ampicillini - natrii 0,5 Ds: 0,5 х 4 маҳал м/о <b>Муколитик препаратлар:</b> Бромгексин таб. 0,04 х 3 марта. Муколтин 0,05 х 3 марта 10 кун Лазолван 0,03 х 3 марта 10 кун Rp: Tab. Mucaltini 0,05 Ds: 1 таб. х 3 маҳал ичишга <b>Витамин даво:</b> Аскорутин – 1 таб. х 3 марта, В1, В6 Rp: sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml Ds: 1 мл х 1 маҳал м/о <b>Физиотерапия:</b> 2% сода билан ингаляция. Постурал дренаж ва вибрацион массаж. <b>2 Ремиссия даври</b> Бронхомунал 1 ой давомида 1 капс. х 3 марта. қиздириш. Нафас гимнастика. Санатория курорт даволаш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг томонлама пастки бўлакнинг (крупоз) пневмонияси, ўткир кечуви, асоратсиз.

**Ёши:** 12 ёш.

**Тана вазни:** 36 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Тана харорати бирдан ошиши, қалтираш, умумий холсизлик, бош оғриғи, бош айланиши, толиқиш, оёқ қўлларда холсизлик, қусиш, ўнг қовурға остида оғриқ.</p> <p><b>Объектив қўрувда:</b> боланинг ахволи оғир, кучли интоксикация, тери рангпар, лаблар қуруқ, нафас етишмовчилик белгилари кузатилади: бурун лаб учбурчашда цианоз, хансираш, нафас олиш ёрдамчи мушаклар иштирокида. Хўл йўтал, кам микдордаги балғам билан. Болада Кўкрак қафасининг ўнг томони нафас олишда ўнг қовурға остида оғриқ. Перкуссияда: ўнг томонда айниқса пастки бўлакда тўмтоқ товуш. Овоз дириллаши сусайган, бронхофония кучайган.</p> <p><b>Аускультацияда:</b> ўнг томонда пастки бўлак соҳасида бронхиал нафас фонидаги юмшоқ крепитацияланувчи хириллашлар, чап томонда дағал нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган, чўққида систолик шовқин. Қорин юмшоқ, ўнг қовурға остида оғриқ. Жигар +2см. Талоқ пальпацияланмайди. Ич келиши ва диурез меъёрда.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b></p> <p>Гемоглобин– 120г/л., Эритроцит– 4,0x10<sup>12</sup>/л., Ранг қўрсаткич–0,9, Лейкоцит– 14x10<sup>9</sup>/л, Таёқ ядр. - 4%, Сегм.ядр - 75%, Эозинофил - 1%, Лимфоцит - 17%, Базофил – 1%, Моноцит – 3%. Эритроцитларнинг чўкув тезлиги–20 мм/с.</p>	<p>Лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, меъёрда 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), лейкоцитар формулани чапга силжиши (таёқча ядролари нейтофилларни камайиши, меъёрда 1-6%). Нейтрофилёз (сегмент ядролари нетрофилларни ортиши, меъёрда сегм.ядр. 47%-72%), инфекцион яллиғланиш ҳисобига. Лимфопения (лимфоцитлар сонининг камайиши, меъёрда 19%-37%), нетрофилёз ҳисобига келиб чиқади. Эритроцитлар чўкув тезлигини ортиши (меъёрда 2-10 мм/с), ацидоз ҳисобига.</p>	<p>Рентгенография: ўнг ўпканинг пастки бўлагида инфилтратив соя. Чап томонда қонтомир тасвири кучайган.</p>	<p>ўнг томонлама пастки бўлакнинг крупоз пневмония кўриниши</p>	<p>1. ўткир бронхит билан. Унга: хансираш хос эмас, аускультацияда қуруқ ва нам – ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар. R-граммада: инфилтратив соялар йўқ. 2. ўткир бронхит билан, унда кучли нафас етишмовчилиги кузатилади ривожланган. ўпкада майда пуфакчали нам хириллашлар.</p>	<p><u>1. Ётоқ тартиби.</u> <u>2. Пархез № 15.</u> <u>3. Антибактериал терапия:</u> Ампиокс 50 мг/кг/сут. кунига 4маҳал м/о 10 кун давомида, 3 маҳал 10 кун давомида, гентамицин 4% эритма 3-5 мг/кг/сут 10 кун давомида) Rp: Cefazolini 1,0 D.t.d. № 10 S: 0,5, 3 маҳал м/о. <u>4. Дезинтоксикацион терапия</u> (глюкоза 10% ли эритмаси, гемодез, реополиглюкин 10 мл/кг ҳисобидан 3-5 кун давомида) Rp: Pheopolylglucini 200,0 D.t.d. № 3 S. 200,0 мл дан в/и томчилаб <u>5. Витаминотерапия</u> (Вит С, Вит В гуруҳ витаминлари)10 кун давомида Rp: Sol . Acidi ascorbinici 5% - 1,0 D.t.d. № 10 in amp S. 2 мл. дан в/и физ. эритмада <u>6. Муколитиклар</u> (мукалтин 0,05, 1 таб х 3 мах – 10 кун, бромгексин 0,08 1 таб 3 маҳал– 10 кун, лазольван 0,03 1 таб 3 маҳал – 10 кун.) Rp: Mukaltini 0,05 D.t.d. № 30 in tab S: 1 таб 3 маҳал овқатдан кейин, 1 стакан қайнаган сувда эритиб</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сурункали носпецефик зотилжам, бронхлар деформацияси билан, чап томонлама, ўртача оғирликда, зўрайиш даври.

**Ёши:** 4 ёш **Тана вазни:** 16 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> йўтал, хансираш, тана хароратининг кўтарилиши, иштаханнинг пасайиши.</p> <p><b>Анамнези:</b> 4 марта ўткир пневмония ўтказган. Охирги зўрайиши 3 ой олдин кўк йўтал ўтказгандан кейин бошланган.</p> <p><b>Қўрувда:</b> ахvoli ўртача оғирликда, тери рангпар, тўкималар тургори пасайган. Бурун-лаб учбурчагида озгина цианоз, хансираш, ковурағалараро мушакларнинг кучсиз тортилиши билан.</p> <p><b>Перкуссияда:</b> чапда пастки бўлагида ўпка товушининг кискариши. Аускультацияда шу соҳада жарангдор майда пуфакчали нам хириллашлар, крепитация. Бошқа соҳаларда кам миқдорда хўл ва тарқалган курук хириллашлар. Юрак тонлари бўғиқлашган, чўққида систолик шовқин, қорин юмшоқ, жигар +2,5 см. пешоб ва нажас меъёрида. Туберқўлин синамаси манфий.</p>	<p><b>Умумий қон таҳли:</b></p> <p>Гемоглобин–110 г/л, Эритроцит-<math>4,9 \times 10^{12}</math>/л, Лейкоцит-<math>12,5 \times 10^9</math>/л, Таёқ ядр.-6%, Сегмент ядр-80%, Эозинофил-3%, Лимфоцит-8%. Эритроцитларнинг чўқув тезлиги-15 мм/с.</p>	<p>Лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, меъёрда <math>4,0-9,0 \times 10^9</math>/л). Нейтрофилёз (нетрофиллар миқдорини ортиши, меъёрда сегм.ядр. 47%-72%), инфекцион яллиғланиш ҳисобига. Лимфопения (лимфоцитлар сонининг камайиши, меъёрда 19%-37%), нетрофилёз ҳисобига келиб чиқади. Эритроцитлар чўқув тезлигини ортиши (меъёрда 2-10 мм/с), ацидоз ҳисобига.</p>	<p>Рентгенограммада: ўпка суратининг кучайиши ва деформацияси, бронх деворларининг қалинлашиши, ўнг тарафда ўпканинг баъзи сегментларининг кискариши.</p> <p>Бронхография: бронхлар деформацияси.</p> <p>Бронхоскопия: бронхлар шиллик қавати шишган, фиброз билан қопланган, бронхлар деформацияланган.</p>	<p>Хулоса: ўнг ўпка пастки бўлагининг пневмосклерози ва бронхлар деформацияси белгилари.</p> <p>Хулоса: бронхлар деформацияси, фибриноз эндобронхит.</p>	<p>1. Чўзилган пневмонияда бронх-ўпка тизимидаги яллиғланиш жараёни 6-8 ойдан ортиқ, клиник морфологик ўзгаришларни (рентген ва бронхологик текширувлар) тўлиқ орқага қайтиши характерли.</p> <p>2. Сурункали бронхитда бронхлар деформацияси кузатилади, пневмосклероз бўлмайди. Клиник кўриниши кам ифодаланган: йўтал, обструкция белгилари устунлик қилади. Интоксикация белгилари кам кузатилади.</p> <p>3. Спецефик пневмонияга кучли ривожланган интоксикация, озиб кетиш, ҳамма группа периферик лимфа тугунларининг катталашиши, Манту синамасининг мусбатлиги ва туб.анамнез характерли.</p>	<p><u>1. Ётоқ тартиб.</u> <u>2. Пархез № 15.</u> <u>3. Антибактериал терапия:</u> Ампиокс, цефазолин, гентамицин, сумамед. Rp: Cephazolini 1,0 DS: 0,5г 2 маҳал м/о. <u>4. Муколитик:</u> 1% калий йодид эритмаси, мукалтин, бромгексин. Rp: Mukaltini 0,05 D.t.d. № 30 in tab S. 1 таб 3 маҳал 1/4стакан сувда эритиб ичилади. <u>5. Витаминотерапия:</u> В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, С. Rp: Sol.Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10 DS: 0,5 мл м/о. <u>6. Иммунотерапия:</u> Бронхомунал «П», рибомунил.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Спазмофилия, очиқ шакли, ларингоспазм. **Хамроҳ:** Рахит II даражали, ўткир ости кечуви, реқонвалесценция даври

**Ёши:** 10 ойлик

**Тана вазни:** 9,6 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнез:</b> Бола йиғлаганда нафаси ичига тушиб кетиб, кўкаради. Шундан сўнг шовқинли нафас олиб, хўрозга ўхшаб қичкиради. Уч хафталикдан бола сунъий овқатлантиришда, сут, маний бўтқаси, творог билан озикланади. Рахитни махсус профилактикаси ўтказилмаган.</p> <p><b>Қўрувда:</b> умумий ахволи коникарли, фаол, атрофдагиларга реакцияси адекват. Психомотор ривожланиш ёшига мос. Пешона ва тепа дўмбоқчалари бўртган, энсаси яссиланган, рахитик дўмбоқчалар. Катта лиқилдоқ 1x1 см, тишлари – 2 та. Жигар қовурға равоғидан 2,5 см чиқиб турибди, талок катталашмаган</p>	<p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Кальций -1,7 ммоль/л, Фосфор -1,8 ммоль/л, Магний – 0,6 ммоль/л, Ишқорий фосфатаза - 100 БР/л, РН-8</p>	<p>Гипокальцемия (конда кальций микдориги камайиши, меъёрда конда 2,5-2,87 ммоль/л). Гиперфосфатемия (фосфор микдорини камайиши, меъёрда 1,45-1,78 ммоль/л), қалқонсимон олди бези гипофункцияси натижасида фосфатларни буйрақларда реабсорбциясини кучайиши. Гипомагнемия (магний микдорини камайиши, меъёрда 0,71-0,95 ммоль/л). Кальций-магний тузларини етишмовчилиги, кальций-фосфор тузларини суяқларда кучли йиғилиши натижасида. Ишқорий фосфатаза меъёр (меъёрда 71-142 БР/л). Алкалоз (кон муҳитини ишқорийлиги, меъёрда 7,4) кондаги ишқорий резервларни ортиши ҳисобига келиб чиқади.</p>	<p>Найсимон суяқлар рентгенограммасида ўсиш зонасида нотартиб каттиқлашиш</p>	<p>Ўсиш зонасида кальций-фосфор тузларини йиғилиши рахитнинг реқонвалесценция даврига хос.</p>	<p>1. Яширин спазмофилияда Хвостек, Люст Маслов, Труссо симптомларининг мусбатлиги характерли. 2. Карпопедал спазмда оёқ панжаси мушаклари спазми тинч холатда ҳам аниқланади. 3. Эклампсияда клонико-тоник талвасалар кузатилади.</p>	<p><u>1. Хонага тоза хаво киритиши</u> <u>2. Оксигенотерапия</u> <u>3. Тил илдизини бармоқ билан босиши</u> <u>4. Сунъий нафас олдириши</u> <u>5. Талвасага қарши:</u> Магnezия сульфат 25% эритмаси 4,0 м/о ёки седуксен 0,5% эритмаси 1,0 м/о Rp: Sol. Seduxeni 0,5%-2,0 DS: 1 мл дан м/о. <u>6. Талваса тўхтагандан</u> сўнг фенобарбитал 0,005, 2-3 маҳал <u>7. Витамин D препарати:</u> Эргокальциферол, вигантол, видехол. ВитД 0,5%ли мойли эритмаси 4000-5000 ХБ хар куни клиник кўрсаткичлар меъёрлашгўнга қадар Rp: Sol. Ergocalciferoli oleosae 0,125%-10,0 DS. 4 том 1 маҳал ичишга <u>8. Витамин терапия (С, В гуруҳ)</u> <u>9. Кальций препаратлари:</u> Кальций глюконат, Кальций глицерофосфат. Rp: Tab. Calcii gluconatis 0,5 DS. 0,25г 3 маҳал ичишга.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Лимфатико-гипопластик диатез.

Ёши: 5 ёш.

Тана вазни: 22 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бола ланж, апатик, тўқималар тургори пасайган, тери бурмалари нотекис, мускуллари суест ривожланган, тонуси пасайган. Боланинг тана тузилиши диққатни тортади: бўйни калта, суяклари кенг ва дағал, шу билан бир қаторда узун ингичка кураклар қанотсимон бўртиб туради. Кўкрак қафасининг юқори апертураси торайган, ковурагалар горизонтал жойлашган. Бола тез чарчайди. Энес ва қўлтиқ ости лимфа тугунлари, бодомсимон безлари катталашган. Аускультацияда: юрак чўққисиди функционал шовкин эшитилади. Перкуссияда томир тутами кенгайган, гипертрофиялашган тимус хисобига. Нафас олиши оғиз орқали.	<b>Қон умумий тахлили:</b> Гемоглобин 120 г/л, Эритроцит $5 \times 10^{12}$ /л, Лейкоцит $6,6 \times 10^9$ /л, Таёқча ядроли 2%, Сегмент ядроли 16%, Лимфоцитлар 65%, Эозинофиллар 3%, Моноцитлар 8%, Эритроцит чўқиш тезлиги 10 мм/с.	Сегмент ядроли камайган (меъёрда 42-48%) Лимоцитлар (меъёрда 40-45%) сони ошган  <b>Хулоса: Нисбий лимфоцитоз ва нейтропения, айрисимон без функцияси етишмовчилиги билан боғлиқ.</b>	Кўкрак қафаси рентге-нограммасида кўкс оралғининг юқори қисмида кўшимча соя кўринади. Юрак кичик ўлчамда, томчисимон кўринишда.	Хулоса: Тимомегалия, юракнинг кичиклиги (гипоплазияси).	Паратрофияда териости ёк қаватининг кўпайиши бир текисда, бир томонлама углеводли ва кўп овқатланиш сабабли. Бунда лимфоид тўқиманинг гиперплазияси ва тимомегалия белгилари йўқ.	1. <u>Тартиб ва парвариш:</u> жисмоний ва рухий зўриқишлардан асраш, профилактик эмлашни назорат қилиш. 2. <u>Пархез:</u> углеводли ва юқори аллергенли махсулотларни чеклаш. 3. <u>Бўйрак усти беши фаолиятини яхшилаш учун:</u> Глицерам. Rp: Tab. Glicerami 0,05 №60 DS: 1 таб. 2 маҳал овқатдан 30мин олдин ичишга. 4. <u>Иммунитетни ошириш учун:</u> метилурацил, пентоксил. Rp: Tab. Pentoxyl 0,2 obductas №10 DS: 1 таб дан 2 маҳал ичишга. 5. <u>Витаминотерапия:</u> пиковит, В гр витаминлари, микро-элементлар. Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10 DS: 1 мл дан м/о 1. Тимус функцияси ўткир етишмовчилигида глюкокортикоидлар: преднизолон. Rp: Sol. Prednisoloni 3%-1,0 D.S: 0,3мл м/о
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Сурункали энтероколит, ўртача оғир даража, тўлқинсимон кечиши.

**Ёши:** 13 ёш.

**Тана вазни:** 31 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> коринда киндик атрофида, йўғон ичак проекциясида оғрик, коринни дам бўлиши, тез чарчаш, нажасни ўзгариб туриши (қабзият, диарея).</p> <p><b>Анамнези:</b> бемор 2 йил олдин салмонеллез билан оғирган, 1 йил олдин ахлатида лямблия цистаси аниқланган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> умумий ахволи ўртача оғир, оғирлиги диспептик ва астено-вегетатив синдромлар билан боғлиқ. Холати актив, жисмоний ривожланиши паст. Тери қоплами рангпар. Юзида гиперпигментациялар бор. Териси курук, тананинг очик жойларида пигментациялар кузатилади. Тери ости ёғ қавати кам ривожланган. Паренхиматоз органларда ўзгаришлар йўқ, лаблари чети бичилган, тили оқ караш билан қопланган, сургичлари гипертрофияланган, тиш излари тушган. Пальпацияда: киндик атрофида йўғон ичак проекциясида оғрик қайд қилинади. Герц–Образцов симптомлари мусбат. Ахлати ўзгарувчан, диурез доимий.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Гемоглобин-84 г/л, Эритроцит-<math>3,0 \times 10^{12}/л</math>, Ранг кўрсаткичи-0,8, анизоцитоз.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Умум оксил-50 г/л, темир-5 ммоль/л, кальций-2,0 ммоль/л.</p> <p><b>Копрограмма:</b> реакцияси нордон, охиригача парчаланмаган овқат махсулотлари, нейтрал ёғлар, совун, мушак толалари, крахмал, йодофил флора.</p>	<p>Қонда гемоглобин пасайган (меъёрда 110-140 г/л). Эритропения (эритроцитлар сонини камайиши, меъёрда <math>3,9-4,7 \times 10^{12}/л</math>). Гипохромия (ранг кўрсаткичи пасайган, меъёрда 0,85-1,00). Гипопротеинемия (умумий оксил камайган, меъёрда 56-80 г/л). Сидеропения (зардобдаги темир миқдорини камайиши, меъёрда 10,7-21,5 ммоль/л). Гипокальцемия (кальций миқдорини камайиши, меъёрда 2,5-2,87 ммоль/л). Бу ўзгаришлар ичакдаги сурулишни бузилиши натижасида келиб чиқади.</p> <p>Нажасда стеаторея (нажасда ёғларнинг бўлиши, меъёрда бўлмайди). Креаторея (мушак толаларининг бўлиши, меъёрда бўлмайди). Бўлиши (ичакларда сўрилишни бузилиши ва ферментатив етишмовчилик ҳисобига).</p>	<p>Рентгенография барий эритмаси билан, ирригография: ичак рельефи ва контури қалинлашган.</p> <p>Колоноскопия: бурмалари атрофиялашган, катарал ўзгариш қайд этилади.</p>	<p>Хулоса: яллиғланиш ва шиш ҳисобига.</p>	<p>1. Сурункали гастрит, гастродуоденит—бунда оғрик эпигастрал соҳада бўлади ва овқат қабул қилиш билан боғлиқ. Диспептик ўзгаришлар кўпроқ ошқозон яллиғланишига хос (кўнгил айниш, жиғилдон қайнаш).</p> <p>2. Ошқозон яраси- оғрик ўткир, эпигастрал соҳада, оғрик кўпроқ оч коринга, овқат егандан сўнг камаяди. Мендел симптоми мусбат.</p>	<p>1. <u>Пархез №4.</u> 2. <u>Антибиотиклар:</u> энтеросептол, полимиксин, левомицетин Rp: Tab. Enteroseptoli 0,25 DS: 1 таб. 3 маҳал ичишга. 3. <u>Эубиотиклар:</u> бифидум бактерин лактобактерин 5 доз 2 маҳал ичишга 4. <u>Фермент препаратлар:</u> мезим форте, фестал, панзинорм, креон. Rp: Tab. Mezim forte DS: 1 табл 3 маҳал овқат вақтида 5. <u>Шиллиқ қават регенерациясини яхшилаш учун:</u> метилурацил, пентоксил. Rp: Tab. Pentoxylil 0,2 obductas №10 DS: 1 таб 2 маҳал ичишга 6. <u>Витаминотерапия.</u> Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10 DS: 0,5 мл м/о. 7. <u>Фитотерапия.</u> 8. <u>Физиотерапия.</u></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир пиелонефрит, актив даври, буйрак фаолиятини бузилишисиз.

**Ёши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 19 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: бел соҳаси-даги оғриққа, тез-тез оғриқли сийишга, фебрил даражагача иситмалашга. Юкоридаги шикоятлар бола ота-онаси билан тоққа бориб, совуқ сувда чўмилганидан кейин пайдо бўлган. Анамнезида-тез-тез ангина билан оғриб туради. Кўрувда умумий ахvoli оғир, ҳолсиз, тана харорати 39,4С, титраш билан. Тери қопламлари рангпар, тили куруқ, куюқ оқ караш билан қопланган. қон босими 90/60мм.с.у. Юрак тонлари бўғиқлашган, чегараси ўзгармаган. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, бироз дам. Жигари катталашмаган, Пастернацкий симптоми ўнг томонда мусбат. Сийдик ажратиши тез-тез, оғриқли. Сийдик лойқали.</p>	<p><b>Қон умумий таҳлили:</b>                      1) Гемоглобин 100г/л,                      2) Эритроцит <math>3,5 \times 10^{12}/л</math>,                      3) РК-0,8,                      4) Лейкоцит <math>14 \times 10^9/л</math>,                      5) таёқча ядроли 1%,                      6) сегмент ядроли 78%,                      7) эозинофиллар 2%,                      8) м5%, 9)л-13%, 10)ЭЧТ -20мм/с.                      Сийдик анализиди:                      1)оксил -0,033%, 2)эрит-3-5, 3)лейк-30-35, 4)цилиндр гиалин.-2-3.                      Нечипоренко бўйича:                      1)эрит-1275, 2)лейк-8700, 3)гиал-18,                      4)бактерии 100 000 дан ортиқ                      Сийдик чўкмасининг микроскопиясида: лейкоцитлар нейтрофил-лардан иборат, актив лейкоцитлар 80:100.                      Сийдик бак.экишда: staph. Aureus штаммлари ўсиб чиқди.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b>                      1)умум оксил - 72г/л, 2)альбумин-55%, 3)альфа-1-глобулин-3%, 4)альфа-2 глобулин-17%, 5)бетта-глобулин-8%, 6)гамма-глобулин-27%.                      Азот ажратиш функция си:                      1)креатинин-75мкмоль/л, 2)мочевина-5,1ммоль/л, 3)қолдик азот - 19,2 ммоль/л</p>	<p><b>Гипохромик анемия (гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини пасайиши меъёрда <math>Hb120-140г/л</math>, эритроцитлар <math>4,5-5,0 \times 10^{12}/л</math>)</b>  <b>Лекоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши меъёрда <math>4,0-9,0 \times 10^9/л</math>), нейтрофилёз (нейтрофиллар миқдорини ортиши меъёрда 28-57%), ЭЧТ ортиши (меъёрда 2-10 мм/соат) инфекциян яллиғланиши ҳисоби.</b>                      қисман протеинурия – пешобда оксилни бўлиши (меъёрда бўлмади), буйрак каналчаларида оксилни реабсорцияси бузилиши ҳисобига. Бактериурия (меъёрда бўлмади) Лейкоцитурия-пешобда лейкоцитлар миқдорини ортиши (меъёрда 3-4 битта кўрув майдонида) инфекциян яллиғланиши ҳисобига. Диспротеинемия-альфа 2 ва гамма глобулин фракциялари ортиши ҳисобига (меъёрда альфа 2 5-12г/л, гамма-глобулин 8-16г/л).</p>	<p>Буйрак УТТ текшируви: ўнг томонлама косача-жомча системасида яллиғланиш белгилари. конкрементлар аниқланмайди.</p>	<p>Хулоса: яллиғланиш ва шиш ҳисобига.</p>	<p>Ўткир гломерулонефрит ўткир вирусли бактериал инфекциядан 1-3 hafta ўтгач меъёрли тана харорати фониди бошланади. Шиш, артериал гипертония кузатилади. Сийдик анализиди: гематурия, сийдик чўкмасида цилиндрлар, лимфоцитлардан иборат кам ифодаланган лейкоцитурия кузатилади. Бактериурия йўқ. Касалликнинг бошланиш даврида олигурия кейинчалик полиурия билан алмашинади. Осмотик концентрацион хусусияти пасаяди.</p> <p>Ўткир холецистит учун ўнг ковурага остидаги оғриқ характерли. Оғриқ куракка, елкага иррадиацияланади, корин парда таъсирланиши симптомлари мусбат бўлади.</p>	<p>1. <u>Ўтоқ тартиб.</u>                      2. <u>Пархез №5.</u>                      3. <u>Антибиотиклар:</u> цефаземин, гентамицин, ампициллин.                      Rp: Cephalosoloni 1,0 DS. 1,0г 2 маҳал сут. м/о                      5. <u>Дезинтоксикацион терапия:</u> глюкоза Витамин С 5% билан, реополиглюкин.                      Rp: Rheopolyglucini 200,0 DS: в/и томчилаб.                      7. <u>Антигистамин</u> препарат: Супрастин, тавегил, кетотифен.                      Rp: Sol. Suprastini 2%-1,0 DS. 0,5 мл м/о                      8. <u>Витаминотерапия:</u> Аевит, витамин В гуруҳи.                      Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10 DS: 0,5 мл м/о.                      9. <u>Фитотерапия:</u> Дала чой дамламаси 1 стакандан 3 маҳал овқатдан олдин.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Сурункали вирусли гепатит В ўртача фаолликда сустривожланган фиброзохолестит рецидив кечувчи зўрайиш босқичи

**Ёши:** 13 ёш.

**Тана вазни:** 32 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнезда</b> бемор 9 ёшида вирусли гепатитни В формаси билан оғриган. Касалхонада даволанган. Охириги 4 йил давомида вақти-вақти билан сийдикни тўқ рангда бўлиши, нажасни рағсиз бўлиши, тана харорати 38<sup>0</sup>С гача кўтарилиши кузатилган. Бўшашган, дармонсиз, асабий, кайфияти паст. Иштахаси йўқ, тана вазни пасайган. Пархез сақлаганда ҳам кўнгил айниши кузатилган. Ўнг томонда қовурга равоғи остида оғриқ овқатланишдан сўнг кучаяди.</p> <p><b>Кўрувда</b> тери қоплами рангпар, склераси субиктерик, кафтида пальмар эритема. Юзида, бўйнида томирли юлдузчалар кузатилади. Терисида айрим холларда кичишиш безовта қилади. Юрак тонлари бўғиқлашган, чегаралари ўзгармаган. Жигар +3,5+4,5+5,5см қовурга равоғидан чиққан, нисбатан қаттиқлашган, пайпаслаб кўрганда сезувчан. Талок қовурга равоғидан чап томонда 2,0 см чиққан, эластик, оғриқсиз. Нажас шаклланмаган, гохида қабзиятга мойиллик қайд этилади.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Гемоглобин-90 г/л, Эритроцит-3,3x10<sup>12</sup>/л, Ранг кўрсаткич-0,8</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> ALT – 6 ммол/л, AST – 2,5 ммол/л,  Ишқорий фосфатаза – 310 БР/л,  Умум.оксил – 50 г/л, Альбумин – 36%, Глобулин – 64%, Альфа-1-глобулин – 2%, Альфа-2-глобулин – 20%, Бета-глобулин - 12%, Гамма-глобулин – 30%, Холестерин – 7,5 ммол/л, Ум.билир.– 27,5 мкмол/л, Боғланган б. - 11 мкмол/л, Боғланмаган б. – 16,5 мкмол/л, С-реактив оксил ++, Тимол синамаси – 10 бр.</p> <p><b>Серологик текширув:</b> Hbs Ag, Hbe Ag аниқланади.</p>	<p>Қонда гемоглобин пасайган (меъёрда 120x140 г/л). Эритропения (эритроцитлар миқдорини камайиши, меъёрда 3,9x10<sup>12</sup>/л). Ранг кўрсаткич пасайган (меъёрда 0,85-1,0). Бу ўзгаришлар жигар фаолиятининг сусайиши натижасида келиб чиққан.</p> <p>Гиперферментемия (ALT ва AST миқдорини ортиши, меъёрда ALT-0,1-0,45 ммол/л, AST 0,1-0,68 ммол/л), жигар хужайраларини парчаланиши (цитоллиз) натижасида. Ишқорий фосфатаза ортган (меъёрда 106-213 БР/л). Гиперхолестеринемия (холестирен ортган меъёрда 3,64 – 6,76 ммол/л), холестаз хисобига. Қонда гипопроteinемия (умум. оксилни камайиши, меъёрда 56 – 80 г/л), диспротеинемия (альбумин ва глобулинларнинг нисбатини бузилиши, меъёрда альбумин 37-52% , глобулин 48-63% ташкил этади). Бу ўзгаришлар жигарнинг синтетик функциясини бузилишидан дарак беради. Гипербилирубинемия (умумий билирубин ортган, боғланган ва боғланмаган фракциялари хисобига, меъёрда умум. Билирубин 8,5-20,5 мкмол/л , боғланган 2,3-5,1 мкмол/л , боғланмаган 6,2-15,4 мкмол/л) жигар хужайраларини шикастланиши хисобига. Чўкма синамаси мусбатлиги (меъёрда тимол синамаси 0-4 Бр, С – реактив оксил мусбатлиги ( меъёрда манфий) иммун яллиғланиш борлигидан дарак беради. Серологик текширувда Hbs Ag , Hbe Ag аниқланиши (меъёрда бўлмайд) гепатит В вируси репликациясини кўрсатади.</p>	<p>Жигар ултратовуш текшируви: жигар ўнг қовурга ёйидан 3,5 см чиққан, юзаси текис, экоструктура бир хилмас, товуш ўтказувчанлиги ошган, томир деворлари катталашган. Ўт пуфаги одатдаги шаклда, деворлари зичлашган. Томок қовурга ёйидан 2 см ташқарига чиққан, экоструктура бир хил, товуш ўтказувчанлиги ўзгармаган.</p>	<p>Жигар паренхимасини морфологик ўзгариши кузатилади. Томирлар деворида склеротик ўзгаришлар аниқланилди. Хулоса: юқоридаги кўрсаткичларга кўра сурункали гепатит ва жигарда сезиларсиз морфологик ўзгаришлар мавжуд.</p>	<p>Реактив гепатит билан ўтказилади. Реактив гепатит гепатотоксик таъсирга эса дори препаратларини узок муддат қабул қилиш оқибатида ривди ва морфологик ва биохимик ўзгаришлар сезиларсиз бўлади, орқага қайтади. Аутоиммун гепатитда анамнезида касалликлар аниқланади, аллергиялар учраб туради. Клиникасида Бошқа орган ва системаларда полиморф ўзгаришлар, ҳамда жигар ва Бошқа органларга қарши аутоантителолар аниқланади.</p>	<p>1. <u>Ётоқ тартиби.</u> 2. <u>Пархез №5.</u> 3. <u>Вурусга</u> қарши препаратлар: (Reaferoni 1 млн ХБ 1 кунда 1 маҳал м/о га 10 кун мобайнида, кейин 2 млн ХБ дан кун ора 4-6 ой мобайнида. 4. <u>Гепатонпротекторлар:</u> (витаминар, эссенциале, рибоксин, галестена, легалон) Sol. Riboxini 2% 5,0 мл Sol. Glucosae 5%-200,0мл в/и кун ора томчилатиб. Sol Essentialae 5,0 мл, 5 мл қон в/и секин юборилади кун ора Gatergeni 0,5, 2 маҳал овқат еган вақтда. 7. Ичак фаолиятини меёрлаштирувчи, токсик махсулотларни сўрилиши-ни камайтирувчи препаратлар: Duphalaci 5,0 мл, 1 кунда 3 маҳал (4-5 кун мобайнида). Tab. Carbonis activati 1 таб. х 2 маҳал (4-5 кун). 8. Ўт хайдовчи препаратлар: flamini 0,05 1 таб. 3 маҳал овқатдан олдин ичилади.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Сурункали панкреатит, узлуксиз-рецидив кечиши, зўрайиш даври, оғир даражаси.

**Ёши:** 13 ёш.

**Тана вазни:** 32 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнез:</b> бемор эпидемик паротит билан, вирусли гепатит А билан оғриган. Кейинчалик киндик атрофида қоринни ўнг томонида оғрик безовта қила бошлаган. Иштахаси йўқолган, пархез бузилганда кўнғил айнаш, қайт қилиш безовта қилган. Нордон нарсаларни кўпроқ хохлайди, ёғли овқатларни, овқат хидини ёқтирмайди. қорнини ўнг томонида, киндик атрофида доимий симилловчи оғрик. Оғрик кўп овқат еганда, жисмоний иш бажарганда, ширинликлар еганда, бошқа касалликлар фониди кучаяди. Бу вақт камарсимон, санчикли, хуружсимон, чап куракка, орқага, белга узатилади.</p> <p><b>Кўрувда</b> бемор озғин, териси рангпар, куруқ, юрак тонлари бўғик. Тили кир кулранг караш билан боғланган, куруқ. Дежарден, Кач, Мейо-Робсон нукталарида оғрик. Жигар талок катталашган. Нажас шаклланмаган, нотурғун, полифекалия.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Лейкоцит- <math>15,0 \times 10^9/\text{л}</math>, Таёқ ядр. – 7%, Сегмент ядр. – 63%, Эозинофил – 1%, Моноцит – 4%, Лимфоцит – 25%, Эритроцитлар чўкув тезлиги – 17 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Умумий оксил – 48 г/л, Альбумин – 36%, Глобулин – 64%, Альфа-1 глобулин – 4%, Бета-глобулин – 8%, Гамма-глобулин – 32%, Амилаза – 52 мг/мл, Қонда глюкоза – 5,0 ммол/л.</p> <p><b>Копрограмма:</b> Нажас кулранг, ялтирок, бадбўй хидли, Ишкорий. Микроскопияси: мушак толалари ўзгармаганҚҚ, ўзгарганиҚҚ, крахмал ҚҚ, нейтрал ёғ ҚҚҚҚ.</p> <p><b>Пешоб таҳлили:</b> Амилаза – 370 мг/мл.</p>	<p>Қонда лейкоцитоз (лейкоцитлар миқдорини ортиши, меъёрда <math>4-9 \times 10^9/\text{л}</math>), лейкоцитар формулани чапга силжиши (таёқ ядр. меъёрда 2-6%). ЭЧТ тезлашиши (меъёрда 2-10 мм/с.), яллиғланиш жараёни ҳисобига. Гиперамилаземия (амилаза миқдорини ортиши, меъёрда 16-30 мг/мл), гиперамилазурия (пешобда амилаза миқдорини ортиши, меъёрда 28-166 мг/мл), ошқозон ости безини экскретор фаолиятини бузилиши натижасида келиб чиқади. Диспротеинемия (альбумин миқдори камайган, глобулин фракцияси ортган, меъёрда альбумин-37-52%, глобулин-48-63%), яллиғланиш ҳисобига. Копрограммада: ранги ўзгарган (меъёрда жигар ранг), ёғ борлиги учун, хиди ва рН мухити ўзгарган (меъёрда рН – нейтрал), оксиллар хазм бўлмаганлиги учун; стеаторея (нажасда ёғ бўлиши, меъёрда бўлмайди); креаторея (нажасда ўзгармаган мушак толалари бўлиши, меъёрда ўзгарган+, ўзгармагани бўлмайди); амилорея (нажасда крахмал бўлиши, меъёрда бўлмайди). Бу ўзгаришлар панкреатик фермент этишмовчилиги натижасида келиб чиқади.</p>	<p>Жигарни, ўт қопини, ошқозон ости безини УТТ қилиш. Жигар катталашмаган структураси эхоўтказувчан. Ўт қопи оддий, девори ўзгармаган. Ошқозон ости бези катталашган, чегаралари нотекис, ўлчамлари катталашган, эхогенлиги кучайган.</p>	<p>Хулоса: ошқозон ости бези яллиғланиши ҳисобига ўзгарган.</p>	<p>1. Сурункали гепатит билан лекин гепатит астено-вегетатив синдром хос, ўнг қовурға остидаги оғрик овқат ейиш билан боғлиқ эмас, гепатомегалия. УТТ жигарда морфологик ўзгаришлар. қонда АЛТ юқори. Жигарга хос тестлар (+), билирубин фракцияси ўзгарган бўлади.</p> <p>2. Сурункали холецистит: ёғли, қовурилган овқатдан сўнг, жисмоний зўриқшдан сўнг ўнг қовурға равоғи остида оғрик. Ортнер, Кера, Лепене, Френикус симптоми (+), ўт қопи девори қалинлашган, димланган ўт қуюқ гомоген.</p>	<p>1. <u>Ётоқ тартиби.</u> 2. <u>Пархез №5</u>, кўп миқдорда суюқлик. 3. <u>Спазмолитиклар</u> (папаверин, платифиллин, но-шпа, диоспаталин ва х.к.). Rp: Sol.Platyphyllini hydrotartratici 0,2% - 1,0 DS: 1 мл. м/о. 4. <u>Фермент ингибиторлари</u> (контрикал, гордркс, трасилол) Rp: Contrycal 10.000 БР Sol.Natrii chloridi 0,9% - 200,0. DS: в/и томчилаб аста секин, 2 маҳал 5. <u>Дезинтоксикацион терапия</u> (реополиглокин, гемодез ва х.к) Rp: Rheopolyglucini 200,0 DS: 200 мл. в/и томчилаб 1 маҳал 6. <u>Витамонотерапия</u> (С, В, РР) Rp: Sol.Acidi ascorbinici 5% - 2,0 DS: 2 мл. в/и глюкоза билан 7. <u>Оғрик қолдириши учун</u> (баралгин, спазмалгон, тримол) Rp: Sol.Baralgini 5,0 DS: 5 мл. м/о 8. <u>Сийдик хайдовчи</u> (диакарб, гипотиазид, лазикс) Rp: Tab.Diacarbi 0,25 DS: 1 маҳал эрт. 3 кун дав. 9. <u>Антибиотиклар</u> (пенициллин группаси, макролидлар) Rp: Tab.Sumamedi 0,25 DS: 1 табл. 1 маҳал овқатдан 1 соат кейин 10. <u>Холинолитиклар</u> (аллахол, холосас, берберин) Rp: Berberini bisulfate 0,005 DS: 1 табл. 3 маҳал ичишга 11. <u>Ферментлар</u> (креон, мезимфорте, панкреатин) Rp: Tab.Mezim-forte No 30 DS: 1табл. 3 маҳал овқат вақтида 12. <u>Гормонлар</u> (преднизолон) Rp: Sol.Prednisoloni 3% - 1,0 DS: 0,5 мл. 2 маҳал в/и физ.эритмада</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Темир танкислик анемияси, ўртача оғирликда.

Ёши: 1 ёш

Тана вазни: 9,8 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> Ланжлик, бўшашиш, иштаханинг пастлиги, рангпарлик. Кўрувда: ахволи ўртача оғирликда, ланж, кўп йиғлайди, иштахаси пасайган. Тери қопламлари ва шиллик қаватлари оқиш рангда қурук. Сочлари мўрт, яккам-дуккам. қўл-оёқ бармоқлари учлари совуқ. Нафас олиши пуэрил, юрак тонлари бўғиқ, тезлашган. қорни юмшоқ, оғриксиз. Жигар қовурға равоғидан +2,0+2,5 см бўртиб чиққан. Ич келиши бўтқасимон.</p>	<p>Қон умумий тахлили: Гемоглобин 80 г/л, Эритроцит <math>2,92 \times 10^{12}/л</math>, Лейкоцит <math>8,0 \times 10^9/л</math>, Ранг кўрсаткич-0,7, Эритроцит чўкиш тезлиги 10 мм/с, Анизопойкило-цитоз.</p> <p><b>Қон биохимик тахлили:</b> Зардобдаги темир -7,7 мкмоль/л.</p>	<p>Қонда гипохром анемия (гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини камайиши ва ранг курсаткичини пасайиши, нормада 120-140г/л, эритроцит <math>4,0-5,0 \times 10^{12}/л</math>, РК-0,85-1,0) Анизо ва пойкилоцитоз (эритроцитлар шакли ва деаметрини ўзгариши). Сидеропения (темир миқдорини камайиши меъёрда 10,7-21,5 ммоль/л) кузатилади. Бу ўзгаришлар темир етишмовчилиги натижасида эритропоз ва гемопозни бузилиши хисобига келиб чиқади.</p>	<p><b>ЭКГ:</b> Тахикардия, R паст вольтажли, T тиш баланд, ўткир учли, гипоксик</p>	<p>Хулоса: Миокардда гипоксик ва дисметаболик ўзгаришлар.</p>	<p>1. Витамин дефицит анемия— рангпарлик лимон сариқ тусда, глоссит, стоматит, парэстезия билан бирга учрайди. Ранг кўрсаткичи 1,0 ва ундан юқори, периферик қонда норма- ва гиперхром мегалоцитлар ва мегалобластлар, анизоцитоз, гиперпигмент ядроли нейтрофилларнинг гигант шаклларининг бўлиши характерли. Суяк қўмиги пункция қилинганда мегалобластик қон хосил бўлиши аниқланади.</p> <p>2. Оксил дефицитли анемия— тўқималарнинг трофик ва пигмент ўзгаришлари, пастозлиги, гипопро테인емия, гипоальбуминемия, диспротеинемия, нормоцит, норморегенератор, нормохром анемия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, эритроцитлар яшаш вақтининг камайганлиги характерли.</p>	<p>1. <u>Пархез:</u> овқат рационига гўштли махсулотларни киритиш. 2. <u>Темир препаратлари:</u> Феррум-лек, феррамид. Rp: ferrum lec 2,0 №5 DS:1 мл дан м/о, кун ора. 3. <u>Витаминотерапия:</u> ВитС, Вит В<sub>12</sub> ВитВ<sub>6</sub>. Rp:Sol.Cyanocobalaminі0,01%-1,0 №10 DS: 1 мл дан м/о 1. Стимулловчи терапия: Пентоксил, Метилурацил. Rp:Tab. Pentoxyli 0,2 obductas №10 DS: 1 таб дан 2 маҳал ичишга.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** В типдаги сурункали гастрит, юқори кислотали тури.

**Ёши:** 6 ёш **Тана вазни:** 22 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикояти: кориндаги оғриққа, овқатланган 15-30 мин ўтгач юзага келади. Тез тўйиб қолиш хисси, жигилдон қайнаш, ич қотиши кузатилади. Оғриқ 2 ойдан бери безовта килади. Кўрувда: бола озғин, териси курук. Эпигастрал сохада оғриқ. Ахлати кунига 2 марта. Пальпацияда сигмасимон ичак қаттиқлашган, оғриқли. коринда метеоризм.</p>	<p>- ошқозон рН метрияси: ошқозон танасида базал рН 1,9 антарл қисмда 2,3. Эуфиллин билан стимуляция қилганда (7мг/кг): тана қисмида 1,4; антрумда 1,8. - бак.экиш - хелико-бактерия аниқланган.</p>	<p>-қон, сийдик тахлили ўзгаришсиз. Ахлат тахлили: гижжа тухумлари, лямблия аниқланмаган.  Хулоса: ошқозоннинг кислота хосил қилиш функцияси кучайган, декомпенсация формаси.</p>	<p>ЭФГДС: ошқозоннинг шиллик қавати шишган, антрал қисмда лимфоид фолликулаларни нг гиперплазия, диффуз гиперемия кузатилади. 12 бармоқ ичак шиллик қавати ўзгармаган.</p>	<p>Сурункали гиперпластик гастрит, антрал қисмда.  Сурункали энтероколит билан—оғриқ аниқ локализациясиз, овқат қабул қилиш билан боғлиқэмас, дефекациядан сўнг енгиллашади. ЭФГДС да патология аниқланмайди. Ирригографияда: энтероколит белгилари аниқланади. Копрограммада стеаторея, креаторея, хазм бўлмаган клетчаткалар кўрилади.</p>	<p>1. 12 бармоқ ичак яра касаллиги—оғриқ пилородуоденал зонада оч коринга, кечкурун кузатилади. Оғриқ кучли, белга, орқага, кориннинг чап қисмига иррадиацияланади. Мендел симптоми мусбат. Кекирганда нордон таъм келади. ЭФГДС да 12 бармоқли ичакда дефект, барий билан рентген қилганда «точка» симптоми аниқланади.  2. Сурункали энтероколит билан—оғриқ аниқ локализациясиз, овқат қабул қилиш билан боғлиқэмас, дефекациядан сўнг енгиллашади. ЭФГДС да патология аниқланмайди. Ирригографияда: энтероколит белгилари аниқланади. Копрограммада стеаторея, креаторея, хазм бўлмаган клетчаткалар кўрилади.</p>	<p>1. <u>Диетотерапия:</u> стол №1а, 1б, 1. 2. <u>Антихеликобактер терапия:</u> Деноль, Метронидозол Амоксициллин Rp: Tab. Amoxicillini 0,25 DS: 2таб 4мах ичишга Rp: Tab. Metronidazoli 0,25 DS: 1таб 3мах ичишга 3. <u>Антисекретор препаратлар:</u> ранитидин, гастроцепин Rp: Tab. Ranitidini 0,15 DS: 1таб 2мах ичишга овқатдан кейин. 4. <u>Симптоматик терапия спазмолитики, анальгетики:</u> Rp: Tab. No-spani 0.04 DS: 1таб 2мах ичишга. 5. Физиотерапия электрофорез новокаин билан.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** 12 бармоқли ичак пиёзча қисми яра касаллиги, ўткир даври, ўртача оғирликда, асоратсиз. **Ёши:** 14 ёш **Тана вазни:** 45 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> дармонсизлик, қорин соҳасида оғриқ, кўнгил айниш, қайт қилиш.</p> <p><b>Анамнези:</b> бемор 9 ёшидан сурункали гастродуоденит билан оғрийди. Отаси, ва отаси томонидан бувасида ошқозон яра касаллиги бор. Поликлиникада амбулатор тарзда даволаниб туради. Охирги йил давомида динамика ёмон томонга ўзгарган. Беморнинг уйқуси нотинч тажанг, сўнгги 2 хафта давомида пилородуоденал ва эпигастрал соҳада кучли хуружсимон оғриқ безовта қилган. Оғриқ кечқурун оч қоринга кузатилади, орқага иррадиацияланади. Гоҳида қайт қилади.</p> <p><b>Кўрувда:</b> териси рангпар, ўпка аускультациясида везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқ, тахикардия. қорин пальпациясида: пилородуоденал соҳада оғриқ бор. Мендел симптоми мусбат. Жигар ва талоқ катталашмаган. Ахлат ва сийиши доимий.</p>		Умумий қон, пешоб тахлили ўзгаришсиз. Копрограммада ҳазм бўлмаган клетчатка.	ЭФГДС: 12 бармоқ ичакнинг пиёзча қисми шиллик қаватида 1,5смли дефект, атрофида яллиғланиш.	Хулоса: 12 бармоқ ичак пиёзча қисми яраси.	Сурункали гастрит Билан-оғриқ овқатлангандан 15-30 мин. сўнг эпигастрал соҳада кузатилади, иррадиацияланмайди, интенсивлиги паст. ЭФГДС да дефект бўлмайди.	<p>1. <u>Пархез</u> №1а, 1б, 1.</p> <p>2. <u>Антихеликобактер терапия:</u> деноль, метронидозол амоксациллин. Rp: Tab. Amoxicillini 0,25 DS: 2 таб. 4 маҳал ичишга. Rp: Tab. Metronidazoli 0,25 DS: 1 таб. 3 маҳал ичишга. Rp: Denol № 112 DS: 1 таб. 3 маҳал овқатдан 30 мин. олдин ва 1 таб. уйқудан олдин.</p> <p>3. <u>Антисеретор препаратлар:</u> ранитидин, циметидин, гастроцепин Rp: Tab. Ranitidini 0,15 DS: 1 таб. 2 маҳал овқатдан кейин.</p> <p>4. <u>Симптоматик</u> терапия спазмолитики, анальгетики, қушишга қарши препаратлар: Rp: Sol. Cerucali 0,5%- 2,0 DS: 2 мл м/о. Rp: Tab. No-spani 0.04 DS: 1 таб. 2 маҳал ичишга.</p> <p>5. <u>Стимуловчи терапия:</u> метилурацил, пентоксил, алоэ. Rp: Tab. Metyluracili 0,5 DS: 1/4 таб. 4 маҳал ичишга.</p> <p>6. <u>Физиотерапия:</u> электрофорез новокаин билан.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Ўткир гломерулонефрит, нефритик синдром, бошланғич даври, буйрак фаолияти сақланган.

**Ёши:** 11 ёш

**Тана вазни:** 38 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> юзида шиши бўлиши, ковоқларини керикиши, пешобни кам ажралиши. Бош оғриғи, дармонсизлик кузатилади.</p> <p><b>Анамнез:</b> сурункали тонзиллит билан оғрийди. Касаллик сурункали тонзиллит зўрайишидан 2 хафта кейин бошланган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> умумий ахволи ўртача оғир, дармонсиз, иштахаси паст, юзлари кериқанган. АБ 130/90 мм.с.у., юрак тонлари бўғик, ўпка артерияси устида 11 тон акценти. Юрак чегаралари катталашмаган. Жигар ўнг коворға равоғи остида. Диурез камайган. Пешоб ранги гўшт ювиндисига ўхшаш.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Гемоглобин - 90 г/л, Эритроцит-<math>3,0 \times 10^{12}/л</math>, Ранг кўрсаткич-0,8, Лейкоцит-<math>10 \times 10^9/л</math>, Таёқ ядр. -2%, Сегмент ядр.-79%, Эозинофил-1%, Лимфоцит-14%, Моноцит-4%, Эритроцит чўкув тезлиги – 20 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Умумий оксил-65г/л, Альбумин-52%, Альфа-1-глобулин-2%, Альфа-2-глобулин-18%, Бета-глобулин-5%, Гамма-глобулин-27%.</p> <p><b>Электролит:</b> Калий-3,6 ммоль/л, Натрий-140 ммоль/л. Креатинин-82мкмоль/л, Мочевина-4,5 ммоль/л, Қолдик азот-21,3 ммоль/л. Мак Кюра-Олдрич пробаси –15 мин.</p> <p><b>Сийдикда:</b> Оксил-1,65%, Эритроцит- кўп миқдорда, Лейкоцит-10-12, Цилиндр-гиал. донатор. <b>Нечипоренко бўйича:</b> Эритроцитлар кўп миқдорда, Лейкоцитлар-2350, Гиал-28, донатор-2-3, Лейкоцит лимфоцит ва моноцитдан иборат. <b>Зимницкий бўйича:</b> Сут.диурез - 950 мл, Кундузги-400 мл, Кечки-550 мл, Нисбий зичлиги 1023-1031.</p>	<p><i>Қонда гемоглобин миқдори камайган (меъёрда 120-140 г/л), эритропения (эритроцитлар сонини камайиши, меъёрда <math>3,9-4,7 \times 10^{12}/л</math>), нормохром анемияни келиб чиқиши эритроцитурия ва буйракларда эритропоэтинни ишлаб чиқарилишини бузилиши натижасида келиб чиқади.</i></p> <p><i>Лейкоцитоз (лейкоцитлар миқдорини ортиши, меъёрда <math>4-9 \times 10^9/л</math>).</i></p> <p><i>Нейтрофиллез, ЭЧТ тезлашган (меъёрда 2-10 мм/с), яллиғланиш ҳисобига.</i></p> <p>Пешобда протеинурия (сийдикда оксил пайдо бўлиши, меъёрда бўлмади); эритроцитурия (сийдикда эритроцитларни пайдо бўлиши, меъёрда бўлмади), асептик лейкоцитурия (сийдикда лейкоцитларни ортиши, меъёрда 3-4 битта кўрув майдонида), цилиндрурия (сийдикда цилиндрларни бўлиши, меъёрда бўлмади); гиперстенурия (нисбий зичлиги ортиши, меъёрда 1012-1024).</p> <p><i>Бу ўзгаришлар коптокча филтрациясининг бузилиши ҳисобига.</i></p> <p>Қонда диспротеинемия (оксилларни бир бирига нисбатини бузилиши, меъёрда альфа-2-глобулин 9-15%, гамма-глобулин 15-25%), иммун яллиғланиш ҳисобига.</p>	<p>Инструментал текширув</p>	<p>Интерпретация</p>	<p>Ўткир пиелонефрит Билан-тана хароратини кўтариллиши характерли. Шишлар кузатилмайди, АБ ўзгармайди. Пешоб таҳлилида лейкоцитурия устунлик қилади.</p>	<p>1. <u>Катъий ётоқ тартиб</u> 2. <u>Пархез №7а.</u> 3. <u>Диуретиклар:</u> фуросемид, гипотиазид, диакарб. Rp: Tab. Furosemidi 0,04 DS: 1таб 1 маҳал эрталаб ичишга. 4. <u>Гипотензив препарат:</u> раунатин, папаверин, дибазол Rp: Tab. Raunatini 0,002 DS: 1 таб 3 маҳал ичишга. 5. <u>Антибиотик:</u> ампициллин, бисептол, цефазолин. Rp: Ampicillini Na 0,5 DS: 0,5 4 маҳал м/о. 6. <u>Антикоагулянт:</u> гепарин 0,3 мл дан 4 маҳал киндик атрофи соҳасига. 7. <u>Микроциркуляцияни</u> яхшилаш учун: курантил 0,025 1 таб 3 маҳал. 8. <u>Антигистамин:</u> тавегил, супрастин, диазолин Rp: Sol. Suprastini 2%-1,0 DS. 0,5 мл м/о. 9. <u>Витаминотерапия:</u> С, В . Rp: Sol.Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 № 10 DS: 1,0 мл м/о.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гипотрофия II даража.

Ёши: 8 ойлик

Тана вазни: 7кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: иштахани пасайиши, холсизлик, нажасни нотурғунлиги, тез-тез шамоллаш. Анамнезида: 5 ойлигида салмонеллез ўтказган, шундан сўнг вазни кам қўшилган, нотинч, кейинчалик эса холсиз бўлиб қолган. Қўрувда: умумий ахволи ўртача оғирликда, қўрувга жавоби суст, бўйи 3 смга ортда қолган, тана вазни дефицити 20%. Тери рангпар қуруқ, эластиклиги пасайган, тери ости ёғ қатлами қорин ва қўл-оёқларда йўқолган, юзида камайган. Мушаклар тонуси ва тўқималар тургори паст. Бола ўтира олмайди, юрак тонлари бўғиқлашган, қорин бироз дам, нажас бўтқасимон, сариқ рангда, озгина шиллик аралаш.</p>	<p><b>қон анализи:</b> Гемоглобин – 80 г/л, Эритроцитларроцит - <math>2,8 \times 10^{12}/л</math>, РК-0,8, Лейкоцит- <math>6 \times 10^9/л</math>, с-30%, п-1%, л-60%, э-3%, м-3%, Эритроцитлар чуқиш тезлиги 10 мм/с. <b>Биохимик текширув:</b> Умум оксил 50 г/л, қонда қанд 2,7 ммоль/л. <b>Ахлат анализи:</b> Сариқ рангда, шиллик +, крахмал ++, ег кислотаси ++</p>	<p>Кондан гипохром анемия (гемоглобин, эритроцитларроцит ва ранг курсаткичини пасаяши, нормада Нб - 120-140 г/л, эритроцитларроцит <math>3,9-4,7 \cdot 10^{12}/л</math> рангли курсаткичи 0,85 -1,0), гипопротенимения (умумий оксилни камайиши, нормада 46-70г/л), гипогликемия (глюкоза микдори камайиши, нормада 3,5-5,5 ммоль/л). Бу узгаришлар оксил, ег, углевод, етишмовчилиги, сурилиши ва модда алмашинувини бузилиши натижасида келиб чиқади. Натижасида стеаторея (ег булиши, нормада булмайди), амиларея (крахмал булиши, нормада булмайди)нинг булиши хозим килиш ферментларини етишмовчилиги хисобига</p>	<p>ЭКГ:</p>	<p>синусли тахикардия, миокардда метаболик ўзгаришлар</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гипотрофия I даражасида ДВ-10-20% . Тери ости ёғ қатлами қоринда камайган, қолган сохаларда сақланган. Ички органлар томонидан ўзгаришлар йўқ.</li> <li>2. Гипотрофия III даражасида ДВ 30% дан ортик. Тери ости ёғ қатлами ҳамма сохаларда йўқолган. Ички аъзолар томонидан яққол дистрофик, метаболик ўзгаришлар бор.</li> <li>3. Гипостатурада бўй ва тана вазни тенг ортда қолади. Туғилганданок нейро-эндокрин БУТТглишлар кузатилади. Даволаниш эффекти паст.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Пархез</u> билан даволаш 2 фазада олиб борилади. I фазада овқатни хазм қила олишини аниқлаш. 2 фаза – овқат ингредиентларини коррекциялаш Оксил, углевод, каллория ТБКВ га, ёғлар Фвга хисобланади. Бу фазада суткалик овқат хажмининг ярми берилади. Секин-аста бир марталик овқат микдори ва ингредиентларга бўлган суткалик эҳтиёжи ошириб борилади.</li> <li>II. <u>Медикаментоз даво:</u> 1. <u>Ферментотерапия:</u> фестал, панзинорм форте, мезим форте, креон Rp: Tab. «Panzynorm-forte» №30 DS. 1/2табх2мах ичишга 2. <u>Оқсил препаратлари:</u> Альбумин плазма, инфезол, протеин. 10мл/кг Rp: Sol. Albumini 10%-100ml DS. 70 мл в/и, кап, секин 3. <u>Стимулловчи терапия:</u> Иммуноглобулин апилак, пентоксил, метацил Rp: Tab. Metyluracili 0,5 DS. 1/4табх4мах ичишга 4. <u>Витаминотерапия.</u> Вит А, С, гр В. Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10 DS: 0,5 мл в/ м</li> </ol>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир цистит.

Ёши: 5 ёш

Тана вазни: 19 кг.

Клиника	Ташхислаш				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: қорин пастки соҳасидаги оғриққа ва тез-тез оғриқли сийишга. Юқоридаги шикоятлар совук қотгандан кейин пайдо бўлган. Кўрувда: бола нотинч, инжиқ, тана ҳарорати 36,4С. Тери қоплами рангпар. Тили қуруқ, оқ караш билан қопланган. ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган. қорни юмшоқ, пальпацияда қовук соҳасида оғриқ аниқланади, оралик соҳасига иррадиацияланади. Жигар ва талоқ катталашмаган. Пастернацкий симптоми манфий. Сийиши тез-тез, сийдик ажратиш охирида оғриқ сезади. Сийдиги енгил лойқа.</p>	<p><b>қон анализи-1.</b> Гемоглобин-100г/л, 2.эритроцитлар- 3,0x10<sup>12</sup>/л, 3.РК-0,8 , 4.лейк-10x10<sup>9</sup>/л. 5.п-1%, 6.с-78%, 7.э-2%, 8.л-13%. 9.м-5% 10.ЭРИТРОЦИТЛА Р ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ-12мм/ч</p> <p><b>пешоб анализи-</b> 1)оксил излари, 2)эритроцитлар-1-2, 3)лейк-10-12, бактерия +.</p>	<p>Кондан гипохром анемия (гемоглабин, эритроцитларроцит ва ранг курсаткичини пасаяши, нормада Нв - 120-140 г/л, эритроцитларроцит 3,9-4,7·10<sup>12</sup>л рангли курсаткичи 0,85 -1,0). Бу узгаришлар кузгатувчи таксинларини қон яритиш азоларига тасири ва қисман эритроцитларроцитурия ҳисобига келиб чиқади. Лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши нормада 4-9·10<sup>9</sup>/л), нейтрофилез (сегмента ядроли нейтрофилларни ортиши нормада 47-72%) инфекцион яғланиш ҳосибига. Пешобда лейкоцитурия (лейкоцитлар микдорини ортиши нормада 3-4), бактериурия (нормада йўқ), эритроцитларроцитурия (нормада йўқ) яллиғланиш ҳисобига.</p>			<p>Пиелонефрит билан— интоксикация яққол белгиларининг ифодаланиши, Пастернацкий симптоми мусбат, сийдик қопининг резерв функцияси бузилмагани холида полиурия характерли. Сийдик анализиди: нисбий протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия (ўзгарган эритроцитларроцитлар).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><u>Режим- Ётоқ.</u></li> <li><u>Диета стол №5.</u></li> <li><u>Антибиотиклар:</u> Ампицил-лин Бисептол, нитрофуран Rp: Tab.Biseptoli 240 DS: 1 таб 2 маҳал ичишга</li> <li><u>Спазмолитиклар:</u> Но-шпа, платифиллин, Rp:Tab.No-spani 0.04 DS: 1таб 2маҳал.</li> <li><u>Витаминотерапия:</u> Вит С, гр витВ Rp:Sol.Ac.Ascorbinici 5% 2,0 DS: в/и глюкоза билан</li> <li><u>Антигистамин препаратлар:</u> Супрастин, тавегил, кетотифен Rp: Tab.Suprastini 0.025 DS: 1/2таб кечқурунға ичишга</li> <li><u>Ромашиқ</u> қайнатмаси қунига 3 маҳ. 1 стакандан овқатдан олдин ичилади.</li> </ol>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кеч туғма кардит, юрак-қон томир етишмовчилиги, тотал, 11 Б даражаси.

Ёши: 7ойлик

Тана вазни: 7кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: хансираш, эмиш вақтида тез чарчаш рангпарлик, кўп терлаш, товуш бўғилиши, шовкинли нафас олиши.</p> <p>Анамнездан: онаси хомиладорликнинг 7 ойида грипп ўтказган. Бола 3200 г вазн билан туғилган. 5 ойликдан бошлаб вазни кам қўшилган, юқоридаги шикоятлар пайдо бўлган. Кўрувда: ахволи оғир. Тана тузилиши тўғри, вазни кам. Бошини яхши ушлайди, ўтирмайди. Териси рангпар, бурун-лаб учбурчагида, бармоқларида цианоз. Юрак букрилиги аниқланади, юрак чўққи турткиси кўтарилувчан, кучайган, пастга силжиган. Юрак нисбий чегараси ҳамма томонга кенгайган, кўпроқ чапга. Юрак тонлари бўғиқлашган, чўққида систолик шовкин, тахиаритмия. ўпкада бир-иккита майда пуфакли хўл хириллашлар, ўпканинг пастки бўлимларида иккала томонда жарангсиз крепитация эшитилади. Жигар катталашган +4см, чети ўткирлашган. Диурез камайган.</p>	<p>Нь-140 г/л Эритроцит 4,2x10<sup>12</sup> г/л Лейкоцит 6,0x10<sup>9</sup> г/л Таёқча ядро– 2 Сигмента ядро– 50 Эозинофил – 4 Лимфоцит – 60 Моноцит– 3 ЭЧТ – 10мл/ч</p>	<p>N 110-140 – меъёр N 3,9-4,7 – меъёр N 4,0-9,0 – меъёр N 1,0-6,0 – меъёр N49-75-меъёр N 0,5-5,0 – меъёр N 19-37,0 лимфоцитоз N 3,0-11,0 - меъёр N 2,0-10,0- меъёр</p> <p>Хулоса: лимфоцитоз, вирусли инфекция хисобига.</p>	<p>ЭКГ: тишлар вольтажнинг пасайиши, тахиаритмия, чап ва ўнг бўлмача зўрайиши белгилари, чап ва ўнг коринча миокард гипертрофияси белгилари. Кўкрак қафаси рентгенографияси : ўпка сурати кучайган, юрак кўндалангига кенгайган.</p>	<p>ЭКГ: миокардиодистрофия белгилари.</p> <p>Кўкрак қафаси рентгенографияси да кардиомегалия.</p>	<p>1. Туғма эрта кардит-кам вазн билан туғилиш, ранг-парлик, бўшашиш, эмишда тез чарчаш, энгил цианоз, сабабсиз умумий безовта-ланиш, товуш афонияси, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, чўққи турткисининг сусайиши, юрак тонларининг бўғиқлиги, ўпка артерияси устида 11 тон кучайиши.</p> <p>2. Орттирилган кардит-бола туғилганидан сўнг ўтказилган вирус-бактериал инфекциядан кейин ривожланади. Бўшашиш, тез чарчаш, бош оғриғи, артралгия, кўп терлаш, иштахасизлик, кўнгил айниш, қусиш, жисмоний ривожланишдан ортда қолиш, кўкариш белгилари, кўзгалувчанлик, хушни Йўқотиш, талваса, гемипарез, афония, қоринда оғрик, гепатомегалия кузатилади. Юрак букрилиги бўлиши мумкин, чўққи турткиси ўзгарган, юрак чегаралари кенгайган, систолик шовкин, юрак ритмининг ўзгариши. Рентгенда юрак соясининг катталашши кўринади. ЭКГда юрак электр ўқининг ўнгга силжиши, QRS тишлар вольтажнинг пасайиши кўринади.</p>	<p>1. Соғилган она сути билан боқиш.</p> <p>2. <u>Антибиотик</u>: Цефазолин, цефатаксим, бактокс Rp: Cephalosporin 1,0 DS. 250 мг кунига 3 мах. м/о</p> <p>3. <u>Яллиғланишга қарши препаратлар</u>: Вольтарен, индометацин, ортофен Rp: Dr. Indometacin 0,025 DS. Кунига 3 мах. 1 табл. Овқатдан олдин ичиш.</p> <p>4. <u>Гормон</u>: Преднизолон 0,005 схема бўйича: 7<sup>00</sup>- 1 таб, 10<sup>00</sup>- ½ таб, 13<sup>00</sup>- ½ таб 1 ой давомида, кейин дозаси камайтирилади.</p> <p>5. <u>Юрак гликозидлари</u>: Строфантин, дигоксин, корглюкон Rp: Sol. Corglucon 0,06% 1,0 DS. 0,2 мл глюкозада в/и стр</p> <p>6. <u>Сийдик</u> ҳайдовчилар: Фуросемид Rp: Tab. Furosemidi 1% 1,0 DS. 0,7 мл в/и 2 махал</p> <p>7. <u>Калий</u> препаратлари, кардиометаболиклар: Панангин, аспаркам Кокарбоксилаза, АТФ.</p> <p>8. <u>Вит</u> В<sub>6</sub> 5%- 0,5 мл м/о. Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1,0 №10 DS: по 0,5 мл в/ м</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Паратрофия.

**Ёши:** 8 ойлик

**Тана вазни:** 11 кг. (БКВ 9,4кг, ортиқча вазн-1,6кг)

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: гиподинамия, тез-тез шамоллаш, кўп терлаш.</p> <p>Анамнези: бола сунъий овқатланишда, 10% манний бўтқасидан кунига 1200-1400 мл берилади.</p> <p>Кўрувда: ахволи нисбатан қониқарли, бўшашган, кам ҳаракат. Териси рангпар, пастоз, ЛГД белгилари аниқланади: Кўкрак қафаси кенг, бўйни калта, кураги канотсимон, периферик лимфа тугунлари катталашган. Тери ости ёғ қавати ортиқча ривожланган, нотекис тарқалган: қоринда ва сонларида кўпроқ. Тўқималар тургори пасайган, мускуллар тонуси паст. ўпкада нафас бироз суст, юрак тонлари бўғиқроқ, тахикардия. қорни юмшоқ, жигари +2,5см. ахлати кўп, кўпиксимон, нордон хидли.</p>	<p>қон умум анализи—</p> <p>Гемоглобин - 90г/л,</p> <p>эритроцитлар- <math>3,2 \times 10^{12}</math> /л,</p> <p>РК-0,9.,</p> <p>лейк-<math>6,0 \times 10^9</math> /л,</p> <p>п-1,</p> <p>э-3,</p> <p>с-30,</p> <p>л-60,</p> <p>м -3.</p> <p>ЭРИТРОЦИТЛАР</p> <p>ЧУКИШ</p> <p>ТЕЗЛИГИ-4 мм/ч.</p> <p>Сийдик умум анализи</p> <p>ўзгаришсиз.</p> <p>Ахлат анализи:</p> <p>ранги сарик,</p> <p>шиллик +,</p> <p>крахмал+++.</p> <p>Биохимиявий текширув: умум оксил- 50г/л.</p>	<p>N 110-140 –</p> <p>N 3,9-4,7 –</p> <p>N 4,0-9,0 –</p> <p>N 1,0-6,0 –</p> <p>N49-75-</p> <p>N 0,5-5,0 –</p> <p>N 19-37,0</p> <p>N 3,0-11,0 -</p> <p><b>N 2,0-10,0</b></p> <p><i>Хулоса: нормохром</i></p> <p><b>анемия энгил даражада</b></p> <p><i>Хулоса: шиллик,</i></p> <p><b>амилорея.</b></p> <p><b>Хулоса:</b></p> <p>гипопротеинемия.</p>	<p>ЭКГ: синус тахикардия, миокардда метаболик ўзгаришлар белгиси.</p>		<p>ЛГД Билан-тери ости ёғ қаватининг нотекис тарқалиши, тана диспропорцияси. Лимфоид тўқималар гиперплазияси, тимомегалия.</p>	<p><u>-Диетотерапия.</u></p> <p>Манний бўтқасини рационндан олиб ташлаш, кефир, сабзавот пюрелари тайинлаш. Суткалик овқат хажми 1 л дан ошмаслиги керак. Овқат махсулотлари бўйича коррекциялаш: оксил ва углеводлар ФВ, ёғ УВ</p> <p>(УВ+ФВ+ТБКВ/2; бунда ТБКВ+ФВ+10%ФВ)</p> <p>-Медикаментоз даво:</p> <p>- вит В<sub>1</sub> 5%-0,5 мл м/о.</p> <p>- вит В<sub>6</sub> 5%-0,5 мл м/о.</p> <p>Rp:Sol.Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10</p> <p>DS: 0,5 мл в/ м</p> <p>- липоевая кислота 1 таб 3 маҳал ичишга</p> <p>- АТФ 1%-0,5 мл м/о.</p> <p>Rp: Sol.АТФ 1% - 1 мл</p> <p>DS. 1 мл 1мах м/о.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Рахит, авж олган даври, II даража оғирликда, ўткир ости кечуви.

**Ёши:** 7,5 ойлик

**Тана вазни:** 6,5 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Бола ҳолсиз, кам ҳаракат, кўп терлайди, эмганда тез чарчайди. Иштахаси пасайган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> бош «тўртбурчак» шаклда (пешона ва тепа дўмбоқчалари бўртган), энсаси яссиланган, шу соҳада сочлар тўқилган. Катта лиқилдоқ 2,5x2,0 см, четлари юмшоқ. Кўкрак қафасида «рахитик дўмбоқчалар» ва билак-панжа бўғимида «рахитик билакузук». Мушаклар гипотонияси ва боғлов аппаратини сустлиги аниқланади. Бола ўтира олмайди. ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган, ритмик. қорин юмшоқ, озгина катталашган, қорин олд девори гипотонияси. Жигар қовурға равоғидан 3,5x4,0 см чиқиб турибди. Талок катталашмаган. Нажас нотуркун. Пешоб равон.</p>	<p><b>Қон биохимик тахлили:</b></p> <p>Кальций – 1,8 ммоль/л, Фосфор – 0,48 ммоль/л, Ишқорий фосфатаза 220 БР/л</p> <p>Сийдикда аминокислота 13 мг/кг сут. Фосфор – 19 ммоль/л.</p>	<p>1. Гипокальцемия (кальций миқдорини камайиши, меъёрда қонда 2,5-2,87 ммоль/л). 2. Гипофосфатемия (фосфор миқдорини камайиши, меъёрда 1,45-1,78 ммоль/л). 3. Ишқорий фосфатаза миқдорини ортиши (меъёрда 71-142 БР/л). Витамин D етишмовчилиги натижасида кальций – фосфор алмашинувининг бузилиши ҳисобига.</p> <p>Гиперфосфатурия (сийдикда фосфор миқдорини ортиши, меъёрда 19 ммоль/л). Гипераминоацидурия (аминокислоталарни сийдикда миқдорини ортиши, меъёрда 13 мг/кг сут.) буйрак каналчаларида фосфор ва аминокислоталарнинг буйракларда реабсорбциясини пасайиши натижасида.</p>	<p>Найсимон суяклар рентгенограммаси: остеопороз метафизларни бокалсимон кенгайиши, ўсиш зонасида охакланишнинг йўқлиги.</p>	<p>Хулоса: Кальций-фосфор тузларининг суяклардан ювилиши, остеоид тўқималарнинг нотартиб бўлиниши, рахитнинг авж олган даврига хос.</p>	<p>1. Рахитни бошланғич даврида асосан вегетатив нерв системасида ўзгаришлар, суякларда сезиларсиз ўзгаришларнинг бўлиши, қонда кальций миқдори меъёрда ёки бироз ортган, фосфор камайган, ацидоз. Суяклар рентгенографиясида остеопороз кузатилади. 2. Рахитнинг реконвалесценция даврида рентгенографияда ўсиш зонасида нотартиб қаттиқлашиш кузатилади. 3. Рахитнинг ўткир кечувида остеомаляция процессларини устунлиги билан фаркланади. 4. Рахитнинг оғир даражасида суяклардаги ўзгаришлар кучайган ва ички аъзолардаги ўзгаришларнинг қўшилиши билан характерланади.</p>	<p>1. <u>Болани</u> парваришлаш, тоза хавода сайр қилиш, уқалаш, гимнастика 2. <u>Пархез:</u> сут ва манний бўтқасини чегаралаш; рационга мева шарбатлари, сабзавот пюре, творог, 3. <u>Витамин D препарати:</u> Эргокальциферол эритмаси, видехол, вигантол. 3000-4000 ХБ ҳар куни 35-40 кун давомида. Rp: Sol. Ergocalciferoli oleosae 0,125%-10,0 DS: 4 том 1 маҳал ичишга 4. <u>Кальций препаратлари:</u> кальций глюконат, кальций глицерофосфат 1 табл. 3 маҳал. Rp: Tab. Calcii gluconatis 0,5 DS: 0,25г 3 маҳал ичишга. 5. <u>Моддалар алмашинувини яхшилаш учун:</u> карнитин хлорид, калий оратаг, рибоксин, Rp: Sol. АТФ 1% - 1 мл DS: 1 мл 1 маҳал м/о 10 кун 6. <u>Цитрат</u> аралашмаси 1ч/к 3 маҳал 7. <u>Витаминотерапия:</u> С, В гр. 0,5-2 млдан м/о, 10 кун. 8. <u>Физиотерапия.</u> 10. Сулькович синамасини ҳар 7-10 кунда қайтариш</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ревматизм I, актив фаза, I-II даражали активлик, миокардит, КЕ<sub>0</sub>, хорея, ўткир кечуви. **Ёши:** 13 ёш **Тана вазни:** 42 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> ҳолсизликка, безовталиқка, оёқ-қўлларнинг ихтиёрсиз ҳаракатига.</p> <p><b>Анамнездан:</b> ўтказилган ангинадан 2 хафтадан сўнг беихтиёр ҳаракатлар ва ноўхшов қилиқлар пайдо бўлди, хулқи ва ёзуви ўзгарди.</p> <p><b>Қўрувда:</b> умумий ахволи ўрта оғирликда, тери ва шиллик қаватлари рангпар, томоғи бир оз кизарган, тишлари интакт. Суяк-мушак системаси томонидан деформациялар йўқ, мушаклар гипотоник. Периферик лимфа тугунлар катталашмаган. Бола безовта доимо ҳаракатчан, оёқ ва қўллар билан ихтиёрсиз ҳаракатлар бажараяпти, кайфияти ўзгарувчан, сабабсиз йиғлайди ва кулади, ”бармоқ-бурун”, ”гизза-товон” синамасини бажара олмайди. Ўпкасида везикуляр нафас, перкуссияда юрак чапдан 0,5 см га кенгайган, юқоридан 2-чи ковурага оралиғида, ўнгдан тўш суягининг ўнг томони бўйлаб.</p> <p><b>Аускультацияда:</b> юрак чўккисида доимий бўлмаган систолик шовқин. АБ 110/70 мм.с.уст. Иштахаси пасайган, корни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган. Пешоб ва ич келиши меъёрда.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Гемоглобин - 115 г/л, Эритроцит - <math>4,8 \times 10^{12}</math> /л, Ранг кўрсаткич - 0,9, Лейкоцит- <math>10 \times 10^9</math> /л, Эритроцитлар чўкув тезлиги – 20 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Умумий оксил- 70г/л, Антистрептогиал уронидаз - 450 БР, Антистрептокина за – 200 БР, Дифенилаланин – 250 БР. С-реактив оксил – мусбат.</p>	<p>Лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, меъёрда <math>4-9 \times 10^9</math> г/л), Эритроцитлар чўкув тезлиги тезлашган (меъёрда 2-10 мм/с), яллиғланиш жараёни ҳисобига.</p> <p>Қонда антистрептококк антителолари: Антистрептогиалуронидаза миқдори ортган (меъёрда – 300 БР), <b>Антистрептокиназа миқдори ортган (меъёрда 128 БР),</b> <b>Дифенилаланин ортган (меъёрда 129-211 БР).</b> <b>С-реактив оксил мусбат (меъёрда манфий).</b></p> <p><b>Бу ўзгаришлар яллиғланиш жараёни ва ревматик жараён фаоллигини юқориликни кўрсатади.</b></p>	<p>ЭКГ-синусли аритмия, миокардда алмашинув бузилиши белгилари.</p> <p>УТТ: Миокарднинг қисқариш функциясини камайиши.</p> <p>Рентгенограмма: Юрак томонидан ўзгаришлар йўқ.</p>	<p>Миокардиодистрофия белгиси.</p> <p>Миокардит белгиси.</p>	<p>Норевматик кардит (орттирилган) бактериал ёки вирусли инфекциялардан кейин ривожланади. Бўшашиш, ҳолсизлик, тез чарчаш, бош оғриғи, артралгия, терлаш, иштахани пасайиши, қўнғил айниш, кусиш, жисмоний ўсишдан ортда қолиш, цианоз белгилари, қўзғалиш, хушдан кетиш, талваса, гемипарез, афония, қоринда оғриқ, гепатомегалия кузатилади. Юрак буқрилиги бўлиши мумкин, чўкки турткиси ўзгарган, юрак чегаралари кенгайган, систолик шовқин, юрак ритмининг ўзгариши. Рентгенда юрак соясининг катталашини кўринади. ЭКГда юрак электр ўқининг ўнгга силжиши, QRS тишлар вольтажининг пасайиши кўринади.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Қатъий ётоқ тартиб.</u></li> <li>2. <u>Стол № 10.</u></li> <li>3. <u>Антибиотик:</u> пенициллин, ампициллин, эритромицин. Rp: Benzylpenicillini-natrii 1 млн.ХБ DS: 500.000 ХБ 4 маҳал м/о.</li> <li>4. <u>Антигистамин:</u> Димедрол, супрастин, тавегил Rp: Tab.Suprastini 0.025 DS: 1/2 таб. 2 маҳал ичишга.</li> <li>5. <u>Яллиғланишга қарши ностероид препаратлар:</u> аспирин, индометацин, бруфен</li> <li>6. <u>Калий препаратлари:</u> панангин, аспаркам, калий оратат. Rp: Tab. Kalii oratatis 0,5 DS: 1 таб. 3 маҳал ичишга 2-хафта давомида.</li> <li>7. <u>Кардиометаболиклар:</u> АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин Rp: Tab. Riboxini 0,2 DS: 1 таб. 3-маҳал ичишга.</li> <li>8. <u>Витаминотерапия:</u> никотин кислота, витамин С, витамин В гуруҳи. Rp: Sol. Acidi nicotinic 1% 1,0. DS: 0,3 мл дан схема бўйича реакциягача м/о овқатдан кейин Rp: Sol. As. ascorbinici 5% 2,0. DS: в/и глюкоза билан.</li> <li>9. <u>Дустирник</u> дамламаси 16-томчидан 3-маҳал ичишга.</li> <li>10. <u>Беллатаминал</u> 1 таб. кечасига.</li> <li>11. <u>Бициллин-5</u>, 1,5 млн. ХБ 1-марта 4-хафтада.</li> </ol>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Юрак туғма нуқсони, кичик қон айланиш доирасининг бойиши билан, цианозсиз, бўлмачалар аро тўсиқ нуқсони.

**Ёши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 16 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> хансираш, чарчаш, юрак соҳасида оғриқ. Бола меъёр вазнда туғилган, 1 ойлигидан юрагида шовқин аниқланган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> умумий ахволи ўртача оғирликда, озгин рангпар. Перкутор юракнинг чегараси бир оз ўнг томонга кенгайган. Аускультатив уч табақали клапан соҳасида I тоннинг кучайиши, ўпка артерияси устида II тоннинг иккиланиши, тушдан чапда II-III қовурға ораллиғида ўртача интенсификдаги систолик шовқин эшитилади. Қолган аъзо ва системаларда патологик ўзгаришлар йўқ.</p>	<p>Қон, пешоб ва нажас тахлили патологик ўзгаришсиз.</p>	<p>1.ЭКГ – юрак электрик уки ўнгга оғган, ўнг қоринча гипертрофияси, ва Гис тутами ўнг оёқчасини тўлиқ бўлмаган блокадаси.</p> <p>2. ФКГ- ўпка артерияси устида II тон кучайиши. Чапда II қовурға ораллиғида систолик шовқин.</p> <p>3.ЭхоКГ-ўнг қоринча гипертрофияси, бўлмачалараро тўсиқнинг патологик харакати.</p> <p>4.R-ўпка сурати кучайган, юрак чегараси ўнг томонга катталашган, ўпка артерияси дилатацияланган.</p> <p>5. Юрак бўшлиғи катетеризацияси – ўпка артериясида босим бироз ортган.</p>	<p>1.ЭКГ хулосаси: ўнг қоринча гипертрофияси.</p> <p>2. ФКГ хулосаси: ўпка артериясида систолик шовқин.</p> <p>3. ЭхоКГ хулосаси: юрак туғма нуқсони, бўлмачалараро тўсиқ дефекти.</p> <p>4. Рентгенда кичик қон айланиш доирасида димланиш белгиси.</p> <p>Хулоса: ўпка гипертензиясига хос.</p>	<p>1. Қоринчалараро тўсиқ нуқсониди юрак букрини пайдо бўлиши, эпигастрал юрак турткиси кучайиши, ситолик титраш, 3-4 қовурға ораллиғида дағал, ҳамма нуқталарга ва орқага узатилувчи систолик шовқин эшитилади. ЭхоКГда қоринчалараро тўсиқни патологик харакати.</p> <p>2. Ревматик эндокардитда ревматик анамнез, шовқинларни клапанлар соҳасида эшитилиши, ЭКГда P-Q интервалини узайиши, ЭхоКГда клапанларда патологик ўзгаришлар борлиги, қонда стрептококка қарши антителолар миқдори ортиши хос.</p> <p>3. Норевматик қардитда цианоз, юрак тонлари бўғиқлиги, юракнинг ўтказувчи системаси ва қисқарувчанлигининг бузилиши, чўққида систолик шовқин функционал характерда ёки митрал клапаннинг нисбий етишмовчилиги натижасида юзага келиши характерли. Рентгенда юрак овалсимон ёки трапециясимон шаклда.</p>	<p>1.<u>Пархез № 10.</u></p> <p>2. <u>Аёвчи тартиб</u></p> <p>3. <u>Юрак гликозидлари:</u> коргликон, дигоксин, дигитоксин, стофантин. Rp:Sol.Corgluconi 0,06% 1,0 DS: 0,4 мл глюкоза эритмаси билан в/и 5-10 кун.</p> <p>4. <u>Сийдик хайдовчилар:</u> фуросемид, верошпирон, триампур. Rp:Tab.Furosemidi 0,04 DS. 1 таб. эрталаб 1 маҳал ичишга.</p> <p>5.<u>Қардиометаболиклар:</u> рибоксин, АТФ. Rp:Sol.Riboxini 2% 10 мл DS: 5мл дан в/и 10-15 кун.</p> <p>6.<u>Калий препаратлари:</u> калий оратат, панангин, аспаркам. Rp: Tab.Kalii oratatis 0,5 DS. 1 таб. 2-3 маҳал ичишга 2 хафта мобайнида.</p> <p>7. <u>Витаминотерапия.</u></p> <p>8. Консерватив даво самара бермаганда кўрсатма бўйича жаррохлик йули билан даволаш.</p>	
100% - 2	-	-	2	2	2	2
50% - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ювенил ревматоид артритнинг асосан бўғим шакли, олигоартрит, ревматоид факторга синов мусбат, секин авж оладиган кечиши, актив даврининг II-даражаси, рентгенологик I-босқич, функционал қобилият-I. **Ёши:** 10 ёш. **Тана вазни:** 26 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> оёқ ва қўл бўғимларидаги оғриқ, шиш, ҳаракатни чекланганлиги, эрталабки қарахатлик, холсизлик.</p> <p><b>Анамнездан</b> аниқланишича, бола 3 йилдан буён бетоб, касаллиги ўнг оёғини тизза бўғими соҳасини жароҳатлаб олганда кейин бошланган. Бир неча марта касалхонада даволанган.</p> <p><b>Қўрувда</b> беморнинг тана тузилиши тўғри, озғин, рангпар. Оёқларининг тизза бўғими соҳасида “шарсимон”, қўллари-ни билак бўғимида “ёстиқсимон” дефигурация, шиш, ҳаракатни чекланганлиги, оғриқлиги аниқ-ланади. Оёқ ва қўл мушаклари тонуси суст, гипо-атрофик. қолган аъзо ва системаларида жиддий оғишмалар аниқланмади</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Гемоглобин - 98 г/л Эритроцит - <math>3,0 \times 10^{12}/л</math>, Лейкоцит - <math>15 \times 10^9/л</math>, Ранг курсаткичи – 0,8, Эритроцитларнинг чўкув тезлиги – 40 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> 1) Серомукоид 32 БР 2) С-реактив оксил мусбат 3) Ревматоид омил мусбат</p> <p><b>Пешоб ва нажас таҳлили жиддий оғишмасиз.</b></p>	<p>Гемоглобин миқдорини камайиши (меъёрда 110-140 г/л). Эритропения (эритроцит миқдорини камайиши меъёрда <math>3,9-4,7 \times 10^{12}/л</math>). Ранг кўрсаткичинини пасайиши гипохромия (меъёрда 0.85-1.0), кўзгатувчи токсинларининг қон яратиш аъзоларига таъсири натижасида. Лейкоцитоз (лейкацитлар сонининг ортиши меъёрда <math>4-9 \times 10^9/л</math>). Эритроцитларнинг чўкув тезлигини ортиши яллиғланиш ҳисобига (меъёрда 2-10 мм/с).</p> <p>Серомукоид (меъёрда 22-28 БР) С-реактив оксил мусбат (меъёрда манфий) Ревматоид омил мусбат (меъёрда манфий) Бу ўзгаришлар бириктирувчи тўқиманинг яллиғланиши натижасида келиб чиқади.</p>	<p>Рентген: оёқларни тизза бўғими атрофи остеопорози, бўғим бўшлиғига суюқлик йиғилганлиги аломатлари, периартикуляр тўқиманинг қаттиқлашиши</p> <p>ЭКГ-синусли ритм, юракни қисқариш сони 82та. Юракни электик ўқи меъёрл жойлашган.</p>	<p>Рентген: яллиғланишнинг экссудатив ва пролифератив манзараси</p> <p>ЭКГ- ўзгаришсиз</p>	Ревматик полиартрит	<p>1. <u>Ярим ётоқ</u>, кейинчалик аёвчи тартиб. 2. <u>Пархез 15-стол</u> 3. <u>Антибактериал даво:</u> пенициллин 1 млн ЕД дан хар 12 с м/о Ампициллин 0,5 х 3 маҳал м/о Цефазолин 1,0, 2 маҳал м/о Rp: Benzylpenicillini natrii – 1mln. ХВ. DS: 1 mln. ХВ. 2 м/о 4. <u>Нестероид яллиғланишга қарши препарат-лар:</u> Ортофен 0,025 1 таб. дан 3-4 маҳал овқатдан кейин сут билан ичишга. Индометацин 0,025 уч маҳал ичиш. Вольтарен 0,025 уч маҳал ичиш Rp: Tab. Ortopheni 0,025 DS: 1 таб. 3-4 маҳал овқатдан кейин. 5. <u>Аминохинолин препаратлари:</u> Делагил 0,25 бир табл.дан 1 маҳал тунда ичишга. Плаквинил. Rp.: Tab.Chingamini 0,25 DS: 1 табл. бир маҳал ичишга кечкурун. 6. <u>Антигистамин даво:</u> Пипольфен 0,025 бир таб.дан 2 маҳал ичишга, Супрастин. диазолин, дипразин. Rp.: Tab. Suprastini 0,025 DS: 1 табл. икки маҳал ичишга овқатдан сўнг. 7. <u>Витамин даво:</u> В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, С, А, Е Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 2 ml. DS: 2 ml бир марта м/о. 8. <u>Маҳаллий даво:</u> Бўғимга 30%-димексид-гепаринли апплика-ция, кундузги 45 дақиқа давомида, Бўғим соҳасига компресс – Вишневский малҳами билан кечкурун Кўрсатма бўйича, тизза бўғимларига ташҳисот-даво пункцияси қилиб, 50 мг гидрокортизон-ацетат суспензияси юбориш, хафтада бир марта қўл-оёқ мушакларига массаж, даволовчи гимнастика</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

Ташҳис: Бирламчи сепсис, септицилия, стафилококкли, ўткир формаси.

Ёши: 6 ойлик.

Тана вазни: 5 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикояти дармонсизлик, иштахасини йўқлиги, қайт қилиш. Тана вазни камайиши, ҳароратини кўтарилиши. Анамнез: I хомиладон, хомиладорлик токсикоз б-н ўтган. Киндиги 3 кун тушган. Туғриқхонадан чиққач бир ой давомида киндик қолдиғи намланиб турган. Беморни ахволи интоксикация ҳисобига оғир, бола бўшашган, эммайди. Эмганда қайд қилади. Тана ҳарорати 39<sup>0</sup></p>	<p>қон таҳлили Гемоглобин 100 г/л, Эр 3,2x10<sup>12</sup>/л. Р/к 0,6 лейкоцит 10x10<sup>9</sup>/л, нейтр 60% эоз-1%, моноц 3% ЭРИТРОЦИТЛАР ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ 20 мм/ч</p> <p>Пешоб таҳлили миқдори 100,0 Зиглиги 1006 РН 7,5 Тинник,оксил 0,33% Кант (-), Лейкоцит 10-15 Эритроцит 3-4 Цилиндр 2-3</p>	<p>Кондан гипохром анемия (гемоглабин, эритроцит ва ранг курсаткичини пасаяши, нормада Нб - 120-140 г/л, эритроцит 3,9-4,7·10<sup>12</sup>/л) токсинлари кон яратиш аъзолари функциясинин бузилиши олиб келиши натижасида. Лейкоцитоз (нормада 4-9·10<sup>9</sup>/л) эритроцитлар чукиш тезлигининг олтиши (нормада 2-10 мм/с), инфекцион яллигланиш ҳисобига. Пешобда протеинурия (сийдикда оксилни булиши нормада булмайди), эритроцитурия (сийдикда эритроцитлар булиши, нормада булмайди), лейкоцитурия (лейкоцитлар миқдори уртиши, нормада 1 та курув майдонида 3-4 та) цилиндрурия (нормада булмайди) булиши буйракни инфекцион яллигланиш ҳисобига.</p>	Утказилмайди	Утказилмайди	Уткир пневмония билан	<p>1. <u>Тиббий овқатлантириш.</u> 2. <u>Ампициллин</u> 250 МЕ x4мл/о ёки в/н. Rp: Sol/ Ampicillini - natrii 0.5 Ds: 0,25 x 4 махал м/о 3. <u>Гентамезин</u> 10 мл/кгx2р в/о Rp: Sol/ Gentamycini - sulfatis 4% -2 ml Ds: 0,5 x 2 махал м/о 4. Гемодез 50,0 в/н томчилаб Rp: Sol/ Hemodesi 200 ml Ds: 50 мл в/и тончилаб аста-секин 5. <u>Реополигмокин</u> 50,0 в/н томчилаб 6. <u>Глюкоза</u> эритроцитлармаси 10%-8,0 витамин «С» 5% - 2.0 билан 7. <u>Витамин В<sub>6</sub></u> – 0,5 кунора № 10 8. <u>Витамин В<sub>1</sub></u> 0,5 м/и кунора № 10 Rp: Sol/ Puridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml Ds: 0, 5 мл x 1 махал м/о 9. <u>Стафилококк</u> иммуноглобулини 1,5 мл М/и кунора №3 Rp: Immunoglobulini antistafilacoccus 1,5 ml Ds: 1,5 мл м/о кунора 10. АСП 50,0 в/н капельно №3. Rp: Plasmal antistaphylococci siccal Dtd 1 Ds: 125 мл физ эритроцитлармада эритроцитлариб в/и томчилаб аста-секин</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						



## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сурункали холецистит, рецидив кечуви зўрайиш даври.

**Ёши:** 12 ёш.

**Тана вазни:** 32 кг.

Клиника	Ташхислаш				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнезда</b> бемор 6 ёшлигида ўткир ичак инфекцияси ўтказган, бир неча мартта ичак лямблиози билан даволанган. Эрта ёшида ширинликларга, помидорга аллергияси бўлган. Охириги уч йил ичида ёғли қовурилган овқатлар егандан сўнг ўнг қовурга остида оғрик безовта қилади. Оғрик доимий. Пархез бўлганда жисмоний иш бажарганда ўнг кўкрак остига иррадиацияси кузатилади. Пархез бузилганда кўнгил айнаш, қусиш кузатилади. Субфебрил температура безовта қилади. Дармонсизликдан, бош оғриғидан шикоят қилади. Ахлати шаклланмаган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> Тери қоплами рангпар, бемор бўшашган. Пайпаслаб кўрганда ўнг қовурга равоғи остида оғрик бор. Жигар катталашмаган, эластик, оғриксиз. Ортнер ва Кера симптомлари мусбат.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Лейкоцит–15,2x10<sup>9</sup>/л, Таёқ ядр. – 8%, Сегмент ядр. – 60%, Эозинофил – 6%, Лимфоцит – 20%, Моноцит – 6%, Эритроцит чўкув тезлиги – 15 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> ALT – 0,5 ммоль/л, AST – 0,4 ммоль/л, Умумий билирубин–20 мкмоль/л, Боғланган бил. – 1 мкмоль/л, Боғланмаган бил. – 9 мкмоль/л, Умумий оксил – 70 г/л, Холестерин – 5,0 ммоль/л, СРБ ++, ДФА – 0,300 БР.</p> <p><b>Копрограмма:</b> Микроскопияда нейтрал ёғ ++, Ёғ кислот. +++, Хазм бўлган усимлик клетчатка ++, Мушак тола +.</p>	<p>Лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, меъёрда 4-9x10<sup>9</sup>/л), лейкоцитлар формулани чапга силжиши (меъёрда таёқ ядр. 2-6%), ЭЧТ ортган инфекциян яллиғланиш жараёни ҳисобига. Эозинофилия (эозинофиллар микдорини ортиши, меъёрда 1-5%), аллергия жараён паразитар келиб чиқиш ҳисобига.</p> <p>С-реактив оксил пайдо бўлган (меъёрда бўлиши керак эмас), ДФА ортган (меъёрда 0,129-0,211 БР бўлиши керак). Бу ўзгаришлар яллиғланиш жараёнини кўрсатади.</p> <p>Нажас таҳлилида стеаторея (нажасда нейтрал ёғ кислоталарнинг бўлиши, меъёрда бўлмайди). Бунда ёғларнинг хазм бўлиши бузилган. Нажасда нейтрал ёғ ва ёғ кислоталарини бўлиши гепатобилиар тизимини зарарланишини кўрсатади.</p>	<p><b>Дуоденал зондлаш:</b> А порция – оч-сомонранг, хира, 20 мин давомида 30 мл ажралди. В порция тўқ ранг, ипир-ипир, 7 мин давомида таъсирдан сўнг 30 мин ичида 40,0 мл ажралди. С порцияси тилларанг, тиник 15 мин давомида 20,0 ажралди. <b>Микроскопияда:</b> А порцияда – лейкоцит, шиллик В порцияда шиллик ++ Лейкоцит 10-15, эпителийлар 10-12, билирубин кристаллари, лямбля қайд қилинади. С порция ўзгаришсиз. Бактериал экишда В порциясидаги суюклик-дан Staph.aureus ажратилган. <b>Жигар ва ўт қопи УТТ</b> қилганда: жигар катталашмаган, контури текис эхоструктураси ўзгармаган. Ўт қопи катталашган, девори қалинлашган. Ўт қопи деворларига ўт қуюқлашиб гомоген холида ёришган. Нонуштадан сўнг ўт қопи 45% қисқаради. Холецистограмма: ўт қопи катталашган, қалинла-шган, ўт қуюқлашган нонушта-дан сўнг 1,5 соат давомида 1/2 қисмига қисқарган.</p>	<p>Меъёрида. Ипир-ипир. Меъёрида. Яллиғланиш. белгилари лямблия қайд қилинган. Меъёрида. <b>Хулоса:</b> ўт қопида стафилококк ва лямблиялар ҳисобига яллиғланиш бор. <b>Хулоса:</b> ўт қопи деворини қалинлашиши, ўтни қуюқ гомоген хосил қилиб димланиши ўт қопини яллиғланиши ва гипотоник-гипокинетик типда моторикани бузилиши қайд қилинади. <b>Хулоса:</b> ўт қопини яллиғланиши, димланиш, гипотоник гипокинетик дискинезия.</p>	<p>Интоксикациясиз оғрик ва диспептик ўзгаришлар билан кечувчи ўт йўллари дискинерияси, астено-вегетатив симптомлар хос. Доимий оғрик билан кечадиган сурункали панкреатит. Оғрик киндик соҳасига белга, чап ва ўнг қовурга остига иррадиация беради. Таъм билишни ўзгариши, қайд қилиш, кўнгил айнаш. Сурункали гепатит- жигар катталашади, қаттиқлашди. Спленомегалия астено-вегетатив синдром</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><u>Кун тартиби</u> – ярим ётоқ</li> <li><u>Пархез № 5.</u></li> <li><u>Антибактериал</u> терапия (ампициллин, амоксациллин, эритромицин, интрофуралар) Rp: Tab.Erythromycini 0,1 DS: 1 табл. 3 маҳал овқатдан олдин ичишга.</li> <li><u>Паразитларга</u> қарши препаратлар (нитрофуранлар, трихопол, делагил) Rp: Tab.Metronidazoli 0,25 DS: 1 табл. 2 маҳал ичишга, овқат вақтида.</li> <li><u>Спазмолитиклар</u> (но-шпа, дюспаталин, никошпан, папаверин) Rp: Tab. No-spani 0,04 DS: 1 таб. 2 маҳал ичишга</li> <li><u>Холеретиклар</u> (холензим, аллахол, оксафенамид, циквалон, холосас, берберин) Rp: Sol.Cholosasi 300ml DS: 1 чой қошиқдан 3 маҳал ичишга</li> <li><u>Витаминлар.</u> В, В1, В6, С. Rp: Sol.Pyridoxini 5%-1ml. DS: 1 мл. 1 маҳал м/о.</li> <li><u>Гипосенсибилизация-ловчи</u> препаратлар (супрастин, диазолин, фенкарол) Rp: Tab.Suprastini 0,025 DS: 1 табл. 2 маҳал ичишга</li> <li><u>Тюбаж</u> Демьянов усули билан.</li> <li><u>Физиотерапия</u> (аппликация, магнит терапия)</li> </ol>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўт йўллари дискинезияси, гипертоник типда, Одди сфинктерни спазми.

Ёши: 12 ёш

Тана вазни: 32 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бола 1 ёшгача невропатологда перинатал энцефалопатия ташҳиси билан кузатувда бўлган. Тез қўзғалувчан, уйқуси даврий бузилиб туради. Бир йилдан буён ўнг коворга остидаги жисмоний ва эмоционал зўриқишда, югурганда пайдо бўладиган оғриққа шикоят қилади. Оғриқ қиска вақтли, хуружсимон, но-шпа қабул қилганидан ва тичланганидан сўнг ўтиб кетади. Ёғли ва коворилган овқатлар, тухум еганидан сўнг кўнгил айниш кузатилади. Умумий интоксикация белгилари йўқ. Жигар ва талоқ меъёрида. Ахлати шаклланган, патологик ўзгаришларсиз.	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Эритроцит 4,2x10<sup>12</sup>/л, Гемоглобин-136 г/л, Ранг кўрсаткич-1,0, Лейкоцит-6,0x10<sup>9</sup>/л, Таёқ ядр. – 3%, Сегмент ядр. – 53%, Моноцит – 8%, Эозинофил – 4%, Лимфоцит – 32%, Эритроцитлар чўкув тезлиги – 4 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> ALT – 0,5 ммоль/л, AST – 0,3 ммоль/л, Билирубин умумий- 10,2 мкмоль/л, Боғланган–1,0 мкмоль/л, Боғланмаган–9,2 мкмоль/л, Умум оқсил – 70 г/л.</p> <p><b>Копрограмма:</b> шаклланган, жигарранг, нейтрал реакция. Микроскопияда: ёғ кислотаси +, совун +, хазм бўлмаган мушак толалари кам миқдорда.</p>	<p><b>Хулоса:</b> Периферик қон патологик ўзгаришсиз.</p> <p>Қон бохимияси меъёрда.</p> <p>Копрограмма ўзгаришсиз</p>	<p><b>Дуоденал зондлаш—</b> А порция-30мл, 15 мин давомида ажралади, оч сарик рангда, тиник.</p> <p>В порция-таъсирлангирилгандан 40мин кейин ажралди, тўқ кўк рангда 20 мин давомида, 40 мл миқдорда.</p> <p>С порция-20 мин давомида, 20 мл миқдорда ажралди, тиник.</p> <p>Гамма порциялар микроскопиясида 1-2та цилиндрик эпителий хужайралари аниқланади. ўт суюқлигини бактериал экканда манфий натижа олинди.</p> <p><b>УТТ жигар ва ўт қопи:</b> жигар катталашмаган, эхоструктураси ўзгармаган, томирлари патологиясиз. ўт қопи оддий шаклда, деворлари калинлашмаган. Ўт хайдовчи овқатдан сўнг ўт қопи шаклининг ўзгариши (узайиши), 1 соатдан сўнг ўт қопи 60%га қисқарган.</p>	<p>Меъёр</p> <p>Меъёрда ўт хайдовчи овқатдан 5-7 мин ўтгач, 40 мл миқдорда ажралади, 20 мин давомида. Кеч ажралиши кузатилмоқда.</p> <p>Меъёр. Меъёр.</p> <p><b>Хулоса:</b> Одди сфинктери очилишининг бузилиши, В порциянинг кеч ажралиши.</p> <p><b>Хулоса:</b> Одди сфинктери гипертонуси белгиси, ўт қопи қисқарувчанлиги сақланган, ўт суюқлиги миқдори меъёрида.</p>	<p>1.Сурункали холецистит Билан-оғриқ синдромининг узок вақт ва яққол намоён бўлиши, интоксикация белгилари, температура кўтарилиши хос.</p> <p>2. Гипотоник типдаги дискинезия - ўнг коворга остидаги оғирлик хисси, диспептик синдромнинг кузатилиши, овқат егандан сўнг кўнгил айниши, дуоденал зондлашда В порция тез ажралади, кўпинча кўп миқдорда ихтиёрий ажралиши хос.</p>	<p>1. <u>Аёвчи</u> тартиб, жисмоний ва эмоционал зўриқишдан сақлаш.</p> <p>2. <u>Пархез № 5.</u></p> <p>3. <u>Спазмолитик</u> (дюспаталин, но-шпа, папаверин, платифиллин) Rp:Tab.No-spani 0,04. DS: 1 таб 2 маҳал ичишга.</p> <p>4. <u>Тинчлантурувчи</u>, нерв фаолиятини яхшиловчи препаратлар (элениум, валериана, пустирник, триаксозин, новопассит). Rp:Tab. Valerianae. DS:1 табл.х 2 маҳал (эрталаб ва кечаси). Elenii 0,005, 1 маҳал кечасига.</p> <p>5. <u>Физиотерапия</u> (электрофорез новокаин билан, ультратовуш).</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

Ташҳис: Сурункали реактив (дориворий) гепатит, минимал активликда, фиброзсиз.

Ёши: 8 ёш Тана вазни: 22 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнез</b>да: бола сепсис, ўткир ичак инфекцияси, тез-тез респиратор инфекция, бронхит ўтказган., жигари катталашини аниқланган. Бемор холсизлик, тез чарчаш, кайфиятини ўзгарувчанлигига шикоят қилади. Даврий кўзгалувчан, уйқучан, уйқуси нотинч. Қовурилган ва ёғли овқатлардан егандан кейин кўнгил айниши кузатилади. Иштахаси пасайган. ўнг қовурға остида оғирлик хисси, жисмоний зўриқишлардан сўнг эса ўнг биқинида оғрик пайдо бўлади.</p> <p><b>Кўрувда</b> бола тўғри тана тузилиши, озғин, тери қоплами рангпар, ёноғида кам микдорда қон томир юлдузчалари. Жигар қовурға равогидан +3,5+4+4см, қаттиқлашган, сезувчан. Талоқ пайпасланмайди.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Лейкоцит 6,7x10<sup>9</sup>/л, Таек ядр. - 6%, Сегмент ядр. - 55%, Эозинофил -10%, Моноцит - 4%, Лимфоцит - 25%, Эритроцитлар чўкув тезлиги – 6 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> ALT- 2,6 ммол/л, AST- 1,2 ммол/л, Билирубин умумий - 20,4 мкмол/л, Боғланган- 4,4 мкмол/л, Боғланмаган – 16 мкмол/л, Холестерин- 5,4 ммол/л, Умумий оксил - 65 г/л, Альбумин- 40%, Глобулин- 60%, Альфа-1-глобулин – 4%, Альфа-2- глобулин – 9%, Бета-глобулин – 17%, Гамма-глобулин- 32%, Фибриноген – 3,0 г/л, Тимол синамаси – 8БР, С – реактив оксил ++.</p> <p><b>Серологик текширув:</b> Гепатит В, С, D маркерлари аниқланмади.</p>	<p>Қонда гиперферментемия (ALT ва AST микдори ортган, меъёрда ALT 0,1-0,45 ммол/л , AST 0,1-0,68 ммол/л) цитоллиз ҳисобига. Диспротеинемия (гамма – глобулин ортган, меъёрда 15-25%). Чўкма синамалари мусбатлиги (меъёрда тимол синамаси 0-4 Бр.), С-реактив оксил мусбатлиги (меъёрда манфий) иммун яллиғланиш борлигидан дарак беради.</p> <p>Гепатит маркерларини йўклиги вирус этиологиясини инкор этади.</p>	<p>УТТ жигар: +3см, катталашган, контури аниқ, эхоструктураси бир хилда, товуш ўтказувчанлиги ортган, қон томирлар ўзгаришсиз. ўт пуфаги одатдагидек шаклда, деворлари қаттиқлашмаган.</p>	<p>Хулоса: реактив гепатит.</p>	<p>1.Сурункали гепатит вирус этиологияли-анамнезида вирусли гепатит ўтказганлиги, қонда вирусга қарши антитело ва антиген аниқланиши, жигардаги морфологик ўзгаришларнинг кучли ривожланганлиги ва орқага қайтмаслиги билан характерланади. Клиник белгиларига яққол ривожланганлиги ва узок давом этиши, системали зарарланиши хос.</p> <p>2.Аутоиммун гепатитда-оилавий анамнезида системали касалликлар ва аллергияга наслий мойиллигининг борлиги, клиникасида бошқа аъзо ва системаларни полиморф зарарланиши, қонда жигар ва бошқа органларга қарши аутоантителони топилиши характерли.</p>	<p>1. <u>Ярим</u> ётоқ тартиб, жисмоний ва психик зўриқишдан асраш. 2. <u>Пархез № 5.</u> 3.<u>Гепатопротекторлар:</u> глюкоза, витаминлар, эссенциале, легалон, липамид, карсил, галстена. Rp: Sol. Glucosae 20% 20,0, Sol. Ac.Ascorbinici 5% - 2,0, MDS: в/и секин. Rp:Sol. Acidi Nicotinic 1% 1,0, DS: м/о тўқ қоринга Rp:Lipamidi 0,025 DS: 1 таб 2 маҳал овқатдан кейин. Поливитамин (гендевит, олиговит, ревит) 1 драже 2 маҳал ичишга. 4.<u>Холеретик:</u> холензим, аллохол Rp: Таб. Berberini bisulfatis 0,005, DS: 1таб 2 маҳал овқатдан олдин. 5. <u>Активлашган</u> кумир 1 таб. 4 маҳал ичишга. 6. <u>Ич келишини</u> доимийлигини кузатиш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўт йўллари дискинезияси, гипотоник тури.

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 33 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнезид:</b> 5 ёшида вирусли гепатит А, 7 ёшидан тез-тез ОРЗ билан касалланади. Бола кам ҳаракат, овқатланиш тартибига риоя қилмайди. Овқатланишлари ораси узок. Кейинги 1,5 йил ичида ўнг қовурға остида ёғли, қовурилган овқатлар еганидан 1,5 соатдан кейин тўмтоқ оғриққа, кўнгил айнишига шикоят қилади.</p> <p><b>Кўрувда</b> умумий интоксикация белгилари йўқ. Тана ҳарорати меъёрида. қорин пайпасланганда ўт пуфаги соҳаси сезувчан, нажас қабзиятга мойил.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Эритроцит-<math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, Гемоглобин – 136 г/л, Ранг кўрсаткич –1,0, Лейкоцит–<math>5,2 \times 10^9/л</math>, Таек ядр. – 2%, Сегм ядр.– 54%, Эозинофил – 3%, Моноцит – 8%, Лимфоцит – 33%, Эритроцитлар чўкув тезлиги – 6 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> ALT – 0,4 ммол/л, AST – 0,2 ммол/л, Билируб умумий- 4ммол/л, Боғланган –abs , Боғланмаган– 8,4 ммол/л. Холестерин – 4 ммол/л, Умум. оксил – 80 г/л.</p> <p><b>Копрограмма:</b> шаклланган, жигарранг, нордон реакцияли. Микроскопияда: Ёғ кислотаси ++, совун ++, ҳазм бўлмаган мушак толалари кам миқдорда.</p>	<p><b>Копрограммада</b> стеаторея (ёғ кислоталарининг борлиги меъёрда бўлмайди), совун кўп миқдорда (меъёрда кам миқдорда бўлади). Бу ўзгаришлар холестаза натижасида ўт чиқишини қийинлашиши ҳисобига келиб чиқади.</p>	<p><b>Дуоденал зондлаш</b> — А порция—20мл, 25 мин. давомида ажралди, оч сариқ рангда, тиниқ. В порция—таъсирлантирилгандан 3 мин. кейин ажралди, тўқ кўк рангда 70 мин. давомида, 100 мл миқдорда. С порция- 20 мин. кейин, 20 мл миқдорда ажралди, тилла рангда, тиниқ. Хамма порциялар микроскопиясида 1-2та цилиндрик эпителий хужайралари аникланади. Ўт суюқлигини бактериал экканда манфий натижа олинди.</p> <p><b>УТТ жигар ва ўт қопи:</b> жигар қатталашмаган, эхоструктураси ўзгармаган, томирлари патологиясиз. Ўт қопи қатталашган, девор олди гомоген қаттиқлашиши, ўт димланиш белгилари, деворлари қаттиқлашмаган. Ўт хайдовчи овқатдан сўнг ўт қопини қискариши секинлашган, 1соатдан сўнг ўт қопи 40%га қискарган.</p>	<p>Меъёр. Меъёрда ўт хайдовчи овқатдан 5-7 мин ўтгач, 40 мл миқдорда ажралди, 20 мин давомида. Хулоса: миқдори ва ўт ажралош давомийлиги ортган. Меъёр. Меъёр. Хулоса: Одди сфинктери ёпилиш фазаси қискарган, рефлектор даври узайган ўт ажралош тезлиги пасайган В порция миқдори ортган. Микроскопияда ўзгаришларсиз. Хулоса: ўт димланиш белгилари, ўт айдовчи нонуштадан сўнг ўт қопини секин қискариши.</p>	<p>1. Сурункали холецистит билан-оғриқ синдромининг узок вақт ва яққол намоён бўлиши, интоксикация белгилари, температура кўтарилиши хос. 2. Гипертоник-гиперкинетик турдаги дискинезияда-оғриқ синдроми кучли, хуружсимон, ўт пуфаги симптомлари кўпинча мусбат, вегетатив нерв системаси симпатотоник типда.</p>	<p>1. <u>Пархез № 5.</u> Тез-тез, кам-камдан овқатланиш – суткада 7 марта. 2. <u>Холеретик:</u> аллохол, холензим Rp: Таб. Alcoholici DS: 1 табл. 3 маҳал овқатдан кейин. 3. <u>Холекинетик:</u> магния сульфат, ишқорий сув, сорбит, ксилит. Тюбаж Демьянов бўйича оч қоринга эрталаб ксилит (20 гр.) 100 мл илик минерал сувга қўшилади. Хафтада 2 марта. 4. <u>Нерв фаолиятини яхшилаш:</u> Rp: Sol. Thiamini chloridi 5% 1,0 DS: 1мл м/о № 10. Rp: Sol. Pyridoxini 5% 1,0 мл. DS: 1мл м/о N10 5. <u>Физиотерапия</u> (гальванизация, фарадизация)</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сурункали панкреатит, қайталанувчи кечуви, зўрайиш даври, енгил даражада. **Ёши:** 14 ёш **Тана вазни:** 40 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнезид:</b> 10 ёшлигида травмадан сўнг ўткир панкреатит ўтказган. ОРВИ дан сўнг киндик атрофидаги оғриқка тез-тез шикоят қилади. Оғриқ ёғли ва ширинликлар егандан сўнг кучаяди. Иштахаси пасайган, жигилдон қайнаши, кўнгил айниши кузатилади.</p> <p><b>Кўрувда</b> тери қопламлари рангпар. корин пайпасланганда киндикдан юқорида кўндаланг мушакларнинг резистентлиги (Керте симптоми), Шоффар зонасида оғриқ. Жигар ва талоқ пайпасланмайди. Нажас - қабзият ва ич кетишини алмашиниб туриши.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Лейкоцит - <math>10,0 \times 10^9/л</math>, Таек ядр. - 5%, Сегмент ядр. - 60%, Эозинофил - 2%, Моноцит - 6%, Лимфоцит - 32%, Эритроцитлар чўкув тезлиги – 12 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Умумий оксил – 71 г/л, Альбумин– 48%, Глобулин-52%, Холестерин – 4,3 ммоль/л, АЛТ – 0,1 ммоль/л, Амилаза- 40 мг/мл, Умумий билирубин – 13,17 мкмоль/л, Боғланмаган бил.-abs., Қанд – 5,5 ммоль/л.</p> <p><b>Копрограмма:</b> ярим шакланган, паст нордонли реакция, жигаррангда.</p> <p><b>Микроскопия:</b> мускул толалари ўзгармаган +, ўзгарган ++, хазм бўлмаган клетчатка ++, нейтрал ёғ +, ёғ кислотаси +, совун ++ иодофил флора.</p> <p><b>Пешоб таҳлили:</b> Амилаза – 250 мг/мл.</p>	<p>Қонда лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши , меъёрда <math>4-9 \times 10^9/л</math>), ЭЧТ – тезлашган (меъёрда 2-10 мм/с), яллиғланиш жараени ҳисобига.</p> <p>Диспротеинемия (глобулин фракцияси ортган, альбумин миқдори камайган, меъёрда альбумин 37-52%, глобулин 48-63%ни ташкил этади) яллиғланиш ҳисобига.</p> <p>Гиперамилаземия (конда амилаза миқдорини ортиши, меъёрда 16-30 мг/мл), гиперамилазурия (пешобда амилаза миқдорини ортиши, меъёрда 28-160мг/мл) ошқозон ости безини экскретор фаолиятини бузилиши натижасида келиб чиқади.</p> <p>Копрограммада: стеаторея I тип (нажасда еғларни пайдо бўлиши меъёрда бўлмайди).</p> <p>Креаторея (нажасда ўзгармаган мушак толаларини бўлиши, меъёрда хазм бўлган +, хазм бўлмаган мушак толалари бўлмайди). Бу ўзгаришлар панкреатик ферментларни етишмовчилиги натижасида келиб чиқади.</p>	<p>УТГ жигар, ўт копи, ошқозон ости беzi:</p> <p>Жигар структураси ўзгаришсиз, ўт копи одатдагидек шаклда, гомоген.</p> <p>Ошқозон ости беzi бошчасида фиброз характердаги ўчоқли ўзгаришлар.</p>	<p>Хулоса: панкреатит-га хос.</p>	<p>- Сурункали гепатитда астено-вегетатив синдром устунлик қилади. Овқат қабулига боғлиқбўлмаган ўнг қовурға остидаги оғриқ, гепатомегалия, УТГда жигарда морфологик ўзгаришлар, конда АЛТ ошган, гипо- ва диспротеинемия, чўкма пробалари мусбатлиги, пигмент алмашинуви бузилиши характерли.</p> <p>- Сурункали холециститга ёғли ва қовурилган овқатлар егандан сўнг ўнг қовурға остидаги оғриқ, Ортнер, Кера, Лепене,френикус симптомларини мусбатлиги, УТГда ўт копи деворларини қалинлашиши, перивисцерит белгилари, ўт суяқлигининг ногомогенлиги хос.</p>	<p>1. <u>Ярим</u> ётоқ тартиб, жисмоний зўриқишдан, совуқ котишдан асраш.</p> <p>2. <u>Пархез № 5</u>, панкреатик, минерал сувлар ичиш</p> <p>3. <u>Спазмолитиклар</u>: ношпа, папаверин, платифиллин.</p> <p>Rp: Sol. Plathyphillini hydrotartratis 0,2% - 1,0 DS: 1,0 мл. 1 маҳал м/о</p> <p>4. <u>Дезинтоксикацион даво</u>: глюкоза, гемодез, реополиглюкин.</p> <p>Rp: Sol. Glucosae 10% DS: 200 мл. в/и аста секин</p> <p>5. <u>Антифермент даво</u>: контрикал, гордокс.</p> <p>Rp: Contrical 10.000 ХБ Sol. Natrii chloridi 0.9% - 200,0 DS: в/и томчилаб аста секин 1 маҳал</p> <p>6. <u>Антибактериал даво</u>: (пенициллин, макролидлар).</p> <p>Rp: Tab.Erthromycini 0,1 DS: 1 табл. 4 маҳал овқатдан олдин ичишга</p> <p>7. <u>Ферментатив даво</u>: фестал, креон, панкреатин.</p> <p>Rp: Dr. Festal № 100 DS: 1 драже 3 маҳал овқат вақтида ичишга</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг томонлама сегментар пневмония, чўзилган кечуви.

**Ёши:** 6 ёш

**Тана вазни:** 20 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Анамнези: 3 ойдан буён касал. Тана ҳарорати бирдан ошиши, умумий ҳолсизлик, йўтал билан бошланган. Амбулатор равишда ампициллин, бактриум, мукалитиклар олган. Ахволи яхшиланган, йўтал қолган, тана ҳарорати вақти вақти билан субферил даражагача қўтарилиб турган. Балғам оз миқдорда, шиллиқ йиринг аралаш. Объектив кўрувда: боланинг ахволи ўртача оғир, тери рангпар, лаблар қуруқ, хансираш аралаш типда. Кўз остида кўкимтирлик. Ўпкада перкуссияда: ўпка товуши ўнг томонда, орқада 5-6 қовурғалар орасида тўмтоқлашган, шу соҳада крепитация эшитилади. Юрак тонлари бўғиқлашган, чўқкида систолик шовқин. Қорин юмшоқ, ўнг қовурға остида оғрик. Жигар +3см. Талоқ пальпациялан майди. Ич келиши ва диурез меъёрда.</p>	<p>1. Гемоглобин-120г/л, 2. эритроцитлар-4,0x10<sup>12</sup>/л, 3. РАНГЛИ КУРСАТКИЧ - 0,9 4. лейко-14x10<sup>9</sup>/л 5. таёкча ядроли-4 6. сегмент ядроли-75 7. эозинофиллар-1 8. базофиллар-1 9. лимфоцитлар-17 10. моноцитлар-3 11. ЭРИТРОЦИТЛАР ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ-20 мм/ч</p>	<p>Конда лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, нормада 4-9·10<sup>9</sup>/л), лейкоцитар формуларини чапга силдиши (таёкча ядроли нейтрофилларни ортиши нормада 1-6%), нейтрофилез (сегмента ядроли нейтрофиллар ортиши нормада 47-72%), инфекцион яллигланиш ҳисобига, лимфопения (лимфоцитлар сонини камаиши нормадан 19-37%) нейтрофилез эритроцитларроцитлар чукиш тезлигининг ортиши (нормадан 2-10 мм/с) ҳисобига, Яллигланиш ҳисобига.</p>	<p>Рентгенография: ўнг ўпканинг 5 сегмент соҳасида ўрта қисмда инфилтратив соя. Чап томонда контомир тасвири кучайган. Илдизи кам структурали. Юрак шакли ва ўлчами ўзгармаган.</p>	<p>ўнг томонлама ўрта сегментар пневмония кўриниши</p>	<p>1. ўткир бронхит билан. Унга: хансираш хос эмас, аускультацияда қуруқ ва нам – ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар. R- граммада: инфилтратив соялар йўқ. 2. ўткир бронхиолит билан, Унга кучли нафас етишмовчилиги Кузатилади ривожланган. ўпкада майда пуфакчали нам хириллашлар. 3. Сурункали пневмония билан—давомийлиги 6 ойдан узоқ, жараён қайтмас, рентгенда бронхлар деформацияси ва пневмосклероз хос.</p>	<p>1. <u>Ётоқ тартиби.</u> 2. <u>Пархез стол № 15</u> 3. <u>Антибактериал терапия</u> Ампиокс, цефазолин, гентамицин Rp: Cefazolini 1,0 D.t.d. № 10 S. 0,5 x 3 маҳал м/о. 4. <u>Дезинтоксикацион терапия</u> (глюкоза 10% ли эритроцитлармаси, гемодез, реополиглюкин) Rp: Pheopolyglucini 200,0 D.t.d. № 3 S. 200,0 мл дан в/и томчилаб 5. <u>Витаминотерапия</u> (Вит С, Вит В гуруҳ витаминлари) Rp: Sol . Acidi ascorbinici 5% - 1,0 D.t.d. № 10 in amp S. 2 мл. дан в/и физ.эритроцитлар <u>6. Муколитиклар</u> (мукалтин бромгексин, лазольван) Rp: Mukaltini 0,05 D.t.d. № 30 in tab S. 1 табх 3 маҳал овқатдан кейин, ¼ стакан қайнаган сувда эритроцитлариб 7. <u>Иммунотерапиялар</u>: рибомунил, бронхомунал, айрисимон без унумлари. 8. <u>Сурдирувчи терапия</u>: алоэ, актевегин, гумизол, ФиБС.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир обструктив бронхит

Ёши: 3 ёш

Тана вазни: 16 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Ўткир респиратор касалликнинг учинчи кунда болада хансираш, курук йўтал, хароратнинг 37,5 С гача ошиши Кузатилган. Боланинг умумий ахволи ўртача оғир, безовта, бурундан шиллик ажралиши хисобига нафас олиш қийинлашган, экскретор характерли хансираш, ёрдам-чи мускуллар иштирокида, оғиз атрофида цианоз.</p> <p><b>Перкуссияда:</b> ўпка устида қутича товуши 2 томонлама аускультацияда: дағал нафас фонида диффуз, курук, хуштаксимон ва нам йирик ва ўрта пуфакчали ғириллашлар.</p>	<p><b>Қон умумий таҳлили:</b>                      Гемоглобин 120г/л,                      Эритроцит 3,5x10<sup>12</sup>/л,                      Ранг кўрсаткич 0,85-1,0,                      Лейкоцит 9,0x10<sup>9</sup>/л,                      Таёқча ядр. – 2,                      Сегмент ядр. - 60,                      Эозинофиллар – 2,                      Базофиллар – 0,                      Лимфоцитлар – 32,                      Моноцитлар – 4,                      Эритроцит чўкиш тезлиги – 15 мм/с.</p>	<p>Лейкоцитоз (лейкоцитларнинг сонини ортиши меъёрда 4,0-9,05x10<sup>9</sup>/л),                      Нейтрофилёз (нейтрофиллар миқдори ортиши меъёрда 28-57%),                      эритроцитлар чўкиш тезлиги ортиши (меъёрда 2-10 мм/соат) инфекцион яллиғланиш хисобига.</p>	<p>Рентгенография: ўпка майдони периферияси бўйлаб тиниқлигининг ошганлиги бронх-томир тасвирининг кучайганлиги.</p>	<p>Бронхит</p>	<p>1.Бронхопневмония билан ўтказилади, Унга кучли ривожланган интоксикация, фебрил температура хос. Ўпка перкуссиясида: аниқ ўпка овозининг аускультацияда крепитация кискариши. Рентгенограммада: ўчоқли ёки инфильтратив соялар аниқланади.                      2. Ўткир бронхолит билан, унга кучли ривожланган нафас етишмовчилиги симптомлари характерли. Ўпкада кўп миқдорда майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади.</p>	<p>1. <u>Ётоқ тартиби.</u>                      2. <u>Пархез № 15</u>                      3. <u>Антибактериал терапия</u> (бензилпенициллин -100 000 ЕД/кг/сут 4 маҳал 7-10 кун давомида, ампициллин 100 мг/кг/сут 3 – 4 маҳал 7-10 кун давомида, линкомицин 20 -30мг/кг/сут 3 маҳал–7-10 кун давомида).                      Rp Ampicillini-Natrii 0.5                      D.t.d. № 30                      S. 0,5 м/о 3 маҳал кунига                      4. <u>Бронхолитиклар</u> (эуфиллин 2,4% эритма 4 -6 мг/кг 2 маҳал 3 -5 кун давомида)                      Rp Sol Euphyllini hydrochloridi 2.4% - 10.0                      D.t.d. № 5                      S. 2,0 мл 2 маҳал в/и физ. эритмада эртилади                      5. <u>Муколитиклар</u> (амбросол 0,03, лазолван 0,03 по 1/2 – 1 таб 3 маҳалдан кунига 7 -10 кун мобайнида, мукалтин 0,05 по 1 -2 таб 3 маҳал 7 -10 кун давомида)                      Rp: Mukaltini 0,05                      D.t.d. № 30 in tab                      S.1 таб. 3 маҳал овқатдан кейин, қайнаган сувда эритиб.                      6. <u>Витаминотерапия</u> (аскорбин кислота, аскорутин, В гуруҳ витаминлар).                      Rp Tab Ascorutini 0.1                      D.t.d. № 30                      S. 1 таб. 3 маҳал овқатдан кейин.                      7. <u>Содали ингаляциялар.</u></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сепсис, ичак варианты, септикопиемик шакли (пневмония, энтероколит), Чўзилган кечуви, авжга чиққан фазаси.

**Ёши:** 8 ойлик

**Тана вазни:** 8,5 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: тана харорати кўтарилиши, озиш, ич кетиши, қусиш, кўзгалувчанлик, инжиқлик, бўшашиш, дармонсизлик. Анамнези: бола 1 -хониладорликдан, ёшига мос ривожланган. 6,5 ойликда оғир шаклдаги ЎИИ билан оғриган. Шундан сўнг даврий харорати кўтарилиб турди, ахлати нотурғун, бола озиб кетган. Умумий ахволи оғир. Тана харорати 38-39С атрофида, холсизлик, бўшашишлик. Тери қопламлари рангпар, оёқларда шиш, тери эластиклиги жуда пасайган. Юрак тонлари бўғиқлашган, тахикардия, чўқкида систолик шовқин. ўпкада перкуссияда иккала ўпкада орқа томонда 4-5 қовурға рўпарасидан бошлаб ўпка товушини бўғиқлашиши. Аускультацияда шу соҳада суслашган нафас. қорин метеоризм ҳисобига катталашган. Жигар +3,5+4см. талоқ +2см Нажас суюқ.</p>	<p><b>Қон умумий таҳлили:</b> Гемоглобин 64 г/л, Эритроцит 2,61x10<sup>12</sup>/л, РК-0,7, Лейкоцит -12,0x10<sup>9</sup>/л, Таёқча ядроли -10%, Сегмент ядроли 52%, Эозинофиллар -1%, Лимфоцитлар -30% моноцитлар-6%, Эритроцитлар чўкиш тезлиги -14 мм/с</p> <p>Ахлат анализи : суюқ, сарик, шиллик+, мушак толалари +, нейтр. ёқлар +, усимлик.клетч.:хазм бўлган ,хазм бўлмаган.+, крахмал +, лейк-1 -2, гижжа, лямблия-abs.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> умум оксил-46 г/л, тимол. синама-2,7 Бр. кон диастазаси-32 Бр</p>	<p>Қонда гипохром анемия (гемоглобин ва эритроцитлар сонини камайиши, меъёрда Нв 120-140г/л, эритроцит 3,9-4,7 x10<sup>12</sup>/л) токсинларни қон яратиш функциясининг бузилишига олиб келиши натижасида. Лейкоцитоз (меъёрда 4-9x10<sup>9</sup>/л), ЭЧТ оттиши (меъёрда 2-10 мм/соат) инфекцион яллиғланиш ҳисобига. Нажасда креаторея (хазм бўлмаган мушак толаларини бўлиши, меъёрда бўлмайди) стеаторея (ёқ бўлиши), шиллик бўлиши интоксикация ҳисобига моддаларни ичакларда сўрили-шини бузилиши, ферментларни етишмовчилиги ҳисобига. қондаги гипопротеинемия (умумий оксил камайиши, меъёрда 50-75 г/л) интоксикация ҳисобига.</p>	<p>Кўкрак қафаси рентгенограммаси: 2 томонлама бронхопневмония.</p>	<p>Бронхопневмония – йўтал, ўпкада физикал ўзгаришлар: аускультацияда крепитация, перкуссияда ўпка товушини қисқариши. Кўкрак қафаси рентгенограммасида инфилтратив соя. қон стерилликка текширилганда манфий.</p>	<p>1. <u>Кўкрак сuti билан боқиш.</u> 2. <u>Антибиотик:</u> цефалоспоринлар, пенициллин катори, аминогликозидлар. Rp: Cephalosolini 1,0 DS: 0,5г 2мах сут.м/о 3. <u>Инфузион терапия:</u> Гемодез. Реополиглюкин э-ма, глюкоза э-ма, Витамин С Rp: Pheopolylglucini 200,0 D.t.d. № 3 S. 80,0 в/и 4. <u>Юрак гликозидлари:</u> строфантин, коргликон. Rp: Sol. Corglucosini 0,06% 1,0 DS.0,1 мл глюкозада в/и 5. <u>Диуретиклар:</u> фуросемид керак бўлганда. 6. <u>Ферментлар:</u> фестал, мезим-форте. Rp: Tab. Mezim forte DS: 1 табл 3 маҳал овқат вақтида 7. <u>Эубиотиклар:</u> бифидум-бактерин, хилак-форте. 8. <u>Витаминотерапия:</u> Витамин В<sub>6</sub> Витамин В<sub>1</sub> Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% -1,0 №10 DS: 0,5 мл м/о 9. <u>Иммунотерапия:</u> стафилококк иммуноглобулин 1,5 мл м/о кунора №3 АСП 50,0 в/и томчи №3.</p>	
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сурункали гломерулонефрит, нефротик шакли, зўрайиш даври, буйрак функциясининг бузилиши билан.

**Ёши:** 14 ёш **Тана вазни:** 40 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент ал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> юз, оёқдаги шишга, кам сийиш, холсизлик. Тез чарчаш.</p> <p><b>Анамнези:</b> 3 йилдан бери буйрак касаллиги билан оғрийди. 2 хафта олдин ОРВИ ўтказгандан сўнг касалликнинг зўрайиши кузатилган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> умумий ахволи оғир, бола холсиз, иштахаси жуда пасайган, тери копламлари рангпар, юз, оёқ, корин олдинги девори ва белда кенг тарқалган шишлар. АБ 110/70 мм.с.у. Юрак тонлари бўғиқлашган, чегараси чапга кенгайган. Қорин асцит ҳисобига катталашган. Жигар пайпасланмайди, сийиши кам.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b>  Гемоглобин -100 г/л,  Эритроцит -3,0x10<sup>12</sup>/л,  Ранг кўрсаткич-0,9,  Лейкоцит - 12x10<sup>9</sup>/л,  Таёқ ядр.- 2%,  Сегмент ядр.- 78%,  Эозинофил -2%,  Лимфоцит - 14%,  Моноцит - 5%,  Эритроцит чўкув тезлиги – 40 мм/с.</p> <p>Қон биохимик таҳлили:  Умум оксил-50г/л,  Альбумин-40%,  Альфа-2-глобулин-18%,  Гамма-глобулин-31%.</p> <p><b>Нечипоренко бўйича:</b>  Эритроцит - 1500,  Лейкоцит - 2200,  Цилиндр. гиал-26,  Донадор - 8.  Лейкоцит лимфоцит ва моноцитлардан иборат.</p> <p><b>Зимницкий пробаси:</b>  Сут. диурез 500 мл, Кундуз - 150мл, Кечки-250 мл,  Нисбий зичлиги 1030-1040.</p>	<p>Гемоглобин миқдорини пасайиши (меъёрда 120-140 г/л), эритропения (меъёрда 3,9-4,7x10<sup>12</sup>/л), яъни нормохром анемия фильтрациянинг бузилиши, гематурия ва эритропоэтинни синтезини пасайиши ҳисобига. Лейкоцитоз (меъёрда 4-9x10<sup>9</sup>/л). ЭЧТ тезлашганлиги (меъёрда 2-10 мм/с) инфекция жараён ҳисобига.</p> <p>Қонда гипопропротеинемия (умумий оксил камайиши, меъёрда 60-85 г/л), гипоальбуминемия (меъёрда 53-65 г/л), альфа-2 ва гамма глобулин ортиши фильтрацияни бузилиши ҳисобига.</p> <p>Пешобда эритроцитурия (меъёрда 1000та), лейкоцитурия (меъёрда 2000та), цилиндрурия (меъёрда 20та), коптокча аппаратининг бутунлигининг бузилиши ҳисобига.</p> <p>Гиперстенурия (нисбий зичлигини ортиши, меъёрда 1010-1025), никтурия (кечки диурезни кундуздиган ортик бўлиши), буйракни фильтрацион ва концентрацион функциясини бузилиши ҳисобига.</p>	<p>ЭКГ:  миокардда дистрофик ўзгаришлар белгиси.</p>	<p>Хулоса:  Токсик миокардит.</p>	<p>Пиелонефрит-га септик лейкоцитурия, полиурия, гипостенурия, буйрак концентра-цион хусусиятининг бузилиши, шишларнинг бўлмаслиги хос.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Қатъий ётоқ тартиб.</u></li> <li>2. <u>Пархез №7а.</u></li> <li>3. <u>Сийдик хайдовчи:</u> фуросемид гипотиазид, верошпирон.  Rp: Tab. Furosemiđi 0,04 DS. 1/2 таб.дан 2 маҳал ичишга</li> <li>4. <u>Антибиотиклар:</u> цефалоспо-рин, аминогликозид, пенициллин.  Rp: Cephalozolini 1,0 DS. 1,5г 2 маҳал м/о</li> <li>5. <u>Калий препаратлари:</u> аспаркам, панангин, калия оратат.  Rp: Dr. Panangini №20 DS. 1др. 2 маҳал овқатдан кейин.</li> <li>6. <u>Антикоагулянтлар:</u> гепарин, дипиридамоил, курантил.  Rp: Heparini 5,0 (25000 ХБ) DS. 0,5 мл м/о 4 маҳал</li> <li>7. <u>Антигистамин препаратлар:</u> кетотифен, супрастин, тавегил  Rp: Sol. Suprastini 2%-1,0 DS. 0,5 мл м/о.</li> <li>8. <u>Витаминотерапия:</u> С, В.</li> <li>9. <u>Гормонотерапия:</u> преднизолон, триамцинолон.  Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 №50 DS. 8<sup>00</sup>- 4таб, 11<sup>00</sup>-3таб, 13<sup>00</sup>-1таб. ичишга овқатдан кейин</li> <li>10. <u>Шишлар бўлмаганда НПВС:</u> индометацин, ортофен, аспирин.  Rp: Dr. Indometacini 0,025 DS. 1таб 3 маҳал овқатдан кейин.</li> </ol>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: 2 томонлама, ўчоқли бронхопневмония, ўткир кечуви, асоратсиз.

Ёши: 1 ёш

Тана вазни: 10 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>қуруқ йўтал, хансираш, температура ошиши, холсизлик, бўшаши, иштаханинг пасайиши, уйқунинг бузилиши. Анамнезидан 5 кундан бери касал, касаллик бурун битишдан бошланган, температура ошган, уйда парацетомол ичган ва температура тушган, кейин эса йўтал ва хансираш пайдо бўлган. Объектив Кўрувда: умумий ахволи ўртача оғирликда, бола инжик, безовта, иштахаси пасайган, иситмалаш, тана ҳарорати 38,0 С, териси рангпар нафас олиш бурун орқали, тезлашган. Кўкрак кафасининг баъзи жойларида ботиклик аниқланади. Перкуссияда: тимпанит фонида аниқ ўпка овозининг кискарганлиги. Аускультацияда: 2 томонлама жарангдор крепитация, юрак тонлари сезиларсиз, бўғиқлашган, тахикардия. Жигар коворға ёйидан +1 см ташқарида. Ич келиши ва сийдик ажратиш ўзгаришсиз.</p>	<p>1. Гемоглобин-120г/л, 2. Эр-3,5x10<sup>12</sup>/л, 3. РАНГЛИ КУРСАТКИЧ - 0,85-1,0 4. лейк-12,0x10<sup>9</sup>/л, 5. таёқчалар – 2% 6. сегментоядер. - 75% 7. эозинофиллар – 2% 8. базофиллар–0 9. лимфоцитлар–17% 10. моноцитлар–4%. 11 ЭРИТРОЦИТЛАР ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ – 15 мм/ч</p>	<p>Конда лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, нормада 4-9·10<sup>9</sup>/л), лейкоцитар формуларини чапга силдиши (таёқча ядроли нейтрофилларни ортиши нормада 1-6%), нейтрофилез (сегмента ядроли нейтрофиллар ортиши нормада 47-72%), инфекцион яллигланиш хисобига, лимфопения (лимфоцитлар сонини камаиши нормадан 19-37%) нейтрофилез эритроцитларроцитлар чукиш тезлигининг ортиши (нормадан 2-10 мм/с)хисобига, Яллигланиш хисобига.</p>	<p>Рентгенография : Кўкрак кафаси ҳар 2 томонлама майда ўчоқли соя ўпка тасвири кучайган.</p>	<p>2 томонлама, ўчоқли бронхопневмония.</p>	<p>1. ўткир бронхит билан. Унга: хансираш хос эмас, аускультацияда қуруқ ва нам – ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар. R-граммада: инфильтратив соялар йўқ. 2. ўткир бронхиолит билан, Унга кучли нафас етишмовчилиги Кузатилади ривожланган. ўпкада майда пуфакчали нам хириллашлар.</p>	<p>1. <u>Ётоқ тартиби.</u> 2. <u>Пархез стол № 15</u> 3. <u>Антибактериал терапия</u> (Ампиокс 50 мг/кг/сут. кунига 4маҳал м/о 10 кун давомида, цефазолин 50мг/кг/сут кунига 3 маҳал 10 кун давомида, гентамицин 4% эритроцитларма 3-5 мг/кг/сут 10 кун давомида) Rp: Cefazolini 1,0 D.t.d. № 10 S. 0,5 x 3 маҳал м/о. 4. <u>Дезинтоксикационн терапия</u> (глюкоза 10% ли эритроцитлармаси, гемодез, реополиглюкин из расчёта 10 мл/кг 3-5 кун давомида) Rp: Pheopolylglucini 200,0 D.t.d. № 3 S. 200,0 мл дан в/и томчилаб № 3 5. <u>Витаминотерапия</u> (Вит С, Вит В гуруҳ витаминлари)10 кун давомида Rp: Sol . Acidi ascorbinici 5% - 1,0 D.t.d. № 10 in amp S. 2 мл. дан в/и физ. эритроцитлармада 6. <u>Муколитиклар</u> (мукалтин 0,05 1 таб x 3 мах – 10 кун, бромгексин 0,08 1 таб x 3 мах– 10 кун, лазольван 0,03 1 таб x 3 мах – 10 кун.) Rp: Mukaltini 0,05 D.t.d. № 30 in tab S.1 таб x 3 маҳал овқатдан кейин, 1 стакан қайнаган сувда эритроцитлариб</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташхис: Бронхиал астма, атопик шакли, ўрта оғир даражаси, хуружи даври.

Ёши: 10 ёш Тана вазни: 30 кг.

Клиника	Ташхислаш				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> хансираш, йўтал, нафас етишмаётгандек туюлади.</p> <p><b>Анемнезидан:</b> бола 3 йилдан бери бронхиал астма билан азоб чекади, хуруж мушук жуни билан, баликли овқатлар истеъмол қилинганда, жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлади.</p> <p><b>Кўрувда:</b> ахволи ўрта оғир, мажбурий ҳолатда, қўлларига таяниб ўтиради, нафас олиш актида ёрдамчи мускуллар ҳам қатнашади. Териси рангпар, бурун лаб учбурчагида цианоз, перкуссияда: ўпка устида қутича товуши, аускультацияда: узайган нафас чиқариш фонида кўп микдорли қурук хуштаксимон хирриллаш. Юрак тонлари енгил бўғик, тахикардия АБ 120/80</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b>                      Гемоглобин-120г/л,                      Эритроцит-4,0x10<sup>12</sup>/л,                      Ранг кўрсаткич-0,9,                      Лейкоцит-6,0x10<sup>9</sup>/л,                      Таёқ ядр.- 2%,                      Сегмент ядр.- 68%,                      Эозинофил – 8%,                      Базофил – 0,                      Лимфоцит - 19%,                      Моноцит – 3%,                      Эритроцит чўқув тезлиги - 8 мм/с.</p>	<p>Қонда эозинофилия (меъёрда 0,5-5%) бўлиши аллергия реакция ҳисобига.</p>	<p><b>Рентгено-графия:</b> Кўкрак қафаси қовурғалар оралиғининг кенгайганлиги диафрагма паст жойлашган, ўпка майдонлари тиниклигини ошиши.</p>	<p>Эмфизема</p>	<p>1.Ларинго-трахеит билан ўтказилади. Унга ақилловчи йўтал, инспиратор хансираш хос, ўпкада хириллашлар йўқ.</p> <p>2.Ёт жисм тушиши билан – унга инспиратор хансираш, кўк йўталга ўхшаш йўталиш хос.</p>	<p>1. <u>Ингаляцион селектив симпатомиметиклар:</u> салбутамол 100 мкг 1 дозадан 2 нафас олишда агар 10 мин. кейин хуруж йўқолмаса такрорлаш.                      Rp: Salbutamoli 100 d                      DS: 2 дозадан 3 маҳал                      2. <u>Бунда ҳам хуруж бартараф этилмаса</u> 2,4 % ли-5,0 мл эуфиллинни 100 мл физиологик эритмада эритиб в/и юборилади. Эритмани томчилатиб юбориш керак.                      Rp: Sol. Euphyllini hydrochloridi 2.4% - 10.0                      DS: 7,0 мл в/и томчилаб, 100 мл физ.эритмада эритиб.                      3. <u>Агар хуруж тухтамаса:</u> муколитиклар: лазолван 0,3 1таб кунига 3 маҳал, мукалтин 0,05 1-2 таб. 3 маҳал, 5-7 кун давомида.                      Rp: Mukaltini 0,05                      D .t.d. № 30 in tab                      S: 1 таб. 3 маҳал, бир стакан сувда эритиб, овқатдан кейин ичишга.                      4. <u>Хуруж бартараф қилингандан кейин эса базис даво давом эттирилади.</u></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташхис:** Ревматизм, қайталанган, актив фаза, II фаолик даражаси, эндомиокардит (митрал клапан етишмовчилиги, қон айланиш бузилиши I даражаси), ўткир ости кечуви. Хамроҳ: Сурункали тонзиллит ТАФ II даража, тишлар қариеси.

**Ёши:** 10 ёш

**Тана вазни:** 30 кг.

Клиника	Ташхислаш				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> хансирашга, кучсизликка, юрак уришига, субфебрилитет, бўғимдаги оғриқга.</p> <p><b>Анамнездан:</b> 1 йилдан бери ревматизм билан касал, бициллинни вақтида олмаган, ОРВИ ўтказган, 1 ой олдин ангина билан касалланди. Ойирги 3-4 haftaдан бери холсизлик, хансираш, бўғимда оғриқ пайдо бўлган.</p> <p><b>Кўрувда:</b> умумий ахволи ўрта оғирликда. Кўз тагида кўкимтир соя. Бўғимларда ҳаракат бузилмаган. Томоғи-муртақ безлари катталашмаган. Оғиз бўшлиғида 3та қариес тиш бор. Лимфатик тугунлар катталашган 2,5-3,0см оғриқсиз, ҳаракатчан ўпкасида везикуляр нафас, юрак учи турткиси 5-қовурга оралиғида аниқланди.</p> <p><b>Перкусияда:</b> ўнгдан тўшнинг ўнг томонида, юқоридан-2-қовурга оралиғида, чапдан Iin medioclav дан 1,0 см ташқарида.</p> <p><b>Аускультацияда:</b> юрак тонлари бўғиқ, юрак чўққисиди систолик шовқин, қўлтиқ ости соҳада максимал эшитилмоқда. Пульс 98, аритмик, АБ 90/50мм.с.уст., қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар 1,0 см, талоқ катталашмаган. Қабзиятга мойил.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> Гемоглобин- 110 г/л, Эритроцит - 3,98x10<sup>12</sup> г/л, Лейкоцит - 10,8x 10<sup>9</sup> г/л, Эритроцит чўқув тезлиги – 25 мм/с.</p> <p><b>Қон биохимик таҳлили:</b> Умум. оқсил - 70г/л, Албумин – 52,8 г/л, АСК – 800 БР, АСГ – 600 БР,  ДФА – 320 БР, СРБ – +++</p>	<p>Қонда лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, меъёрда 4-9x10<sup>9</sup> г/л), ЭЧТ тезлашган (меъёрда 2-10 мм/с) инфекцион яллиғланиш ҳисобига. Антистрептококк антителолар титрининг ортиши (меъёрда АСК – 300 БР, АСГ – 128 БР), С-реактив оқсил мусбатлиги (меъёрда манфий) инфекцион иммун яллиғланиш ҳисобига келиб жараён активлигини кўрсатади.</p>	<p><b>1.ЭКГ</b>-синусли тахикардия, P-Q интервал 0,22с гача узайган, P тишга бўлинган, тишлар вольтажи пасайган.</p> <p><b>2.ФКГ</b>-юрак чўққисидасистолик шовқин систоланинг 1/2 қисмини эгаллаган, 1 тондан бўлинган.</p> <p><b>3.Р-грамма:</b> чап коринча катталашган, юрак талияси силлиқлашган, пульсация кучсизлашган.</p> <p><b>4.УТТ:</b> миокарднинг қисқарувчанлик фаолиятининг пасайиши.</p>	<p>Миокардиодистрофия белгиси.</p> <p>1 тон сусайиши, давомийлигининг узайиши, чўққиди систолик шовқин.</p> <p>Миокардит белгиси.</p>	<p>Орттирилган кардит— бола туғилганидан сўнг ўтказилган вирус-бактериал инфекциядан кейин ривожланади. Бўшашиш, тез чарчаш, бош оғриғи, артралгия, кўп терлаш, иштахасизлик, қўнғил айниш, қусиш, жисмоний ривожланишдан ортда қолиш, кўқариш белгилари, қўзғалувчанлик, хушни йўқотиш, талваса, гемипарез, афония, коринда оғриқ, гепатомегалия кузатилади. Юрак буқрилиғи бўлиши мумкин, чўққи турткиси ўзгарган, юрак чегаралари кенгайган, систолик шовқин, юрак ритмининг ўзгариши. Рентгенда юрак соясининг катталашиши кўринади. ЭКГда юрак электр ўқининг ўнгга силжиши, QRS тишлар вольтажининг пасайиши кўринади.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Қатъий ётоқ тартиб.</u></li> <li>2. <u>Пархез № 10.</u></li> <li>3. <u>Антибиотиклар:</u> пенициллин ампициллин, цефалоспоринолар. Rp: Ampicillini-Natrii 0.5 D.S. 0,5 м/о 3 маҳал.</li> <li>4. <u>Гормон</u> (преднизолон 0,5-1,0 мг/кг, 2-3 haftaдан сўнг доза камайтирилади) Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 №50 D.S. 8<sup>00</sup>- 4таб, 11<sup>00</sup>-3таб, 13<sup>00</sup>-1таб ичишга овқатдан кейин.</li> <li>5. <u>Яллиғланишга қарши терапия:</u> индометацин, метиндол, ибупрофен, брүфен, вольтерен. Rp: Dr. Indometacini 0,025 D.S. 1/2 таб 3 маҳал ичишга овқатдан кейин.</li> <li>6. <u>Аминохинолин катори препаратлари</u> (делагил, плаквинил).</li> <li>7. <u>Юрак гликозиди</u> (дигоксин).</li> <li>8. <u>Кардиотрофиклар</u> (ККБ, рибоксин). Витамин(С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>)</li> <li>9. <u>Сийдик хайдовчи препаратлар</u> (лазикс, гипотиазид 1-3мг/кг) Rp: Tab. Furosemi 0,04 D.S. 1/2 таб 2 маҳал ичишга.</li> <li>10. <u>Калий препаратлари</u> (панангин, калия ортат). Rp: Dr. Panangini №20 D.S. 1др. 2 маҳал овқатдан кейин.</li> <li>11. <u>Антигистамин препарат.</u> димедрол, пипольфен, супрастин) Rp: Suprastini 0, 025 D.S: 1 таб. 2 маҳал.</li> <li>12. <u>Бициллин-5</u>, 1,5 млн.ХБ, 1 марта 4-haftада.</li> </ol>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гипотрофия, III даражали

Ёши: 11 ойлик

Тана вазни: 5,2 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент ал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоятлари: озиб кетиш, иштахасизлик, ҳолсизлик Бола ўз вақтида, 3200 г вазн билан туғилган, онасида гипогалактия бўлганлиги сабабли сунъий овқатлантирилган, сигир сути билан озикланади. Кўрувда: умумий ахволи оғир, ҳолсиз, апатик, ўтира олмайди. Териси курук, рангпар, эластиклиги жуда пасайган, тери бурмалар билан қопланган. Тери ости ёғ қатлами ҳамма соҳада йўқолган. Болани юз кўриниши «карилар-никидек». Мушак тонуси жуда пасайган; катта лиқилдоқ 2x2 см, озгина чўккан, тишлари йўқ. Кўкрак қафасида «рахитик дўмбоқчалар». Юрак тонлари бўғиқлашган. Ps-120<sup>0</sup>, нафас-42<sup>0</sup>. ўпкада дағалрок нафас. томоғи тоза, тили оқ караш билан қопланган. қорин ичига кирган. Жигар коворға равоғидан 2-3 см чиқиб турибди. Талоқ пайпасланмайди. Нажас шаклланмаган, кунда 1-2 марта Пешоб оғриқсиз, равон.</p>	<p><b>Қон умумий тахлили:</b> Гемоглобин 60г/л Эритроцит 2,7x10<sup>12</sup>/л Ранг курсаткичи 0,4 Лейкоцитлар 9x10<sup>9</sup>/л Таёкча ядроли 6% Сегмент ядроли 45% Лимфоцитлар 45% Моноцитлар 7% Эозинофиллар 1%</p> <p><b>Қон биохимик тахлили:</b> Умумий оқсил 40г/л P-0,5 ммоль/л Ca-1,1 ммоль/л</p> <p>Нажас тахлили 1. Шаклланмаган, 2.Хазм бўлмаган мушак толалари +++, 3. Нейтрал ёғ ++, 4. Крахмал +, 5. Ёғ кислота +</p>	<p>Гемоглобин пасайган (меъёрда 120-140г/л) Эритропения (меъёрда 3,9-4,7x10<sup>12</sup>/л) Гипохромия (0,85-1,0) Гипопротеинемия (меъёрда 45-75г/л) Гипофосфатемия (меъёрда 1,45-1,78 ммоль/л) Гипокальциемия (меъёрда 2,5-2,87) <b>Хулоса:</b> гипохром анимия, оғир даражаси, гипопротеинемия, гипокальциемия, гипофосфатемия – алиментар фактор сабабли моддалар алмашуви бузилиши. Нажасда креаторея; стеаторея, амилорея овқат хазм қилиш трактида фермент етишмовчилиги ҳисобига.</p>			<p>1. Гипотрофия I даражасида вазн дефицити 10-20%, тери ости ёғ қатлами қорин соҳасида камайган, қолган соҳаларда сақланган. Ички аъзоларда ўзгаришларнинг бўлмадлиги. 2. Гипотрофия 2 даражасида вазн дефицити 20-30%, тери ости ёғ қатлами қоринда, қўл-оёқларда сезиларли камайган, юзда сақланган. 3. Гипостатурада тана вазни ва бўй узунлиги тенг ортда қолади, туғилишданок нейро-эндокрин ўзгаришлар аниқланади.</p>	<p>I. <u>Пархез</u> билан даволаш 2 фазада олиб борилади 1 фаза – овқатга толерантликни аниқлаш 5-7 кун давомида суткалик калорияни 1/3 қисми яъни 345 ккал тавсия қилади; 2 фаза – инградиентлар билан коррекциялаш оқсил, углевод ТБКВ (1400 г), ёғ ФВ (5200 г) ҳисобланади. II. <u>Медикаментоз даво:</u> 1. <u>Ферментатив даво:</u> фестал, панзинорм форте, мезим форте, креон ёшига мос дозада. 1ой давомида. Rp: Tab.«Panzy norm-forte»№30 DS.1/2таб 2 маҳал овқат вақтида ичишга. 2. <u>Оқсил препаратлари:</u> Альбумин, плазма, инфезол, протеин. 10мл/кг Rp: Sol.Albumini 10%-100ml DS. 50 мл в/и томчи, секин 3. <u>Гормонал даво:</u> Ретаболил,нероболит Rp:Sol.Retobolili oleosae 5% 1 мл DS.0,1мл м/о ойда 1 марта 4. <u>Стимулловчи даво:</u> Иммуноглобулин, апилак, пентоксил, метилурацил Rp: Tab.Metyluracili 0,5 DS.1/4табх4маҳал ичиш га 5.<u>Кальций препаратлари:</u> Rp: Tab. Calcii glycerophosfatis 0.25 DS: ½ таб. X 3 маҳал 10 кун 6. <u>Витамин Д препарати</u> Rp: Sol Ergocalciferoli oleosae 0,125%-10,0 DS. 4 том 1 маҳал ичишга</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бронхиал астма, атопик шакли, енгил даражаси, хуруж даври.

Ёши: 12 ёш

Тана вазни: 36 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Анамнез: 1 ёшгача ЭҚД билан оғриган, 3 ёшдан бери вазомотор ринит безовта қилади. 6 ёшдан дарахт гуллаганда нафас қисиши Кузатилган. Отасида вазомотор ринит бор. Охирги хуруж баҳорда бошланган. Болада экспиратор характерли хансираш, тез-тез тутиб турувчи куруқ йўтал, йўталдан кейин енгиллик йўқ, умумий ахvoli оғирлашмаган. Тери ранги одатдагидек, ўпка перкуссиясида қутисимон товуш, аускультацияда Чўзилган нафас фониди хар иккала томонда куруқ хуштаксимон хириллашлар. Юрак тонлари аниқ, ритмик, юракнинг қисқариш сони ёшига мос.</p>	<p><b>Қон умумий таҳлили:</b>  Гемоглобин 120г/л  Эритроцит 4,0x10<sup>12</sup>/л  Ранг кўрсаткичи 0,9  Лейкоцитлар 6,0x10<sup>9</sup>/л  Таёқча ядроли 2  Сегмент ядроли 68  Эозинофиллар 8  Базофил 0  Лимфоцитлар 19  Моноцитлар 3  Эритроцитлар чўкиш тезлиги 8 мм/соат  Шарко-Лейден кристали +  Куршман спирали +  Зардоб текшируви:  Иммуноглобулин Е 250г/л</p>	<p>қонда эозинофилия (меёрда 0,5-5%) организмда сенсблизация хисобига, балгамда куршман спираллари ва Шарко-Лейден кристаллари-нинг булиши (меёрда булмайд) мушак толаларини парчала-ниш хисобига қонда иммуноглобулин Е ортиши (меёрда 200 г/л) бронх девори шиллиқ қаватининг аллергенлари билан зарарланиши хисобига.</p>	<p><b>Кўкрак қафаси рентгенограммасида:</b>  бронх томирлар тасвирининг кучайиши, ўпка тасвирининг тиниклашиши, ўпка илдизининг кенгайиши.</p>	<p><b>Хулоса:</b>  бронхит.</p>	<p>1. Ўткир ларинготрахеит билан: Унга ларингитга хос йўтал, инспиратор хансираш, ўпкада хириллаш бўлмаслиги  2. Бронхда ёт жисм билан: бунда инспиратор хансираш, кўк йўталга хос йўтал.</p>	<p>1. <u>Йў рўзгор аллергенларидан узоқлаштириши</u> (тоза ҳаво, касалхонада даволаш, хонани тез-тез намли тозалаш).  2. <u>Қисқа таъсир қилувчи селектив бетта 2 агонистлар билан инголяция:</u> беротек, сальбутамол, тербуталин.  Rp: Salbutamoli 100 d  D. S. 2 дозадан 3 маҳал.  3. <u>Муколитиклар:</u> Лазолван, мукалтин.  Rp: Mukaltini 0,05  D .t.d. № 30 in tab  S. 1 таб дан 3 маҳал.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ювенил ревматоид артритнинг бўғим–висцерал шакли, чекланган висцеритлар (миокардит) билан, ревматоид факторга синов мусбат, секин авж оладиган кечиши, актив даврининг II-даражаси, рентгенологик I-босқич, функционал қобилят-26.

**Ёши:** 10 ёш

**Тана вазни:** 26 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> оёқ ва қўл бўғимларидаги оғриқ, шиш, ҳаракатни чекланганлиги, эрталабки қарахтлиқ, Юрак соҳасидаги оғриқ, хансираш, тез чарчаш, холсизлик.</p> <p><b>Анамнездан аниқланишича,</b> бола 1 йилдан буён бетоб, касаллиги ари чакқанидан кейин бошланган. Бир неча марта касалхонада даволанган.</p> <p><b>Объектив:</b> беморнинг тана тузилиши тўғри, озгин, рангпар. Оёқларининг тизза бўғимида “шарсимон”, тўпик бўғимида “ёстиксимон” ва қўлларини билан бўғимида ҳам “ёстиксимон” шиш, дефигурация, ҳаракатни чекланганлиги, оғриқ аниқланади. Оёқ ва қўл мушаклари гипотрофик, тонуси суст. Юрак чегаралари чапга дағал бўлмаган систолик шовқин, бир-бир экстрасистолия эшитилади. Томир уриши тез, аритмик. Қўкрагида перкутор ўпка товуши, аускультатив везикуляр нафас. қорни юмшоқ, пальпатор оғриқсиз. Жигар ва талоғи қовурға ёйи остида. Пастернацкий синамаси манфий. Физиологик чиқинди жараёни меъёрда.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b></p> <p>1) Гемоглобин – 98 г/л</p> <p>2) Эр. – 3,0x10<sup>11</sup>/л</p> <p>3) Лейк.- 15x10<sup>9</sup>/л</p> <p>4) Рк – 0,8</p> <p>5) ЭРИТРОЦИТЛАР ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ – 40 мм/с</p> <p><b>қон биохимияси:</b></p> <p>1) Серомукоид 32 ЕД</p> <p>2) С-реактив оксил +++</p> <p>3) Ревматоид омил +</p> <p><b>Пешоб ва нажас таҳлили жиддий оғишмасиз.</b></p>	<p>1) N- 110-140 г/л пасайган</p> <p>2) N- 3,9-4,7 пасайган</p> <p>3) N- 4.0-9.0, лейкоцитоз</p> <p>4) N- 0.85-1.0 гипохром анемия</p> <p>5) N-2-10 мм/с, ортган</p> <p>1)N-22-28 ЕД</p> <p>2)N-Йўқ</p> <p>3)N-Йўқ</p> <p>Бириктирувчи тўқиманинг яллиғланиш белгилари</p>	<p><b>Рентген:</b> оёқларни тизза бўғими атрофи остеопорози, бўғим бўшлиғига суюқлик йиғилганлиги аломатлари, периартикуляр тўқиманинг каттиқлашиши</p> <p>ЭКГ да синусли тахиаритмия, юракни қисқариш сони бир дақиқада 100-125та. Юракни электрик ўқи горизонтал. Миокард электрик активлигини пасайиши. Бетартиб атрио-вентрикуляр экстрасистолия.</p>	<p><b>Рентген:</b> яллиғланишнинг экссудатив ва пролифератив манзараси</p> <p>ЭКГда миокардит</p>	<p>Ревматик поли-артрит</p>	<p>1. <u>Ярим ётоқ</u>, кейинчалик аёвчи тартиб. Пархез 10-стол.</p> <p>2. <u>Антибактериал даво:</u> пенициллин, ампициллин, эритромицин</p> <p>3. <u>Нестероид яллиғланишга қарши препаратлар:</u> Ортофен 0,025 бир табл.дан 3-4 маҳал овқатдан кейин сут билан ичишга. Индометацин 0,025 уч маҳал ичиш. Вольтарен 0,025 уч маҳал ичиш</p> <p>4. <u>Аминохинолин препаратлари:</u> Делагил 0,25 бир табл.дан 1 маҳал тунда ичишга, 3-6 ой мобайнида плаквинил</p> <p>5. <u>Антигистамин даво:</u> Пипольфен 0,025 бир табл.дан 2 маҳал ичишга, Супрастин. Диазолин</p> <p>6. <u>Юрак гликозидлари:</u> Коргликон 0,06%-0,7 мл. глюкозанинг 6%-9,0 мл эритроцитлармаси билан томир ичига. Кокарбоксилаза 0,05 глюкозанинг 5%-8,0 мл эритроцитлар. да томир ичига</p> <p>7. <u>Витамин даво:</u> В1, В2, В6, С, А,Е</p> <p>8. <u>Маҳаллий даво:</u></p> <p>1. Бўғим соҳасига 30%-димексид-гепаринли аппликация қилиш, , 45 дақиқадан кундУТТ 12-15 кун давомиди</p> <p>2. Бўғим соҳасига компресс –кечкурун.</p> <p><b>Физиотерапия:</b> қўл-оёқ мушакларига массаж, даволовчи гимнастик.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гиповитаминоз С

Ёши: 9 ёш

Тана вазни: 28 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Беморни шикоят: иштахани пасайиши, дармонсизлик, милклари тез шикастланиши ва қон кетиши. қўл ва оёқ учларни музлаши. Анамнездан охириги 6 ой давомида ўткир ичак инфекцияси билан 2 марта оғриган. Бемор дармонсиз, иштахаси паст, бўғимларида оғрик. Тери қопламида, буйин, елка, Кўкрак қафасида петиhiал тошмалар. Милклари тез-тез қонаб туради. Оғиз бўшлиғи кўрилганда гипертрофик гингивитга хос ўзгаришлар. Лаблари қуруқ, акроцианоз. Тери ости ёғ қавати паст ривожланган. Оёқ қўлларини учи муздек. ўпкада визикуляр нафас, юрак тонлари бўғик, ритмик. қорни юмшоқ, пайпаслаб кўрганда оғриқсиз. Нажас ва диурез меъёрий.</p>	<p><b>Қон умумий тахлили:</b>                      Гемоглобин 90г/л                      Эритроцит 3,5x10<sup>12</sup>/л                      РК 0,8                      Тромбоцит- 200x10<sup>9</sup>/л                      қон оқиш вақти: 2 мин.</p>	<p><i>қонда гемоглобин пасайган (меъёр да 120-140 г/л), эритропения</i> (меъёрда эритроцит 3,9-4,5x10<sup>12</sup>/л) аскорбин кислота етишмовчилиги ҳисобига темир моддасининг сўрилишининг бузилиши. қон оқиш вақти бузилмаган.</p>	<p>Кончаловский-Румпел синамаси: билан соҳасига бойлам қўйилганда петехиялар пайдо бўлади.</p>	<p>Меъёрда манфий. Хулоса: томир ўтказувчанлиги ортганлигидан дарак беради.</p>	<p>Гиповитаминоз РР— дерматит, диарея, деменция характерли. Тери қопламларини қалинлашиши ва қипиклашиши. Гиповитаминоз В кўриш қобиляти-нинг пасайиши, конъюктивит, лаб бичилиши, глоссит.</p>	<p>1. <u>Рационал овқатланиш</u>: витамин «С» бой маҳсулотлар.                      2. <u>Витаминотерапия</u>: Вит С 80мг сут. Rp: Sol. Ac.ascorbinici 5%-2,0 D.t.d№ 10 in amp S.2,0 мл м/о.                      3. <u>Асосий касалликни даволаш</u>.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташхис: Бронхиал астма, ноатопик шакли, оғир даражаси, хуружи даври.

Ёши: 13 ёш

Тана вазни: 40 кг.

Клиника	Ташхислаш				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Анамнез: 3 ёшгача қайталанувчи пневмония билан оғриган. 10 ёшгача тез-тез бронхит, ОРВИ билан оғриган. 10 ёшидан бошлаб Куз-киш ойларида ОРВИ сўнг нафас қисиши Кузатилмоқда. Хуруж хар хафтада Кузатилмоқда. Эмоционал ва жисмоний зўриқишда нафас сиқиси кучаяди. Болада оғир бўғилиш, хаво етишмаслиги, безовталиқ, ўлимдан кўрқиш хисси. Умумий ахволи оғир, ҳолати мажбурий, қўлига таяниб ўтирибди. Нафас олишда ёрдамчи мушаклар иштирок этади. Териси рангпар, оғиз-бурун учбурчагида, бурун канотларида, қулоқ супрасида ва бармоқлар учида кўқариш. Бошнинг сочли қисмида ва юзида совук тер. ўпкада перкуссияда кутисимон товуш, аускультацияда қийинлашган ва Чўзилган нафас фониди куруқ хуштакли масофадан эшитиш хириллашлар. Тахикардия ва қон босимининг кўтарилиши Кузатилади.</p>	<p>1. Гемоглобин-120г/л, 2. эритроцитлар-<math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, 3. РК-0,9, 4. лейко-<math>6,0 \times 10^9/л</math>, 5. таёкча ядроли-2 6. сегмент ядроли-68, 7. эозинофил-8 8. базофил-0 9. лимфоцит-19 10. моноцит-3 11. ЭРИТРОЦИТЛАР ЧУКИШ ТЕЗЛИГИ-8 мм/ч Балғам текшируви: Ранги: оқ, характер-шилликли. консистенцияси-чўзилувчан. Патологик аралашма йўқ. Курушман спирали + Шарко-Лейден кристаллик Бак.экиш манфий. Зардоб текшируви: ИммуноглобулинЕ-300г/л  КОС ни аниқлаш: Pa O<sub>2</sub> &lt; 60 мм.рт.ст. Pa CO<sub>2</sub> &gt; 45 мм.рт.ст.</p>	<p>Конда лейкоцитоз (лейкоцитлар сонини ортиши, нормада <math>4 \cdot 10^9/л</math>), инфекция яллигланиш хисобига, эритроцитларроцитлар чуқиш тезлигининг ортиши (нормадан 2-10 мм/с) хисобига, яллигланиш хисобига Балганда Курушман спираллари ва Шарко - Лейден кристалларининг булиши (нормада булмайд) Мушак толаларининг парчаланиши хисобига. Конда иммуноглобулин Е ортиши (нормада 200г/л) бронх девори шиллик каватининг аллергиялар билан зараланиши хисобига.</p>	<p>Кўкрак қафаси рентгенограммасида: ковурагалараро соҳанинг кенгайиши, диафрагманинг паст туриши, ўпка сурати тиниклигининг ошиши.</p>	<p>Хулоса: ўпка эмфиземаси.</p>	<p>1. Сурункали зотилжам билан: Унга қайталаниш ва авж олиш даврлари хос. Кўкрак қафаси деформацияси, ателектатик пневмосклероз соҳасида Кўкрак қафасини яссиланиши ва ботиклиги кузатилади. Перкутор товушни жараён жойлашган жойда қисқариши, аускультацияда везикуляр нафасни сусайиши, куруқ ва хўл хириллашлар эшитилиши. Рентгенда зарарланган соҳада ўпка тасвири деформацияланган.</p>	<p>1. <u>Госпитализация</u>-аллергенлардан узоқлаштириш. 2. <u>қисқа таъсир этувчи селектив ингаляцион бетта 2 агонистлари</u>: беротек, сальбутамол, тербуталин. Rp: Salbutamoli 100 d D. S. 2 дозадан 3 маҳал ингаляция учун. 3. <u>ингаляция самарасиз бўлса ингаляцион кортикостероидлар</u>: ИКС-бекламетазон, бекатид. Rp: Becotidi 10,0 DS: 1 инголяция дозадан 3 маҳал, 4 соатдан кам бўлмаган интервал билан. 4. <u>агар хуруж бартараф бўлмаса, глюкокортикостероидлар парентерал тайинланади</u>: Rp: Sol. Prednisoloni 3%-1,0 DS: 1млдан 2 маҳал м/о Спазмолитиклар: эуфиллин, Rp Sol Euphyllini hydrochloridi 2.4% - 10.0 № 5 S.5 мл 2 мах вғи физ. эритроцитлармада 5. <u>Муколитиклар</u> (мукалтин 0,05 1 таб х 3 мах – 10 кун, бромгексин 0,08 1 таб х 3 мах– 10 кун, лазольван 0,03 1 таб х 3 мах – 10 кун.) Rp: Mukaltini 0,05 № 30 in tab D.S.1 табх 3 маҳал овқатдан кейин, 1 стакан қайнаган сувда эритроцитлариб 6. <u>аллергияга қарши иммуноглобулин, гистаглобулин</u>: Rp: Immunoglobulini humani normalis donatoris 10%-3,0 №3 DS: 3млдан м/о 1мах хар 3 кунда. 7. <u>махсус иммунотерапия бронхиал астманинг атопик шаклида самарали</u>.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гиповитаминоз РР.

Ёши: 7 ёш

Тана вазни: 25 кг.

Клиника	Ташҳислаш				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> инжиқ, иштахани пасайиши, ич кетиш эслаб қолиш қобилиятини пасайиши.</p> <p><b>Беморни кўзданан кечирганда:</b> инжиқ, контактга кириш қийин безовта. Териси қуруқ. Буйин ва қўл терисини айрим жойларида гиперпигментация кўринади. Лаблари қуруқ, ялтирок. Тилини сургичлари силиқланган, ялтирок, ёрилган. Беморда парестезия, окмини пасайиши, рефлекслари сусайган. Оёқ-қўл учлари муздек. ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари ритмик. қорни юмшоқ, жигар, тамоқ конталашган. Диурези регуляр. Нажаси шаклланмаган, регуляр эмас. Патологик ажралмаларсиз.</p>	<p>кон тахлили: Нг-110г/л. Эр У. <math>8 \cdot 10^{12}</math> /л. Лейкоцит <math>6 \times 10^9</math> /л. ЭЧТ 5 мм/г</p> <p>Тахлили: Микдори 120,0 Оқсил – авс Зичлиги – 1014 Лейкоцит <u>0 - 1</u> 1</p> <p>Копрология тахлили: бўтқасимон, сарғиш-жигар-ранг. Шиллик ва эритроцит авс</p>	<p>Анемия I даража</p> <p>ўзгариш йўқ</p> <p>ўзгариш йўқ</p>	<p>Утказилмайди</p>	<p>Утказилмайди</p>	<p>Бошқа гиповитаминозлар билан.</p> <p>1. Перинатал энцефалопатия билан—асоратли акушерлик анамнези, бош мия жарохатлари, неврологик статус ҳарактерли.</p> <p>2. ОКИ билан интоксикация симптомлари, ахлатни бак.экишда мусбат натижа ҳарактерли.</p>	<p>1. <u>Рационал овқатланиш.</u> Тухум сариғи, гўшт, қўқ сабзавотлар, балиқ, дуккакли ўсимликлар</p> <p>2. Никотин кислота 0,003-0,001г 2 мах ичишга, 100 мг гача суткада. Rp:Sol. Acidi Nicotinicі 1% 1,0 DS:m/o овқатдан сўнг</p> <p>2) <u>Эубиотиклар:</u> бификол 5 дозадан х 2 махал.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Штрюмпельнинг оилавий параплегияси.

Ёши: 8 ёш

Тана вазни: 24 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Наслий касаллик бўлиб, кичик мактаб ёшидан бошланади. Неврологик статус: пастки спастик парепарез, спастик-паретик юриш, PR,AR – пай рефлекслари ошиши, патологик – Бабинский, Оппенгейм, Россолимо, Мендель-Бехтерев рефлексларининг ва панжа клонуслари пайдо бўлиши характерли.			1) Орқа мия МРТ си  2) Генеологик - шажара тузиш.	1) Орқа миянинг ён ва олдинги устунларининг атрофияси.  2) Аутосом-рецесив -аутосом-доминант наслдан-наслга ўтади.	<b>1) БЦФ (спастик диплегия – Литтл касаллиги)</b> – касаллик прогрессиvlanмайди. (даволанганда неврологик симптомлар регрессга учрайди), анамнезида перинатал патология бор. <b>2) Экстремедуллар ўсма ва бошқа этиологияли орқа мия компрессиион синдроми.</b> а) сегментар турдаги сезги ўзгаришлари. б) оёқларда зарарланиш ассиметрик. в) субарохноидал бўшлик блоки ва орқа мия суюқлигида оксил-хужайра диссоциацияси. г) МРТда ҳажмли ҳосила борлиги.	<u>Этиопатогенетик даво йўқ.</u> <u>Симптоматик даво:</u> 1) Мушак тонусини бўшаштирувчи препаратлар: Rp: Tab. Mydocalmi 0,05 po D.S: 1.2 табл. 2 маҳал, кейин 1 табл. 2 маҳал, 4-6 ҳафта.  2) <u>Ноотрон препаратлар.</u> Rp: Sol. Cerebrolisini 1,0 D.S: 1 мл м.о 1 маҳал 20 кун.  3) <u>Нейростимуляторлар:</u> Rp: Tab. Dibazoli 0,04 D.S: 1/4 таб x 2 маҳал 3 ҳафта.  4) <u>Физиотерапия:</u> а) электро муолажалар; б) оёқларга парафинли муолажа; в) ИРТ; г) ЛФК.
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50% - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Вердниг-Гоффманнинг спинал амиотрофияси (эрта даври, I-тип)

**Ёши:** 1 ёш.

**Тана вазни:** 8 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
«Бўшашган бола» симптомакомплекси. 1) Диффуз мушаклар гипотонияси, кўпроқ проксимал гуруҳ мушакларининг бўшашганлиги, «қурбақа ҳолати». 2) Пай рефлекслари пасайган. 3) Барча мушакларда (кўпроқ тил мушакларида) фибрилляр ва фасцикуляр тортишишлар, бармоқларда тремор. 4) Тана ва қўл-оёқ мушакларининг парези (ковургалар аро ва диафрагма мушакларида ҳам). 5) Юзда гипомимия.	<u>Қоннинг биохимик таҳлили.</u> (КФК в N – 24-170 ед.л).	КФК микдорининг бир оз ошиши 200 ед.л.	1) ЭМГ  2) Генеологик шажара тузиш.  3) Биопсия.	Орқа мианинг олдинги шошлари зарарланиши – мушаклар биоэлектрик активлигининг пасайиши.  Наслий мойиллик, касаллик аутосом рецесив йўл билан наслдан-наслга ўтади.  Майда юмалок толалар тўплами билан бирга I типли гипертрофияланган толалар бўлиши.	<b>1) БЦФнинг атоник астатик шакли:</b> а) наслий мойиллик йўқ. б) анамнездан тугрукнинг огир кечганлиги маълум: атония, арефлексия, фибриллар тортишишларсиз	<u>Этиопатогенетик даво:</u> 1) Мушаклар трофикасини яхшиловчи препаратлар: <i>Rp: Sol. Natriiadenosin triphosphatis (ATФ) 1% 1,0 D.S. 0,5 мл м.о 1 маҳал 15 кун.</i> 2) <u>Нootpон препаратлар:</u> <i>Rp: Sol. Cerebrolisini 1,0 D.S. 1,0 мл м.о кун ора № 20.</i> 3) <u>Витаминлар:</u> <i>Rp: Sol. Tocopheroli acetatis 5 % - 1,0 – (Вит. Е) D.S. 0,3 м.о № 10</i> <i>Rp: Sol. Cocarboxylasi 3 мл (0,05 э) D.S. 1,0 мл в.и 1 маҳал №10.</i> 4) <u>Метаболизмни яхшиловчи препаратлар:</u> <i>Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 D.S. ½ таб 2 маҳал. 2 ҳафта.</i> 5) <u>Массаж.</u>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Эпидемик энцефалит

Ёши: 15 ёш

Тана вазни: 40 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Касаллик ўткир бошланади - гипертермия 39-40<sup>0</sup>С гача, қайт қилиш, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, талваса хуружлари, уйқучанлик – летаргия белгилар хос. Невралогик стасутда: птоз, диплопия, ғилайлик, аккомодация ва Қонвергенция реакцияларининг сусайиши – Аргайл-Робертсон белгиси, делирий.</p>	<p>1) Умумий қон таҳлили (N – L – 6-9 x 10<sup>9</sup>.л; ЭЧТ – 2-12 мм.ч) Ликвор ОКШЛ 0,16-0,33 г/л</p> <p>Канд 0,55-0,7 г/л</p>	<p>1) Қонда – лейкоцитоз - 15 x 10<sup>9</sup>л, ЭЧТ ошади 20 мм.ч.</p> <p>ОКШЛ 0,16-1,65 г/л</p> <p>Канд 0,75-0,85 г/л</p> <p>Лимфоцитли плеоцитоз-100</p>	<p>1) ЭхоЭГ</p> <p>2) МРТ</p>	<p>Калла ичи гипертензияси.</p> <p>Базал ганглиларида тўқималар зичлигининг камайиши.</p>	<p>1) <b>Нейролептиклардан ўткир заҳарланиш.</b> - анамнезида нейролептик қабул қилинганлиги, эс-ҳуши сопороз ёки коматоз ҳолатда, интоксикация ва пўстлоқ ости симптомлари хос.</p> <p>2) <b>Мия устунли энцефалити.</b> Летаргия ва Аргайл-Робертсон симптоми бўлмади, мия устунинг зарарланиш белгилар хос.</p>	<p><u>Этиопатогенетик даво: Ўткир даврида:</u></p> <p>1)Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 – D.S.схема бўйича 8<sup>00</sup> – 3 таб; 11<sup>00</sup> – 3 таб; 14<sup>00</sup> – 2 таб, доза ҳар 3 кун давомида камайтирилади.</p> <p>2)Rp: Tab. Furosemidi 0,04 – D.S. 1 таб. эрталаб № 3</p> <p>3)Rp: Tab. Asparcami 0,5 D.S. 1 таб. 3 маҳал 6 кун.</p> <p>4)Rp: Sol. Calcii chloridi 10 %- 10,0 D.S. 10 мл в.и 10 кун</p> <p>5)Rp: Sol. Glucosae 5 % - 100,0. Sol. Acidi ascorbinici 5 % - 4,0 D.S. в.и томчилаб № 5.</p> <p>6)Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloride 5 % - 1 мл D.S. мушак орасига 1,0 мл № 10</p> <p>7)Rp: Sol. Magnesii sulfatis 25 % - 10мл D.S. 5 мл - 0,5 % - 5,0 мл новокаида эритиб мушак орасига юбориш – кечасига № 7</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Катта болдир нервини неврити

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Оёқ қафтини ва бармоқларини буколмаслик. Оёқ қафти ёзилган ҳолатда. Бемор зарарланган оёғини бармоқларини учида туролмайди. Болдир орқа юзаси мушакларини атрофияси. AR – пасайган. Оёқ қафти ташқарига қайирилган. Супинацияни бажара олмайди. Болдирнинг орқа юзаси ва оёқ қафтининг гипестезияси. Доимий оғриклар кузатилади. Вегетатив трофик бузилишлари яққол кузатилади.</p>	<p>1) <u>Умумий қон таҳлили</u> (N лейкоцитлар 6-9 х 10<sup>9</sup> л, ЭЧТ - 2-12мм.ч.</p>	<p>1)Қонда: лейкоцитоз 15х10<sup>9</sup> л, ЭЧТ – 18 мм.с.</p>	<p>ЭМГ –болдир мушакларини</p>	<p>Зарарланган болдир соҳасидаги икрасимон мушакларини амплитудаси пасайган.</p>	<p>Кичик болдир нервини неврити оёқ қафти осилиб қолиши, оёқ қафтини ва бармоқларини ёзолмайди. Болдир олдинги юзаси мушакларини атрофиялашган бўлади. Болдирни ташқари тамони, оёқ қафти ва I-II бармоқлари ички юзасини гипэетезияси.</p>	<p><u>Этиопатогенетик даво:</u>  <i>Rp: Tab. Ibuprofeni 0,5 D.S.1.2 таб 3 маҳал 10 кун.</i>  <i>Rp: S. Furosemidi 1% 2,0 D.S.1,0 м.о 1 маҳал эрталаб № 3, кун ора.</i>  <i>Rp:S. Суанособаламини 200 мкг D.S.1,0 м.о № 10.</i>  <i>Rp: Tab. Asparcami 0,5 D.S. 1 таб 3 маҳал 3 кун, кун аро.</i>  <i>Rp: S. Proserini 0,05%-1,0 D.S.0,5 м.о 1 маҳал №10.</i>  <i>Rp: Lydasi 64 Ед D.S. 32 ЕД м.о № 10.</i>  <i>Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloride 5 % - 1 мл D.S. мушак орасига 1,0 мл № 10</i>                      ФТ: Электрофорез дибазол билан.                      Массаж, ЛФК.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Шарко-Мари неврал амиотрофияси

Ёши: 8 ёш

Тана вазни: 25 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1) Болдир ва оёқ қафти мушакларини атрофияси - "лайлак оёғи" симптоми; 2) Юришнинг бузилиши - "щўрозсимон" юриш 3) Оёқ қафти Фридрейх ёки ясси оёқ кўринишда деформацияси; 4) Болдир ва оёқ қафти соҳасида сезги бузилишлари; 5) Ахилл ва тизза рефлексларини пасайиши; 6) Терида трофик ўзгаришлар: "мармарсимон" кўринишида; 7) Қўл қафти ва оёқларни дистал мушаклари атрофияси.			1) Дистал гуруҳ мушакларнинг ЭМГ қилиш.  2) Генеологик шажара тузиш.	1) Мушакларда биоэлектрик активлигининг пасайиб кетиши.  2) Наслдан-наслга аутосом-доминант типда ўтиши.	<b>1) Бирламчи миопатияларда</b> - зарарланиш, проксимал қисмларда жойлашади. Мушакларда псевдогипертрофия кузатилади, сезги ўзгаришлари бўлмайди. ЭМГ- Юсевич II типи аниқланади. <b>2) Инфекцион полиневрит:</b> ўткир бошланади, окрик синдроми билан, ирсий мойиллик йўқ. <b>3) Фридрейх атаксияси</b> – чуқур сезгининг бузилиши, мияча ва пирамида белгилари билан кечади.	<u>Специфик даво йўқ.</u> <u>Симптоматик даво:</u> 1) <u>Антихолинэстераз препаратлари:</u> Rp: Sol. Proserini 0,05% - 1,0 D.S. 0,7 мл тери остига 1 маҳал № 10. 2) <u>Трофикани яхшилайдиган препаратлар:</u> а) Rp: Tab.Methionini obductal 0,25 D.S. 2 таб 2 маҳал 10 кун. б) Rp: Sol. Natrrii adenosin triphosphatis (АТФ) 1% 1,0 D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 20 кун. 3) <u>Ноотрон препаратлар.</u> Rp: Tab. Pyracetami 0,2 D.S. 1 таб. 3 маҳал 1 ой. 4) <u>Витаминлар:</u> Rp: Sol. Cianocobalamini 200 гамма D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 10 кун. 5) <u>Микроциркүляцияни яхши килувчи препаратлар:</u> Rp: Sol. Acidi nicotinic 1 % - 1,0 D.S. схема бўйича м.о № 10. 6) ЛФК, массаж. 7) <u>Физиотерапия:</u> электрофорез - кальция хлорид.
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50% - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Фридрейх касаллиги

Ёши: 12 ёш

Тана вазни: 34 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1)Статик ва локомотор атаксия; 2)Нистагм; 3)Скандирлашган нутк; 4)Чуқур сезги бузилишлари. 5) Юришнинг ўзгариши; 6)Пай рефлексларини пасайиши; 7) Динамикада – спастик парез белгиларини пайдо бўлиши; 8)Интеллект пасайиши; 9)Умуртқани кўкрак сошаси сколиози; 10)Фридрейх товони; 11)Юракда ўзгаришлар.</p>			<p>1)ЭКГ  2)Умуртқа погонасини R – графияси. 3)КТ  4)МРТ  5)Генеологик шажара тузиш.</p>	<p>1)Миокарда дистрофик ўзгаришлар.  2)Сколиоз  3)Миячанинг ярим шарлари ва чувалчанда атрофик ўзгаришлари. IV коринчани, устун цистернани, ён коринчаларини ва субарахноидал бўшлиқни кенгайтиши. 4)Орқа мия, узунчоқ мия, кўприк ва миячанинг атрофияси. 5)Аутосом-рецессив типда ўтади.</p>	<p>1) Шарко-Мари неврал амиотрофияси: чуқур сезги бузилишлари яққол аниқланмайди; 2)Мияча ўсмаси: гипертензион синдром, чуқур сезги бузилишлари бўлмайди, умумий мия ва маҳаллий белгилари кучайиб боради.</p>	<p><u>Специфик даво йўқ</u> <u>Симптоматик даво:</u> I. <u>Ноотрон препаратлар:</u> 1)Rp: Sol. Cerebrolisini – 1,0 D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 10 кун. II. <u>Витаминлар:</u> 1)Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 1 % - 1,0 D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 15 кун. III. <u>Модда алмашинувини яхшилайдиган препаратлар:</u> 1)Rp: Sol. Natrii adenosin triphosphatis (ATФ) 1 %- 1,0 D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 20 кун. IV. <u>Қон айланишини яхшиловчи препаратлар:</u> Rp: Sol. Acidi nicotinici 1 % - 1,0. D.S. схема бўйича м.о 10 кун. Rp: Actovegini 2,0 D.S. 2,0 м.о 1 маҳал № 10. V. <u>ДФК.</u> VI. <u>Массаж.</u></p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50% - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Пьера-Мари мияча атаксияси

Ёши: 15 ёш

Тана вазни: 40 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1)Мияча атаксияси; 2)Оёқ ва кўлларда мушак тонусини спастик типда ошиши; 3)Пай рефлексларини ошиши; 4)Ғилайлик; 5)Кўрув ўткирлигини пасайиши.</p>			<p>1)Кўз туби.  2)Бош ва орка мияни МРТ килиш.  3)Генеологик шажара тузиш.</p>	<p>1)Тўр парда дегенератив пигментацияси, кўрув нервнинг атрофияси. 2)Миячани атрофик ўзгаришлари: орка миянинг ён устунчаларини дегенератив ўзгаришлари. 3)Наслдан-наслга аутосом-доминант типда ўтиш хос.</p>	<p><b>1) Фридрейх атаксияси:</b> а)наслдан-наслга аутосомно-рецессив типда ўтиши; б)Бошланғич белгилари 6-10 ёшларда кузатилади; в) Пай рефлекслари пасайган; г) кўз ҳаракат ва кўрув ўткирлигини бузилиши кузатилмайди; д)тана суяклари ва оёқ қафти деформацияси. <b>2)Тарқоқ склероз:</b> а)ремитирланувчи кечиш; б)пастки спастик парапарез; в)чанок аъзолари функциясининг бузилишлари.</p>	<p><b>Специфик даво йўқ.</b> <b>Симптоматик даво:</b> I. <u>Ноотрон препаратлар:</u> Rp: Sol. Cerebrolisini 1,0 D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 20 кун. II. <u>Витаминлар:</u> Rp: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5 % - 1,0- D.S. 1 мл м.о 1 маҳал 15 кун. III)<u>Мушак тонусини</u> бушаштирувчи препаратлар: Rp: Tab. Miodocalmi 0,05 по D.S: 1.2 табл. 2 маҳал, кейин 1 табл. 2 маҳал, 4-6 ҳафта. IV)<u>Физиотерапия.</u> V) <u>ДФК, массаж.</u></p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50% - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Литл касаллиги

Ёши: 2 ёш

Тана вазни: 14 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнез:</b> бемор туғруқ бош мия жароҳати олган. Статусда: мушак дистонияси, оек мушакларда пастки гипертония, тери рефлексларининг пасайиши, кўллар титраши, Ромберг ҳолатида тура олмаслиги. Тетрапарез, кўпроқ оёқларда, пай гиперрефлексияси Бабаинский, Россолимо патологик рефлекслари.</p>	<p>1) <u>Умумий қон таҳлили:</u> Нв – 130 г.л;</p> <p>2) <u>Умумий нешоб таҳлили.</u> Ранги: сомон са-риклигида Оқсил – abs қанд – abs.</p> <p>3) <u>Қоннинг биохимик таҳлили</u></p>	<p>Эр – 4,2 x 10<sup>12</sup> .л; L – 6,8 x 10<sup>9</sup> .л; ЭЧТ – 11 мм.ч Нв 120 г.л.</p> <p>РН – 5,0 зичлиги – 1012 оқсил – abs Эр – 0-1 в 1 п.з Эп – 0-2 в 1 п.з</p> <p>АлАТ – 0,42 АсАТ – 0,36 Умумий билирубин 22,4; боғланмаган билирубин 2,4; боғланган билирубин 20,0. умумий оқсил – 58 Мочевина: 7,8 Креатинин: 98</p>	<p>1) ЭЭГ</p> <p>2) R-графия</p>	<p>1) Тутканок белгиларини кузатилиши.</p> <p>2) R-графия: калла суяги босимини ошиш белгилари, бармоқ излари, қон-томир расмини кучайиши.</p>	<p>1) <u>ДЦП, спастик диплегия</u> – когнитив функцияларни бузилиши.</p> <p>2) <u>Штрюмпел оилавий пареплегияси.</u> Ирсий характерга эга, прогрессиранувчи касаллиги.</p>	<p><u>Этиопатогенетик даво:</u> <u>Консерватив.</u> Rp: <i>Lydasae 32</i> DS: м.о 1 маҳал № 10</p> <p>Rp: <i>Solcoseryl 1,0 мл</i> DS: м.о № 10</p> <p>Rp: <i>Cerebrolisini 1,0</i> DS: м.о № 10 Rp: <i>Cavintoni 0,1</i> DS: ¼ таб 3 маҳал 10 кун.</p> <p><u>Физиотерапия:</u> ЛФК, массаж № 10.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Микроцефалия

Ёши: 1 ёш

Тана вазни: 10 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1) <b>Анамнез:</b> наслий мойиллик, хомиладорликни патологик кечиши.</p> <p>2) Калла суягини кичрайиши, юз қисмини мия қисмига қараганда катталиги.</p> <p>3) Калла деформацияси тепага торайиши билан.</p> <p>4) Қулоқлари шалпанг қулоқ, паст жойлашган.</p> <p>5) Интеллекти паст, анизорефлексия, атаксия, спастик параличлар тутқаноқ хуружлари.</p>	<p>1) <u>Умумий қон таҳлили</u></p> <p>2) <u>Умумий сийдик таҳлили</u></p>	<p>1) Нв 90 г.л . Эр – 9,8 x 10<sup>12</sup> .л; ЭЧТ – 12 мм.ч.</p> <p>2) Сийдик таҳлили. Ранги: сомон сариқ. РН – 5,5; зичлиги – 1012; оксил – 0,03 %; қанд – abs, эр – 0,1 в 1 п.з; эп – 1-3 в 1 п.з.</p>	<p>Краниограмма</p> <p>МРТ</p>	<p>Калла суягининг мия қисми ҳажмини камайиши.</p> <p>Мия пўстлоғини атрофияси</p>	<p>1) <b>Краниостеноз</b> – 2 Ёшида калла суяги ўсиши тўхтади.</p> <p>2) <b>Даун касаллиги</b> – юзида – монголоид тузилиши. Трисомия 21 хромосомада.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b> Rp: Cerebrolisini 1,0 DS: в.и, № 10 Rp: Pantogami 0,5 DS: ¼ т 3 маҳал, № 60. Rp: Pyracetami 3,0 мл DS: м.о, № 10. Rp: Encephaboli 0,05 DS: ½ т 3 маҳал, № 30 Rp: Tab. xenobarbitali 0,005 DS: қунига 2 маҳал.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Чақалоқлар гемолитик касаллигининг асорати.

Ёши: 6 ой

Тана вазни: 7 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Мушак гипотонияси, тутканоклар, шартсиз рефлексларнинг сусайиши, гиперкинезлар, ғилайлик, эшитишнинг пасайиши, психомотор ривожланишда орқада қолиши, холсизлик, уйқучанлик.	<b>Умумий қон таҳлили, умумий боғланмаган билирубинни текшириш,</b> (N-боғланган – 17,5, боғланмаган – 2,5-3ммоль.л).	Қонда – Нв – 85 г.л. умумий билирубин 20,5 ммоль.л. умумий оксил 56 г.л, АлАТ 0,36 ммоль.л. Коагулограмма: протромбин 12 ст; фибриноген плазми 3,5 г.л (N 2-4 г.л); ПТИ 84 %; Вр. св. Қонда Н 3 <sup>45</sup> ; К 4 <sup>15</sup> . Резустент. плазми 39 %	ЭЭГ  МРТ	Тутканок бўсағасини пасайиши, умумиймия белгилари.  Мия пўстлоғи ва пўстлоқ ости ядроларида дегенератив ўзгаришлар	<b>БЦП-</b> гиперкинетик шакли: клиникасида гиперкинезлардан ташқари кўпол олий пўстлоқ бузилишлар кузатилади. АВО ва резус келишмовчилик бўлмайди.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> <i>Rp: zenobarbitali 0,003 DS: 2 маҳал 2-3 ой.</i> <i>Rp: Vit. B<sub>12</sub> 100g DS: м.о № 10</i> <i>Rp: Acidi glutaminici DS: 1 таб 2-3 маҳал.</i> <i>Қон куйиш, 100 мг.кг № 2.</i> <i>Rp: Reopoliglucini DS: 7-10 мл.кг, альбумин, hemodesi 7-10 мл.кг № 2</i>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Оралик нервини неврити

Ёши: 8 ёш.

Тана вазни: 26 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бармоқларда каузал типдаги оғриқ. Елка каморини ички юзаси бўйлаб оғриқни бўлиши. Билакни пронацияси, панжани I, II, III бармоқларни букиш мумкин бўлмай қолиши. Бармоқни ўрта фаланг қисмини ёзиш мумкин бўлмай қолиши, панжа «маймун панжасини» эслатиши I бармоқ юқори мушак қисмидаги атрофияси соҳасидаги мушакини атрофияси. I, II, III ҳамда IV бармоқ ярмининг ташқи юзаси гипестезияси.	<b>Умумий қон таҳлили</b> (Nда – лейкоцитлар – $6-9 \times 10^9$ л, ЭЧТ – 2-15 мм.соат)	1)Қонда – лейкоцитоз - $15 \times 10^9$ л, ЭЧТ ошади 20 мм.ч.	ЭМГ мушик тенера	Амплитудасини пасайиши.	<b>Билак нервини неврити билан</b> – бунда панжа ва бармоқлар осилиб туриши. Билакни супинация қилиш ва бармоқларнинг ёзиш щам мумкин бўлмай қолади. TR,SR – пасаяди. I ва II бармоқ анестезияси қисман III бармоқ медиал юзаси щам. <b>Тирсак нервини неврити билан</b> – бунда панжани «қуш чангали» ўщшашлиги бармоқларни асосий фаланглар букилган ҳолатда IV бармоқни қисман V бутунлигича анестезияси ёки гипестезияси бармоқни майда мушакларини атрофияси.	<b>Этио-патогенетик даво:</b> 1)Rp: Tab. Indometacini 0,025 3 маҳал қунига № 10, овкатдан кейин. 2)Rp: Galantamini hydrobromidi 0,25 % - 0,5 тери остига № 10 3)Rp: Extr. Aloes fluidi 1,0 – 1 маҳал қунига № 10 м.о 4)Rp: S. Cyanocobalamini 200 мкг – 1,0 м.о № 10 5)Rp: Tab. Furosemidi 0,04 – ½ таб эрталаб № 10 6)Rp: Tab. Asparcamini – ½ таб 3 маҳал қунига <b>ФТ:</b> никотин кислотаси билан электрофорез. <b>ЛФК, массаж.</b>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Кичик болдир нервини неврити

**Ёши:** 1 ёш

**Тана вазни:** 10 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Панжаси осилган ҳолатда. Панжа ва бармоқларни ташқарига букиш иложиси йўқлиги. Бемор оёқ учида тура олмайди. Болдирни олдинги юза мушакларини атрофияси. Болдирни ташқи юзаси панжа ташқариси I ва II оёқ панжа бармоқларни ички юзаси гипестезия руй беради.</p>	<p>1) <b>Умумий қон таҳлили</b> (N лейкоцитлар 6-9 х 10<sup>9</sup>.л, ЭЧТ – 2-15 мм.соат</p>	<p>1) Қонда – лейкоцитоз - 15 х 10<sup>9</sup>.л, ЭЧТ ошади 20 мм.ч.</p>	<p>1) ЭМГ тиззани олдинги гуруҳ мушак.</p>	<p>Амплитудасини пасайиши.</p>	<p><b>Катта болдир нервини неврити билан</b> – бунда оёқ бармоқларини букиш қийинлиги панжани товон юзасига букиш иложи йўқлиги. AR –пасайган, панжани ичкарига ротацияси кузатилади.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b>                      1)Rp: S. Galantamini hydrobromidi 0,25 % - 0,4                      DS: тери остига № 10                      2)Rp: Tab. Yndometacini 0,025                      DS: ¼ таб 2 маҳал кунда № 10 овкат кейин                      3)Rp: Ext. Aloes fluidi 1,0–0,5                      DS: 3 маҳал кунга м.о-№ 10                      5)Rp: S. Furosemidi – 1 % 0,5                      DS: 1маҳал м.о-№5–кун ора.                      6)Rp: S. Cyanocobalamini – 200 мкг – 1,0                      DS: 1 мл 1 маҳал, м.о № 10                      7)Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5                      DS: по ¼ таб 3 маҳал кунга - 5 кун                      ФТ: никотин кислотаси билан электрофорез.                      Массаж, ЛФК.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Билак нервини неврити

Ёши: 5 ёш

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Қўлларни олдинга узатганда қўл кафти осилиб қолади, I бармоқ II бармоқга яқинлашган. Тирсак бўғимида букишлигини сусайганлиги. Пай рефлекслари: TR, SR пасайган. I, II бармоқни тўлиқ ва III бармоқни қисман гипестезия қўл кафтни ташқи юзасини парестезияси.	1) <u>Умумий қон таҳлили</u> (N лейкоцитлар $6-9 \times 10^9$ л, ЭЧТ – 2-15 мм.соат.	1) Қонда – лейкоцитоз - $15 \times 10^9$ л, ЭЧТ ошади 20 мм.ч.	ЭМГ – панжа букувчилари.	Амплитудани пасайиши.	<b>Оралик нерв неврити билан</b> – бунда бармоқларда оғриқ. Елка камарини ички юзаси бўйлаб оғриқ сезиш. Пронация йўқлиги I, II, III бармоқ букиш ва II, III бармоқ ўрта фаланга қисмини ёзиш шаракатини бузилиши. Панжа шакли «маймун» панжасига ўқшайди.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> Rp: Sol. Galantamini hydrobromidi 0,25 % - 0,4 тери остига № 10. Rp: Tab. Yndometacini 0,025 - 2 маҳал № 10 овқатдан кейин. Rp: Extracti Aloes fluidi 1,0 - 1 маҳал, № 10, м.о. Rp: S. Cyанособалатини 200 мкг - 1,0 м.о, № 10. Rp: Tab. Furosemidi - 0,04 1.2 таб эрталаб № 10. Rp: Tab. Asparcam 1.2 m 3 маҳал кунига № 10. <u>ФТ:</u> никотин кислотаси билан электрофорез. <u>ЛФК, массаж.</u>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Посттравматик энцефалопатия

Ёши: 7 ёш

Тана вазни: 24 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнез:</b> бош мия травмасини ўтказган.</p> <p><b>Симптоми:</b> бош оғриши, бош айланиши, хотира ва қобилиятни пасайиши, уйқуни бузилиши, жащлдорлик, кўрқиш.</p> <p><b>Статусда:</b> мушак дистонияси, тери рефлекслари пасайиши, бармоқларни титраши, Роберг холатида чайқалиши, кайфиятини ўзгариб туриши.</p>	<p>1) <b>Умумий қон таҳлили</b> (N лейкоцитлар 6-9 x 10<sup>9</sup>.л, ЭЧТ – 2-15 мм.соат.</p>	<p>Нв – 96 г.л, Л – 3,5 x 10<sup>9</sup>.л, Эр – 3,8 x 10<sup>12</sup>.л, РК – 0,9; ЭЧТ – 12 мм.с.</p>	<p>1) ЭхоЭГ</p> <p>2) ЭЭГ</p> <p>3) Рентген</p> <p>4) Кўз туби</p>	<p>ЭхоЭГ – бош мия ичи босимини ошиши. ЭЭГ – диффуз умумий бош мия ўзгаришлари. Рентген – кон томир ҳосилаларини кучайиши. Кўз туби ангиопатияси.</p>	<p>1) <b>Церебрал арахноидит.</b> Умумий бош мия ва ўчоқ симптомлари.</p> <p>2) <b>ВСД</b> анамнезида бош мия травмаси кўзгатилмади.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b> Rp: Lydasi 64 Eд – м.о кун аро. D.t.d. № 10. S. 32 Eд м.о № 10. Rp: S. Solcoseryli 2,0. D.t.d. № 10. S. 2,0 – м.о № 10 Rp: tab. Kavintoni – 0,2. D.t.d. № 30. S. 1 таб 3 маҳал – 10 кун. Rp: Tab. Diacarbi ½ дан 1 кунда №5. Rp: Tab. Asparcamі ½ таб 1 кунда № 5.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Миелит

Ёши: 3 ёш

Тана вазни: 16 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Ўткир бошланади – юқори температурада – 39-39,5 <sup>0</sup> С. Умумий цолсизлик, қалтираш, бўшашиш, спастик пастки параплегия ва параатаксия, параанестезия. Ацлат ва сийдик ушланиши, оёқ қўлларини музлаши ва мармарсимон тери.	1) <u>Умумий қон таҳлили</u> (N Le –6-8 x 10 <sup>9</sup> л, ЭЧТ– 2-12 мм.с).	1) Қонда – лейкоцитоз – 18 x 10 <sup>9</sup> л. ЭЧТ – ошиши 20 мм.с.	МРТ	МРТ – орқа мия тўқима-сини яллиғланиш белгилари	1) <b>Полиомиелит</b> паралич яққол атрофия билан сезги бузилишисиз. 2) <b>Полиневрит</b> қўл ва оёқларда барча сезги бузилиши «қўлқоп» ва «носки». 3) <b>Орқа мия ўсмаси</b> ҳар доим оғриқ синдроми билан бошланади кейин Броун-Секар синдроми.	<u>Этиопатогенетик даво:</u> <u>Ўткир даврида:</u> 1)Rp: Ampicillini 0,5 DS: 1,0 гр м/о 3 маҳал – 10 кун 2)Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 DS: схема буйича – 8 <sup>00</sup> – 2 таб, 11 <sup>00</sup> – 2 таб, 14 <sup>00</sup> – 1 таб. 3)Rp: Sol. Glycerini 30 % DS: 1 десерт қошиқдан 2 маҳал эрталаб ва обода 2 ҳафта. 4)Rp: Tab. Diasolini 0,1 DS: 1 таб 3 маҳал – 10 кун. 5) Сийдик пуфагини катетерлаш. Ётоқ яралар бўлишини профилактикаси. Тикланиш даврида: 1)Rp: Sol. Actovegini 2,0 DS: м.о № 5 2)Rp: Lydasae 64 Ед DS: 32 Ед м.о № 10 3)Rp: Tab. Mydocalmi 0,05 DS: ½ таб 2 маҳал – 1 ой. 4)Rp: Cerebrolysini 1,0 DS: м.о № 20 5)Rp: Tab. Acidi glutaminici 0,25 DS: ½ таб 3 маҳал – 1 ой. 6)Rp: Sol. Vit. B <sub>12</sub> DS: 200 мкг м.о № 10 7) 1% никотин кислотаси билан электрофорез, массаж, ИРТ, УВЧ, ЛФК
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Даун касаллиги

Ёши: 6 ёш

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Ташиқи кўриниши:</b> бўйи нормадан паст, калла суяги кичик, энса яссилашган, пешона пасайган, кулоқлари пастда жойлашган, деформациялашган</p> <p><b>Монголоид юз:</b> гипертелоризм, кўз ёриқлари қийшиқ, бурун яссилашган, кичик, қўл-оёқлари калта, қафтларда 1 та кундаланг чизик (бурма). Аклий заифлик. Ички органларнинг туғма нуқсонлари.</p>	<p>1) <b>Умумий қон таҳлили.</b> (N- Нв-120-130 г.л, Эр-3,3-3,5 х 10<sup>12</sup>.л, Le -6-9 х 10<sup>9</sup>.л).</p> <p>2) <b>Умумий сийдик таҳлили</b> ( N -Le - 10 гача кўрув майдонида цилиндрлар йўқ, зичлиги 1010-1020).</p>	<p>1) Умумий қон таҳлили – анемия, лейкопения.</p> <p>2) Умумий сийдик таҳлили - лейкоцитуря, цилиндрурия, зичлиги пасайиши.</p>	<p>1) Кариотиплашиш.</p> <p>2) Дерматоглифика</p> <p>3) ЭКГ-</p> <p>4) ЭЭГ –</p> <p>5) Кўкрак ва қорин рентгенографияси, юрак, буйрақлар, жигар УЗИси.</p>	<p>1) Кариотип – 47 ХУ-21) или 47 ХХ (21).</p> <p>2) Дерматоглифика – жимжилоқда 2 та бурма радиусни юқори жойлашиши.</p> <p>3) ЭКГ - метаболик ўзгариш ва ритми бузилиши, ҳамда блокда.</p> <p>4) ЭЭГ – умуммия белгилари, пўстлоқ ости ритмини устунлиги.</p> <p>5) Рентгенография и УЗИ – ички аъзоларда туғма нуқсонлар: юракда (ДМЖП, ДМПП) Йирик қон томирларда ва Ошқозон ичак трактида (12 бармоқли ичакни, кизил ўнгач, тўғри ичак, анус атрезияси, мегаколон, жига рва буйрақларни (гиполазия ва гидронефроз).</p>	<p>1) <b>Туғма гипотиреоз.</b></p> <p>2) <b>Патау синдроми.</b></p> <p>3) <b>Эдвардс синдроми.</b></p> <p>4) <b>Микроцефалия.</b></p> <p>5) <b>Краниостеноз.</b> Асосий дифференциал-диагностик критерий кариотиплаш.</p> <p>6) Кўкрак қафаси аъзоларини инструментал текширувларида турли хил аномалиялар, туғма юрак пороклари, 12 бармоқли ичакни атрезияси, гидропарез буйрақни гипоплазияси.</p>	<p><b>Симптоматик даво:</b></p> <p>Rp: Tab. Pyracetami -0,4 1таб х 3маҳал -1 ой.</p> <p>Rp: Tab. Aminoaloni 0,25- 2таб х 3маҳал – 2 ой.</p> <p>Rp: Immunomodulini 2,0 мл м.о, № 10.</p> <p>Rp: Drag. gerroplexi 0,05- 1др дан 3 маҳал – 2 ой.</p> <p>Кўрсаткичларга қараб - оператив даво (ички аъзолар нуқсонлари).</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Шерешевский-Тернер синдроми

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бемор қиз бола, паст бўйли. Бўйиннинг ён юзаларида тери бурмаси бўлади, калта бўйин, ташқи жинсий аъзолар ривожланмаганлиги. Бочкасимон кўкрак қафаси, тизза ва тирсак бўғимларида вальгусли деформацияси, остеопороз, метатарзал ва метакарпал суякларини калталиги. Сочларни паст ўсиши, кулоқларни пастда жойлашиши, тирноқларни ўзгариши. Ички аъзоларда нуқсонлар. Ақлий заифлик.	1) <b>Умумий қон таҳлили:</b> (Нв- N - 120-130 г.л, Эр - 3-3,5 x 10 <sup>12</sup> .л. 2) <b>Умумий сийдик таҳлили:</b> N - эритроцитлар йўқ, лейкоцитлар майдонида 10тагача.	1) Умумий қон таҳлили – Нв эритроцитлар пасайиши.  2) Умумий сийдик таҳлили – гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.	1) Кариотишлаш.  2) Жинсий хроматинни текшириш. 3) Юрак, буйрак, УЗИ.  4) Қўл ва оёқлар рентгенографияси	1) Кариотип– 45, ХО 2) Жинсий хроматин йўқ. 3) УЗИ, ДМЖП, ДМПП, йирик томирлар аномалияси; буйрак гипоплазияси, поликистоз, гидронефроз. 4) Рентгенография – остеопороз, суяклар деформацияси.	1) <b>Даун касаллиги</b> – монголоид типдаги юз кариотип 47 XX(XY) – 21 хромосома бўйича. 2) <b>Трисомия X синдроми</b> – узун оёқ-қўллар, баланд бўй, кариотип 47 XXX.	<b>Симптоматик даво:</b> Rp: Sol. Oestradioli dipropionatis 0,1% 1,0 мл м.о 1 маҳал 5 кун № 15. Rp: Sol. Retabolili oleosae 5% -1,0 м.о 1 маҳал ҳафтада № 8. Rp: Sol. Tokoferoli acetatis oleosae 5% -1,0 м.о № 10. Кўрсатмага қараб оператив даволаш (пластик ва коррекцияловчи) Rp: Caps. Nootropili 0,4-1 капс дан 3 маҳал -1 ой.
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Фенилкетонурия

**Ёши:** 1 Ёш

**Тана вазни:** 10 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Беморнинг ташқи кўриниши:</b> тери оқимтир рангда, мовий – кўзлар, кўп терлаш, «сичқон»хиди келиши, дерматит, экзема, қусиш, ҳолсизлик, кўрқоклик, жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолиш.</p> <p>Невростатусда: мушак гипертонияси «тикувчи позаси», пай рефлекслари ошган. Гиперкинезлар, тремор, атаксия, эпилептиформ тутқаноқлар. Калла суяги микроцефал типда, наслдан наслга ўтиш типии - аутосом-рецессив.</p>	<p>1)<b><u>Сийдикда фенил-аланинни текшириш (Фелинг реакциясияси)</u></b> – N манфий.</p> <p>2)<b><u>Қон биохимик таҳлили</u></b> (N фенил-аланин 0,03-0,08 г.л)</p>	<p>1)Фелингни сифат реакцияси мусбат – сийдик яшил рангга бўялади.</p> <p>2)Қон биохимияси – фенилаланинемия (0,5 г.л дан кўп)</p>	<p>1)ФКУ га скрининг-тест.</p> <p>2)Молекўляр генетик диагностикаси</p>	<p>1)ФКУ скрининг-тест ижобий.</p> <p>2)Молекўляр-генетик диагностика – 12-й хромосоманинг узун елкасида ФКУ локуси топилади (12q 22-24)</p>	<p>1)<b><u>Муковисцедоз:</u></b> клиник белгилар 4-6 ойларда пайдо бўлади, кўриш ўткирлигини пасайиши, кўз тубида қизил соҳа.</p> <p>2)<b><u>Лейкодистрофия:</u></b> бошланиши мактабгача бўлган ёшда, марказий парез, гиперкинезлар, координация бузилиши, дизартрия.</p> <p>3)<b><u>ДЦП:</u></b> (БЦФ) перинатал давр патологияси, сичқон хиди йўқ, невростатус касалликнинг шаклига боғлиқ (спастик диплегия, гемиплегия, Литтл синдроми).</p>	<p><b><u>Этиопатогенетик даво:</u></b></p> <p>1)Фенил-аланин чекланган парҳез (қонда фенил-аланин миқдори назорат қилинади)</p> <p>2)<i>Rp: Tab. Acidi glutaminici 0,25 – 1.3 таб 3 маҳал – 1ой.</i></p> <p>3)<i>Rp: Pulv. Phenobarbitali 0,005 2 маҳал узок вақт.</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Клайнфельтер синдроми

Ёши: 8 ёш.

Тана вазни: 26 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Бемор:</b> бўйи баланд, аёлларга хос тана тузилиши, гинекомастия, оёқ-қўллари узун ташқи жинсий органлари етилмаганлик белгилари евнухоидизм. Аёлларга хос туклар ўсиши, аёлларга хос семириши, ақлий орқада қолиш. Бепуштлиқ.</p>	<p><u>Умумий қон, сийдик, ахлат таълили.</u></p>	<p>Умумий қон, сийдик, ахлат, таҳлили нормада.</p>	<p>1)Кариотиπλαш. 2)Жинсий хроматинни аниқлаш. 3)Юрак, жигар, буйрак, УЗИ.</p>	<p>1) Кариотип -47, ХХУ 2)Барре таначаларни аниқлаш. 3)Ички органлар УЗИси: ўзгаришсиз</p>	<p>1)<b>Акромегалия</b> Ташҳислаш мезони: жинсий хроматинни аниқлаш ва кариотиπλαш.</p>	<p><u>Симптоматик даво:</u> Rp: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 5% - 1,0 м.о № 10 кун ора, кейин, Tab. Metiltestosteroni 0,005- 1 таб. кунига 2 ой давомида. Rp: Sol. Vit. E oleosae 5% -1,0 м.о № 20. Rp: Tab. Pantogami 0,25 - 1 т x 3 маҳал - 2 ой. Rp: Sol. Vit. B<sub>1</sub> 3%-1,0 м.о № 10. Rp: Sol. Vit B<sub>6</sub> 5%-1,0 м.о № 10. <u>Қўрсатмага қўра:</u> гинекомастияни жарроҳлик усули билан даволаш..</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бел-думгаза радиқўлоневрит

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бел соҳасидаги ва оёкдаги куймич нерв давомидаги оғриқлар: бел соҳасидаги, соннинг орқа юзасида, тизза ости чуқурчасида, болдирда, оёк бармоқларида. Пастки Валле нукталари пальпацияда оғриқли, нервларнинг тортиб текшириш симптомлари: Лассега, Секар, мусбат. Болдир мушакларининг гипотрофияси; соннинг ва болдирнинг орқа юзаси гипестезияси. Мушак гипотонияси. AR – пасайган ёки йўқ.	1) <u>Умумий қон таҳлили</u> (N лейкоцит 6-9 х 10 <sup>9</sup> л, ЭЧТ - 2-15 мм.с.	1) Қонда – лейкоцитоз – 18 х 10 <sup>9</sup> л. ЭЧТ – ошиши 20 мм.с.	R-графия умуртка поғонасининг бел-думгаза қисмининг рентгенографияси.	Спондилёз белгилари.	Орқа миянинг экстремедуляр ўсмаси. Касаллик давоми 3 боскичда кечади: 1) Илдизли, илдиз – яъни санчикли оғриқлар хос. 2) Браун-Секар синдроми. 3) Орқа миянинг кўндалангига зарарланиш белгилари.	<u>Этиопатогенетик даво:</u> Rp: S. Vipraxini proingec 1,0 DS: м.о 1 маҳал № 10. Rp: S. Суанособаланини -200 мкг DS: 1,0 м.о № 10. Rp: S. Analgini 50%-1мл DS: м.о 1 маҳал № 10. Rp: S. Novocaini 0,5% -10,0 DS: м.о № 10. Rp: S. Furosemidi -1% DS: 2,0 м.о № 5, кун аро. Rp: Tab. Diazolini DS: 0,05 дан 1 т 2 маҳал 1 кунда ичишига 2 ҳафта мобайнида. Rp: S. Proserini 0,05% DS: 1,0 м.о 1 маҳал № 10. Rp: Tab. Ybuprofeni 0,5 DS: ½ таб 3 маҳал 1 ой. Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 DS: 1 таб 3 маҳал № 5. <u>ФТ:</u> Электрофорез с 1% никотин кислотаси. <u>ИРТ, ЛФК, массаж.</u>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кўзнинг ҳаракатлантирувчи нервнинг неврити

Ёши: 2 ёш

Тана вазни: 14 кг

Клиника	Ташхисот				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Юқориги қовокнинг пастга тушиши – птоз зарарланган кўзнинг юқорига ва ичкарига қарата олмаслиги, ташқарига қараган ғилайлик, буюмларни 2 та кўриши; Қорачиқни ёруғликка реакцияси ва Қонвергенциясини йўқлиги.	<b>Умумий қон таҳлили.</b> N-лейкоцитлар 6-9 x 10 <sup>9</sup> .л, ЭЧТ – 2-15 мм.с.	1)Қонда – лейкоцитоз – 18 x 10 <sup>9</sup> .л. ЭЧТ – ошиши 20 мм.с.	ЭМГ – кўзнинг айлана мушаги. (m.orbicularis oculi)	Амплитудани пасайиши.	Узоклаштирувчи нервнинг неврити, кўз олмосининг ичкарига оғиши, ичкарига қараган ғилайлик, буюмларни 2 та кўриши. Зарарланган кўзнинг ташқарига қаратолмаслиги.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> 1)Rp: S. Galantamini hydrobromidi 0,25 % DS: 0,4 м.о № 10 2)Rp: Tab. Ybuprofeni 0,5 DS: ¼ таб 3 маҳал – 1 ой. 3)Rp: Tab. Furosemidi 0,04 DS: ½ таб – эрталаб- № 5 4)Rp: S.Pyridoxini hydrochloridi 5 % DS: 0,5 м.о № 10 5)Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 DS: ¼ таб 3 маҳал 5 кун <b>ФТ:</b> электрофорез с никотин кислотаси билан кўз орқали.
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Узоқлаштирувчи нервнинг неврити

**Ёши:** 2 ёш

**Тана вазни:** 14 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
3 ҳафта аввал БМЖ ўтказган н.х бўлимида стационар даво олган ва болалар невралогия бўлимига ўтказилган. Кўз олмосининг ичкарига оғиши, ичкарига қараган ғилайлик, буюмларнинг 2 та бўлиб кўриниши, зарарланган томонга қараганда кучаяди, зарарланган кўзни ташқари томонга қарата олмаслик.	<b>Умумий қон таҳлили.</b> N-лейкоцитлар $6-9 \times 10^9$ л, ЭЧТ – 2-15 мм.с.	1)Қонда – лейкоцитоз – $18 \times 10^9$ л. ЭЧТ – оғиши 20 мм.с.	Калла суяги R-графияси.	Калла суяги асоси синишнинг асорати.	Кўзнинг ҳаракатлантирувчи нервнинг неврити. Юқориги қовоқнинг тушиши птоз, шу кўзнинг юқорига ва ичкарига қарата олмаслиги, ташқарига қараган ғилайлик, буюмларни 2 та бўлиб кўриниши, мидриаз, қорачикни ёруғликка реакцияси йўқлиги.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> 1)Rp: Sol. Galantamini hydrobromidi 0,25 % - 0,4 п.к № 10 2)Rp: Tab. Ybuprofeni 0,5 ¼ таб – 3 маҳал – № 10. 3)Rp: S. Pyridoxini hydrochloridi 5 % - 0,5 м.о - № 10 4)Rp: Tab. Furosemidi 0,04 – ¼ таб – эрталаб- № 5 – кун ора. 5)Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 – ¼ таб 3 маҳал № 5 6)Rp: Cerebrolyzini 1,0 – м.о - № 10 7)Никотин кислотаси билан кўз орқали электрофорез.
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Буйрак касалликларида нерв системасини зарарланиши

Ёши: 8 ёш.

Тана вазни: 26 кг

Клиника	Ташхисот				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Неврастеник синдром – бош оғриғи, бош айланиши, умумий ҳолсизлик.	<p><b><u>1)Умумий сийдик таҳлили.</u></b></p> <p><b><u>2)Коннинг биохимик текириши.</u></b> (N 1,8-6,4 ммоль.л). (N 56-80 г.л), қонда мочевина миқдори ошган – 10,4 ммоль.л.</p> <p><b><u>3)Филтрацион фракция</u></b></p>	<p>1) олигоурия, ранги хира, протенурия,</p> <p>2)гипопротенемия</p> <p>3)филтрацион фракция – пасайган.</p>	<p>1)Буйрак УЗИси.</p> <p>2)Кўз тубини текшириш.</p> <p>3)ЭхоЭГ</p>	<p>1)пиелонефрит белгилар, БТК, косача жом тузилишида ўзгаришлар.</p> <p>2) кўрув нерви дискининг димланиши.</p> <p>3) калла ичи гипертензияси белгилари.</p>	<p>1)<b>Неврозлар билан</b> – лаборатор маълумотлар Нда, седатив даводан яхши натижа.</p>	<p><b><u>Симптоматик даво:</u></b></p> <p>1)<b><u>Даволаш неврология бўлимида:</u></b> <b><u>Парҳез:</u></b> стол № 7. <i>Rp: S. Furosemidi 1 %</i> <i>DS: 1 мл 1 маҳал</i> <i>Rp: Hemodesi 200 vk</i> <i>DS: в.и томчилаб № 3</i> <i>Rp: Tab. Prednisoloni 0,005</i> <i>DS: 7<sup>00</sup> – 3 таб, 10<sup>00</sup> – 2 таб, 13<sup>00</sup> - 1 таб.</i> <i>Rp: Tab. Cinnarisini 25 мг</i> <i>DS: ½ таб 3 маҳал.</i> <i>Rp : S. Pyridoxini 5 %</i> <i>DS:1 мл м.о № 10</i> <i>Rp: S. Thiamini chloridi 2,5 %</i> <i>DS: 1 мл м.о № 10 кун ора.</i> <i>Rp: S.Natrii hydrocarbonatis 4 %</i> <i>DS: 20 мл в.и метаболлик ацидоза.</i> <i>Rp: Tab.Kalii orotatis 0.25</i> <i>DS: 1 таб. 2 маҳал 3-5 кун</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Жигар касалликларида нерв системасининг зарарланиши.

**Ёши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 19 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b><u>Полиневропатик синдром:</u></b> оёқ-қўллар дистал парези, атрофия, оғриқ, полиневритик типдаги сезгининг бузилиши, трофик-вегетатив бузилишлар.</p>	<p>1) <b><u>Умумий қон таҳлили.</u></b> N-Нв -120-130 г.л. 2) <b><u>Кон биохимик таҳлили</u></b></p>	<p>1) Нв – 80 г/л. 2) Трансаминазаларн и ошиши АЛТ (N 0,1-0,68 мкмоль.л), АСТ (N-0,1-0,5 мкмоль.л). Умумий билирубин (N 3,4-13,7 мкмоль.л). Тимол пробаси – ошган (N 1-6,5 Ед), ПТИ – пасайган (N 80-100 %), гипопротенемия (N 60-80 г.л)</p>	<p>1) Жигар УЗИси 2) Эхо-ЭГ 3) Кўз тубини текшириш</p>	<p>- жигар структураси ўлчамини ўзгариши. - калла ичи гипертензияси белгилари. - кўрув нерви дискининг димланиши.</p>	<p>Полиневритлар билан, <b><u>Гийена-Барре симптоми</u></b> – лаборатор маълумот (Нда, жигар томонидан патологиясиз якқол оғриқ синдроми, бульбар нервлари зарарланиш эштимали бор.</p>	<p><b><u>Гепатологда даволаниши.</u></b> <b><u>Пархез</u></b> – стол № 5. <b><u>Неврологик симптомлар аниқланса:</u></b> <i>Rp: S. Agarurini – 2,5 мл (50 мг)</i> <i>DS: физ. суяқликда в.и томчилаб № 3.</i> <i>Rp: S. Rheopolyglucini 10 %</i> <i>DS: 100 мл в.и томчилаб № 5</i> <i>Rp: S. Hemodesi 100 мл</i> <i>DS: в.и томчилаб № 2</i> <i>Rp: Tab. Dibazoli 0,02</i> <i>DS: ¼ таб 2 маҳал № 20</i> <i>полиневритларда.</i> <i>Rp: S. Суанособалатини 200</i> <i>DS: м.о ҳар куни № 10</i> <i>Rp: Tab. Acidi folici – 1 мг</i> <i>DS: 1 – 3 маҳал – 1 ой давомида.</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўк - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Юрак касалликларида нерв системасини зарарланиши.

Ёши: 4 ёш

Тана вазни: 18кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Туғма юрак нуқсонидан неврастеник синдром – бош оғриги, бош айланиш. Умумий холсизлик, уйқуни бузилиши билан кечеди. Ақлий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, хушдан кетиш, талваса синдромлари кузатилиши мумкин.	1) <u>Умумий қон таҳлили</u>  2) <u>Коагулограм ма</u>  3) <u>Ревмо-проба</u>	1)Анемия (Нв – 85 г.л), Э – 3,2 x 10 <sup>12</sup> .л, Рк – 0,8; 2)ПТИ – ошган(N 70-110 %), 3)СРБ + серомукоид – ошган (N 22-28 Ед)	1)ЭКГ  2)ФКГ  3)Юрак УЗИси  4)Кўкрак қафаси R-графияси.	1)ЭКГда – бўлмача ва қоринчаларнинг гипертрофияси ритм ва электр ўтказувчанликнинг бузилиши. 2)ФКГ – тетрада Фалло. 3)Юрак УЗИси да дефектнинг борлиги бўшлиқларнинг гипертрофияси ва катталашган. 4)Кўкрак қутиси R-да юрак ўлчамларининг катталашгани.	1) <b>Неврозлар билан</b> – ЭКГда юракнинг органик бузилиши йўқ; седатив терапия натижа беради. 2) <b>Эпилепсия билан</b> – ЭЭГда, - специфик «эпи белиги». Юрак томонидан ўзгаришлар йўқ. 3) <b>ДЦП билан</b> – ақлий ривожланишдан орқада қолиш якқол намоён бўлади, МНС томонидан (қўпол) органик ўзгаришлар, юрак томонидан ўзгаришлар кузатилмайди.	Даволаш кардиология бўлимида ўтказилади – хирургик (жарроҳлик йўли билан) даволаш. Қонсерватив даво – операцияга Қарши кўрсатма бўлганда, хирургик даволашдан олдин ёки кейин қўланади. Талвасаларда: <i>Rp: Phenobarbitali 0,1 – ¼ таб 2 маҳал - 8<sup>00</sup>, 20<sup>00</sup> да.</i> Кислород терапия – 20 <sup>0</sup> намланган кислород билан спирт 15-20 минут давомида. <i>Rp: Euphillini 2,4 % - 5 мл 5 % глюкоза эритмасида (100 мл) – в.и томчилаб -№ 5</i> <i>Rp: S. Pyracetami – 20 % - 5 мл – в.и томчилаб № 10</i> <i>Rp: S. Cocarboxylasi – 25 мг 2 мл эритувчида эритиб, м.и ҳар куни № 10</i> <i>Rp: S. Natrii adenosin-triphosphatis 1 % - 0,5 мл – м.о – ҳар куни - № 10</i>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гепатоцеребрал дистрофия (Вильсон-Қоновалов касаллиги)

Ёши: 13 ёш.

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1)Кўз корачига атрофияда Кайзер-Флейшер ҳалқаси (олтинроқ-яшил);</p> <p>2)Жигар етишмовчилик белгилари;</p> <p>3)Қалтироқ; гиперкинезлар; дизартрия; ригидлик.</p> <p>4)Ақлий фаолиятини пасайиши.</p>	<p>1)<b>Қон биохимик таҳлили:</b></p> <p>2)<b>Сийдик биохимик таҳлили:</b></p> <p>3)<b>Ахлат биохимик таҳлили:</b></p>	<p>1) а) церулоплазмин миқдори пасайган (№-20 мг.л ёки 1,3 ммоль.л) .</p> <p>б)"Боғланмаган" мис –ошган;</p> <p>в)боғланмаган билирубин ферментлар оксил ошган.</p> <p>2) миснинг суткада сийдикдаги экскрецияси ошган (80 мг.сут ортик).</p> <p>3)Ўт пигментлари, уробилин.</p>	<p>1) Бош мияни КТ ёки МРТ қилиш:</p> <p>2)Жигар УЗИси.</p>	<p>1)Мия ярми шарларидаги атрофик ўзгаришлар миячада, пўстлок ости структураларида, субарахноидал бўшлиқ ва қоринчалар системасининг кенгайиши. Зичлиги пасайган ўчоқлар (КТ)ёки лентиқўляр ядролар окшар, кўрув дунглиги соҳасидаги кучайган суратлар (МРТ). Дистрофик ўзгаришлар.</p> <p>2) Жигарда – дистрофик ўзгаришлар.</p>	<p>1)<b>Бош мия ўсмалари:</b></p> <p>А) Кайзера-Флейшер ҳалқаси йўқ.</p> <p>Б) Ликворда: оксил-хужайра диссоциацияси;</p> <p>В) КТ – ҳажмли ҳосила.</p> <p>2)<b>Гентинтон хореяси:</b></p> <p>А) 25 ёшдан кейин номоён бўлади.</p> <p>Б) Хореик гиперкинезлари</p> <p>В) Мушак тонуси пасайган.</p>	<p>I.<b>Патогенетик даво:</b> организмдан мисни чиқариш.</p> <p>1)<b>Диета:</b> мисс тутган овқатларни истемол қилмаслик; жигар; қўзқоринлар, шоколад, ёнғоқлар.</p> <p>2)<b>Медикаментлар:</b>  <i>Rp: Tab. D-penicillamini 0,25 g.</i>  <i>DS: Схема бўйича: 1 ҳафта 1 таб. 1 маҳал 1 кунда овқатдан 2 соат кейин.</i>  <i>2 ҳафта 1 таб кунига 2 маҳал; 3-4 ҳафта 1 таб. 3 маҳал;</i>  <i>5-7 ҳафта 1 таб 5 маҳал.</i>                      Кейин дам олади дорини умр бўйи ичади.  <i>Rp: Sol. Unitioli 5%</i>  <i>DS: 3 мл м.о 1 кунига 1 маҳал курсда 25 инъекция орасида танаффус 5-6 ой.</i></p> <p>II. <b>Симптоматик терапия:</b></p> <p>1)<b>Ноотрон препаратлари:</b>  <i>Rp: Sol. Cerebrolisini 1,0</i>  <i>DS: 3 мл м.и 1 кунига 1 маҳал 20 кун давомида.</i></p> <p>2)Гиперкинезларни камайтириш учун:  <i>Rp: Phenobarbitali 0,05</i>  <i>DS: 1 таб кунига 2 маҳал 1 ёшга 0,01 г.</i></p> <p>3) Жигар етишмовчилигида:  <i>Rp: Essenciale</i>  <i>DS: 1 капсуладан 2 маҳал 20 кун.</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ- 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Эндокрин тизими касалликларида асаб тизимининг зарарланиши.

**Ёши:** 8 ёш.

**Тана вазни:** 26 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Гипертиреоз: энцефалопатик синдром: тез чарчашлик, кўзгалувчанлик. Вегетатив трофик бузилишлар (тахикардия, ўзгарувчанлиги, депигментация, аллопеция, остеопороз.</p>	<p>1)<u>Умумий қон таҳлили.</u></p> <p>2)<u>Қонда ТТГ миқдорини аниқлаш.</u></p> <p>3)<u>Қалқонсимон безнинг радиоактив йода (<sup>131</sup>ютии) миқдорини аниқлаш.</u> (N 2 с – 9 %, 4 с – 12 %, 24 с – 21 %).</p> <p>4)<u>Оқсил боғланган йод миқдорини аниқлаш</u> (N 3,5-8 мкг. %).</p>	<p>1)ўзгаришсиз (меъёрда)</p> <p>2) гипертиреозда ошган</p> <p>3)гипертиреозда ошган</p> <p>4)гипертиреозда ошган</p>	<p>1)Қалқонсимон без УТТ-ши.</p> <p>2)ЭКГ</p>	<p>1)Қалқонсимон без катталашган, гиперэхоген фокал патологик ўчоқлар аниқланади.</p> <p>2)ЭКГда – ДТЗ да тахикардия, тахиаритмия, экстрасистолия.</p>	<p>1)<u>Неврозлар билан</u> – лаборатор ва инструментал текширишларда ўзгаришларнинг бўлмаслиги, седатив терапиянинг эффективлиги.</p>	<p><u>Эндокринологик бўлимда даволаш гипертиреозда:</u></p> <p>Rp: Tab. Mercozolili – 0,005 g</p> <p>DS: ½ таб 2 маҳал № 20</p> <p>Rp: Tab. Anaprilini 0,01 g</p> <p>DS: ¼ таб 2 маҳал 1 ой.</p> <p><u>Неврологик бўлимида симптоматик даво:</u></p> <p>Rp: Tab. Novo-passiti</p> <p>DS: ½ таб 3 маҳал 1 ой.</p> <p>Rp: S. Natrii adenosintri-phosphatis 1%</p> <p>DS: 0,5 мл м.и № 10</p> <p>Rp: S. Thiamini chloridi 2,5 %</p> <p>DS: 1 мл м.и № 10 кун ора.</p> <p>Rp: S. Pyridoxini 5 %</p> <p>DS: 1 мл м.о № 10 кун ора.</p> <p><u>Физиотерапия.</u></p> <p><u>ДФК, массаж.</u></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Қандли диабет касаллигида асаб тизимининг зарарланиши.

**Ёши:** 10 ёш.

**Тана вазни:** 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнезда:</b> - болалиқдан қандли диабет билан касалланган. Диабетик полиневропатия – қўл ва оёқларнинг дистал қисмларида сезги щаракат ва вегетатив трофик бузилишларнинг уйғунлашганлиги, ҳаракат координациясининг бузилиши.</p>	<p>1) <b>Умумий қон таҳлили.</b> Нв 120-140 г.л, L 4-9 х 10<sup>9</sup>.л.</p> <p>2) <b>Қонда глюкоза миқдорини аниқлаш</b> (N- 3,3-5,5 ммоль.л</p> <p>3) <b>Умумий сийдик таҳлили:</b> глюкоза йўқ суткалик диурез – 1000-1200 мл, кетон таначалар йўқ.</p>	<p>1) меъёр атрофида ёки биров лейкоцитоз 10х10<sup>9</sup>.л.</p> <p>2) 10,5 ммоль.л.</p> <p>3) Глюкозурия, полиурия 1500 мл.суткада ва ундан ортиқ, кетон таналар аниқланади.</p>	<p>1) Кўз тубини текшириш.</p> <p>2) ЭМГ</p>	<p>Тўр парда томирларининг ангиопатияси.</p> <p>Дистал мушакларда биоэлектрик активликнинг пасайиши.</p>	<p>1) Диабетик полиневропатияни бошқа этиологияли полиневритлар билан Анамнез: қандли диабет йўқлиги.</p>	<p>Даволаш эндокринологик бўлимда ўтказилади – инсулинотерапия парhez – стол № 9.</p> <p><u>Неврология бўлимида симптоматик даво:</u></p> <p>1) Rp: S. Agapurini – 2,5 мл (50 мг) DS: физ. эритмада – в.и томчилаб № 3</p> <p>2) Rp: S. Pyracetami – 20 % DS: 5 мл – в.и секин № 10</p> <p>3) Rp: Tab. Acidi lipoici – 0,025 DS: 1 таб 2 маҳал – 1 ой.</p> <p>4) Rp: S. Cyanocobalamini – 300 DS: м.о – № 10</p> <p>5) Rp: Pulv. Dibazoli 0.005 DS: 1 пор. 2 маҳал 30 кун</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Гентингтон хореяси

**Ёши:** 30 ёш

**Тана вазни:** 70 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Кенг кўламли, норитмик, диффуз хореик гиперкинезлар характерли. Юрганда гиперкинезлар ҳисобига ўйнананга ўшшаб юради, юзларини буриштиришади. Нутқ бузилади. Мушак тонуси пасаяди, психикаси бузилади. Қўзғалувчанлиги юқори, таъсирланув ноадекват, хотира сусайган. Наслга ўтиши аутосом –доминант.</p>	<p><b><u>Умумий қон, сийдик, ахлат таҳлили.</u></b></p>	<p>Ўзгаришсиз.</p>	<p>1. ЭЭГ</p> <p>2. Пневмо-энцефалография.</p> <p>3. Компьютер томографияси.</p> <p>4. Генеологик шажарани тузиш.</p>	<p>ЭЭГ – биоэлектрик активликнинг диффуз ўзгаришлари. ПЭГ: - қоринчаларнинг кенгайиши, таламуснинг босилиши. КТ – бош мия пўстлоғининг атрофияси, пўстлоғ ости ядроларининг оғир дегенератив ўзгаришлари. Шажара таҳлили аутосом-доминант типда ўтади.</p>	<p>1) <b>Хореик синдром билан</b> кечувчи бош мия ўсмалари. Умумия ва ўчоқли симптомлар. КТда – базал ганглияларда ўсмалар.</p> <p>2) <b>Пўстлоқ ости энцефалити:</b> Генеологик шажара дарахти тоза, касаллик прогрессирланмайди (ривожланиб кетмайди) ва психика бузилмайди.</p>	<p><b><u>Симптоматик даво:</u></b></p> <p>1)Rp: Tab. Triphthazini 0,005 - 1 таб. 2 маҳал давонинг эффеktivлигини сезгандан кейин дозани камайтириб бориш.</p> <p>2)Rp: Tab. Methyldopa 0,25 - 1 т x 3 маҳал 1 ой, секи наста камайтириш.</p> <p>3)Rp: Tab. Reserpini 0,0025 1 т x 3 маҳал аста секин дозани 2 ойда 15 мг/сукада қўпайтириш, аста-секин камайтириш.</p> <p>4)Tab. Sibazoni 0,005 1таб x 2 маҳал сут.2 ой давомида аста-секин камайтириш.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Нафас олиш аъзолари касалликларида асаб тизимининг зарарланиши.

**Ёши:** 3 ёш.

**Тана вазни:** 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Гипоксик энцефалопатия – бош оғриши, бош айланиши қўзғалувчанлик уйқунинг бузилиши, бефарқлик. Беталепсия – йўтал пайтида тутқаноқ хуружларининг бўлиши.</p>	<p>1) <b>умумий қон таҳлили.</b> Нв 120-140 г.л, Эр 4-5 x 10<sup>12</sup>.л, РК 0,9-1,0; L 4-9 x 10<sup>9</sup>.л, ЭЧТ 2-15 мм.ч. 2) <b>Балгамни текишириш:</b> (N –тиник, ҳидсиз).</p>	<p>1) Нв – 90 г/л, лейкоцитоз 15 x 10<sup>9</sup>л, ЭЧТ-25мм.с.  2) Шиллик йирингли характерда чириган ҳидли.</p>	<p>1) Кўкрак қафасининг R-графияси.  2) Бронхография  3) Спирометрия.</p>	<p>1) Томирлар расмининг кучайганлиги, ўпка илдиэларининг кенгайганлиги, нотекис контурли қорайиш, ўчоқларининг борлиги.  2) Бронхлар деформацияси, бронхо-эктаэлар.  3) Ўпканинг сигимларини аниқлаш (ЖЕЛ, ОО, ОЕЛ, ФОЕ).</p>	<p>1) <i>Невроэлар билан</i> – нафас аъзолари томонидан патологиянинг йўқлиги, седатив давонинг эффективлиги. 2) <b>Беталепсия,</b> <b>эпилепсия билан</b> – наслий мойиллик. ЭЭГда специфик «эпилептик» белгиларининг бўлиши. Полиморф тутқаноқ хуружлари.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b> <u>Пульмонология бўлимида даволаш:</u> <i>Rp: Benzylpenicillini natrii</i> <i>DS: 450 минг. 4 маҳал сут.м.о.</i> <i>Rp: Mannitoli</i> <i>DS: 20 г курук моддани 100 мл 5%ли глюкоэада эритиб – в.и томчилатиб № 2</i> <u>Неврология бўлимида даволаш.</u> <i>Rp: Pyracetami – 20 %</i> <i>DS: 5 мл в.и секин № 10</i> <i>Rp: Tab. Cinnarisini - 25 мг</i> <i>DS: ½ таб 3 маҳал – 1ой.</i> <i>Rp: S. Pyridoxini 5 %</i> <i>DS: 0,5 мл м.о № 10.</i> <i>Rp: S. Seduxeni 0,5 %</i> <i>DS: 0,5 мл (5 мг) м.о тутқаноқ хуружсида.</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Менингоэнцефаломиелополирадикулоневрит

Ёши: 6 ёш

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Ўткир боиланиши:</b> тана ҳарорати 38°C ва ундан шам баланд, бош оғриши, энса мушаклари ригидлиги, оёқ ва қўлларда оғриқлар ва фалажлар.</p> <p><b>Сезги бузилиши:</b> дистал қисмлари гипестезия, сийдик ва ацлат тутилиши, мимик мушаклар парези, нафас ва ютиниш бузилиши.</p>	<p>1) <b>Умумий қон таҳлили.</b> (N - Нв-120-130г.л); L – вр – 4-9 х 10<sup>9</sup> л, ЭЧТ-5-12 мм.ч</p> <p>2) <b>Орқа мия суюқлигини текшириши</b> (N - 3-5 хужайра, оксил (N -0,22-0,33 г.л).</p>	<p>1) Гемоглобин-ни пасайиши: 100 г/л, лейкоцитоз 15х10<sup>9</sup>/л, ЭЧТ-18 мм/с.</p> <p>2) Ликвор: плеоцитоз-20, оксилли қўпайиши-0,66-1,0 г/л.</p>	ЭМГ	Амплитудасини пасайиши, ёки биоэлектрик жимлик.	<p><b>Дифтерияли полиневропатия,</b> бош мия нервлари билан иннервацияланувчи мушакларни периферик фалажи, кўпроқ юмшоқ танглай фалажи; овқатланганда қалқиши. Суюқлик бурун бўшлиғига тушиши, овози манқаланган. Аккомадация фалажи, ғилайлик кузатилиши мумкин.</p> <p><b>Диабетик полиневропатия</b> – оёқ ва қўлларни дистал қисмларида сезги ва вегетатив-трофик бузилишини биргаликда кузатилиши, координация бузилиши.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b>  <i>Rp: Tab. Prednisaloni 0,005</i>  <i>DS: схема буйича; эрталаб 8<sup>00</sup> -1,5 таб, 11<sup>00</sup> - 1,5 таб, 14<sup>00</sup> - 1 таб., 10 кун, кейин секин-аста дозаси пасайтирилади.</i>  <i>Rp: Ampicillini natrii 0,5 - 0,5 гр</i>  <i>DS: 3 маҳал м.о 6<sup>00</sup>, 14<sup>00</sup>, 22<sup>00</sup>.</i>  <i>Rp: S. Proserini 0,05% 1,0</i>  <i>DS: м.о, 1маҳал № 10.</i>  <i>Rp: S. Lydasi 32 VE</i>  <i>DS: м.о № 10.</i>  <i>Rp: S. zurosemidi -1% 1,0</i>  <i>DS: м.о 1маҳал № 5, кун ора.</i>  <i>Rp: Tab. Asparcamі</i>  <i>DS: ½ таб 3 маҳал № 5.</i>  <i>Rp: Caps. Nootropili 0,4</i>  <i>DS: 1 қанс. 3 маҳал 1 ой.</i>  <i>Rp: Cyanocobalaminі 200 мкг</i>  <i>DS: 1,0 м.о, № 10.</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Вирусли сероз менингит

Ёши: 2 ёш.

Тана вазни: 14 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Ўткир бошланиши:</b> тана шарорати 38-39<sup>0</sup>С, калтираш, шолсизлик, мушакларда оғриқлар, иштахасини йўқолиши. Менингеал симптомлар, бош оғриши, кўнгил айнаши, кўп мартали қайт қилиш, гиперестезия, ёруғликдан кўркиш, баъзи холларда талваса</p>	<p>1)<b>Умумий қон таҳлили</b> (Le – 5-12 x 10<sup>9</sup>.л – N, N лимфоцитлар 26-60 % N, ЭЧТ 4-12 мм.ч) 2)<b>Ликворни текшириши</b> (цитоз – N 2-3 в 1 мкл, оқсил - N – 0,22-0,33 г.л, N канд – 2,78-3,89 ммоль.л)</p>	<p>1) Қонда – лейкоцитоз – 18 x 10<sup>9</sup>.л. ЭЧТ – ошиши 20 мм.с. 2) Ликворни текшириш: плеоцитоз 200-300 - 1 мкл, оқсилни 0,6-1,5 г.л, гача ошиши, кандни 0,8-0,1 г.л. гача ошиши.</p>	<p>1) Люмбал пункция – ликвор босими 150-200 мм.сув.уст. 2) Эхо-ЭГ: (М-Эхони силжиши йўқ, мия ичи босими ошмаган).</p>	<p>1) Люмбал пункция – ликворни босими ошган. 2) ЭхоЭГ – яққол намоён бўлган мия ичи гипертензияси 3) Кўз туби – кўз нерви дискини димланиши.</p>	<p>1)<b>Туберкулез менингит:</b> аста-секин бошланиши, анамнезда сил касаллиги, ликвор тиниқ, пленка ҳосил бўлиши.  2)<b>Менингококкли менингит.</b> Ўткир бошланиши, геморрагик тошмалар, ликвор лойка.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b> 1)Rp: Yntron A DS: 2 млн. МЕ дан т.о кун ора № 7. 2)Rp: Tab. Furosemiidi 0,04 DS: ¼ таб эрталаб– № 5 3)Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 DS: ¼ таб 3 маҳал – 5 кун. 4)Rp: Hemodesi 100,0 DS: в.и томчилаб кун ора № 3 5) Sol. Natrii chloridi 100,0 Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5 % DS: 2,0 в.и томчилаб, кун ора № 3. 6)Rp: Tab. Suprastini 0,25 DS: ¼ таб 3 маҳал – 1 ҳафта 7)Rp: Sol. Vit. B6 1 % - 1,0 мл DS: м.о № 10</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** ОИТС

**Ёши:** 10 ёш.

**Тана вазни:** 25 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Умумий беҳоллик, тер ажралишини кучайиши. Субфебрил ҳарорат, щамма лимфа тугунлари катталашини.</p> <p>Танани астеник тузилиши, бош оғриши, бош айланиши, қусиш, менингеал симптомлар (энса мушаклари ригидлиги, Брудзинский симптоми), генералашган тутканок хуружлари, бурун-лаб бурмаси унга теккислашган, чапга тил девиацияси чап томонлама гемипарез.</p>	<p>1)<b>Умумий қон таҳлили</b> (N – Le – 4-8,8 x 10<sup>9</sup>.л)</p> <p>2)<b>Қони иммунологик текшируви.</b> (N-Ig A-0,5-2,0 Ig C<sub>1</sub> - 5,0-14,0; Ig M – 0,5-2,5. Т-лимфоцитлар 50-70 % ёки 600-2500; В-лимфоцитлар – 6-2 % ёки 100-900.</p> <p>3)<b>Специфик вирусологик текширув.</b></p> <p>4)<b>Ликворни</b> ( N оксил 0,22-0,33 г.л, цитоз, 2-3 хужайра 1 мклда)</p>	<p>1)Умумий қон таҳлили – чапга силжиган лейкопения</p> <p>2)Иммунограмма: Ig A, Ig G, Ig M. ошиши. Т- ва В-лимфоцитлар.</p> <p>3)Вирусологик текширув – ОИТСга антиген ёки антителаларни аниқлаш.</p> <p>4)Ликворда оксил 1-2г.л, аралаш плеоцитоз.</p>	<p>1)Люмбал пункция (горизонтал ҳолатда босим Nда 150-200 мм. сув. уст.)</p>	<p>1)Люмбал пункция – ликвор босими ошган (250 мми.сув.уст)</p>	<p>1)<b>Туберкулез менингит.</b> Анамнезда: туберқўлез интоксикация, секин-аста бошланиши, ликвордаги ўзгаришлар пленкани ҳосил бўлиши.</p> <p>2)<b>Вирусли сероз менингит.</b> Ўткир бошланиши, умумий мия ва менингеал симптомлар, ликвор тиник, енгил ксантохромия.</p>	<p><b><u>Патогенетик ва симптоматик даво:</u></b></p> <p>1)Rp% Sol. Thymolini 0,01% - 0,5 мл DS: т.о уйқудан олдин № 14</p> <p>2)Rp: Tab. Ribomunili DS: 1 таб эрталаб схема бўйича 4 ой давомида ҳар ойни биринчи 4 кунда Rp: Caps Zidovudini 0,1 DS: 1 капс 6 маҳал (ҳар 4 соатда) – 1 ҳафта</p> <p>4)Rp: Yntron A DS: 10 млн. ME м.о 1 ҳафтада 3 марта № 6</p> <p>5)Rp: Pyracetami 20 % DS: 5,0 в.и № 10</p> <p>6)Rp: S. Solcoseryli 2,0 DS: м.о № 10</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ишемик инсулт.

Ёши: 9 ёш.

Тана вазни: 28 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бошланиши тўсатдан ревмокардит фониди, хуши йўқолмайди. Гемипарез, гемигипестезия, мотор афазия кузатилади.	<p>1)<u>Умумий қон таҳлили.</u></p> <p>2)<u>Умумий сийдик таҳлили.</u></p> <p>3)<u>Қоннинг биохимик таҳлили.</u></p> <p>4)<u>Коагулограмм а.</u></p> <p>5)<u>Ревмо-таъсири (пробаси).</u></p>	<p>1)Нв – 105 г.л; Эр – 4,1 x 10<sup>12</sup> .л; L – 6,2 x 10<sup>9</sup>.л; РК – 1,0; ЭЧТ – 14 мм.с.</p> <p>2)Микдори–60 мл; ранги – сариқ; РН – 5,0; зичлиги – 1018; оксил – abs, қанд – abs; цилиндр – бир гиалин.</p> <p>3)Умумий оксил 58 г.л, α – 22 г.л, Υ - 30 г.л. билирубин – 12,8; эгриси – 0,8; тугри. – 12,0. Қон ивиши Б 3<sup>45</sup>; Т 3<sup>55</sup>.</p> <p>Фибриногенни 5 г.л (N 2-4 г.л). Протромбин А ++; протромбин В +; ПТИ 98 %.</p> <p>Ревмо-таъсири (пробаси) ижобий.</p>	<p>РЭГ</p> <p>Кўз туби</p> <p>ЭКГ</p> <p>ФКГ</p>	<p>Гипотоник тўри веноз димланиши билан.</p> <p>Ангиопатия.</p> <p>Ритм бузилиши ва Гисс тутамини блокадаси.</p> <p>Митрал копқоғини етишмовчилиги.</p>	<p>1)<u>Геморрогик инсулт</u> – хушни йўқотиш билан менингеал белгилар билан</p> <p>2)<u>Церебрал қон томир кризи</u> – клиник белгиларни тез регрессии 24 соат.</p>	<p><u>Ревматизмга қариши даво.</u></p> <p><u>Дифферинлашмаган даво:</u></p> <p>ИВЛ, юрак гликозидлар 0,2 –0,5 - 1 маҳал.</p> <p>1)Rp: Lasixi 1 мл м.о эрталаб 3 кун.</p> <p>2)Rp: S. Cavintoni 2 мл 0,5 % Қ физ. эритмаси 200 – в.и томчилаб № 5 кун ора.</p> <p>3)Rp: Cerebrolisini 3,0 мл – в.и ёки м.о 10 кун.</p> <p>4)Rp: S. Galantamini 0,25 % - 1,0 мл п.к № 10;</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Туберкулёзли менингит

Ёши: 6 ёш.

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Секин-аста бошланади. Тааллуқли- умумий бешоллик, уйқучанлик, эътиборсиз, субфебрил тана ҳарорати, бош оғриқ, кўнгил айнаш, қайта қусиш. Уйқувчанглик, спор билан алмашади. Менингеал симптомлар. Филадельфия, вегетатив бузилишлар – гипергидроз, тахикардия.	1) <u>Умумий қон таҳлили.</u> (N Нв – 120 г.л, Эр – 4 x 10 <sup>12</sup> л; Le 12 x 10 <sup>9</sup> л; ЭЧТ – 4-12 мм.с). (N 2) <u>Ликворни текшириш</u> (N – рангсиз юпка парда кузатилмайди, 2-3 хужайра 1 мкл, оксил N – 0,22-0,33 г.л; N қанд 2,78-3,89 ммоль.л; хлорид 120-128 ммоль.л.	1) Қонда – Нв 90 г.л, лейкоцитоз – 18 x 10 <sup>9</sup> л. ЭЧТ – ошиши 20 мм.с. 2) Орқа мия суюқлиги (сарик рангда), фибрилл парда тўрсимон шаклида бўлади. Микобактериялар экилади, цитоз 100-500 хужайра 1 мкл; оксил –1-3 г.л, қанд ва хлоридлар миқдори пасайган.	1) <u>Люмбал пункция</u> (N 150-200 мм сув. уст.)	1) Люмбал пункциясида орқа мия суюқлигини босими ошган.	1) <u>Йирингли менингит.</u> Ўткир бошлани, юқори тана ҳарорати, геморрагик тошмалар, ликвор лойка. 2) <u>Вирусли сероз менингит.</u> Ўткир бошланиши юқори тана ҳарорати, катарал белгилар, ликвор – тиник, баъзан - ксантохромия. 3) <u>Менингизм.</u> Умумий ва менингеал белгилари, ликворда ўзгариш бўлмайди.	<u>Этиопатогенетик даво:</u> 1) Rp: Tab. Phthivazidi 0,3 DS: 1 таб 3 маҳал, 2 ой. 2) Rp: Sol. Natrii para-aminosalicylatis 3 % DS: 250 мл м.о томчилаб, кун ора. № 6 3) Rp: Streptomycini sulfatis 0,25 DS: 0,4 г м.о № 5. 4) Rp: Tab. Furosemidi 0,04 DS: ½ таб 1 маҳал эрталаб № 7 5) Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 DS: 1 таб 2 маҳал 7 кун. 6) Rp: Tab. Ketotifeni 0,001 DS: ½ таб 2 маҳал 10 кун. 7) Rp: Drag. «Duovitum» DS: 1 драже 3 маҳал 2 ой
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бош миянинг қон айланиши ўтиб кетувчи бузилиши (криз).

**Ёши:** 10 ёш.

**Тана вазни:** 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Бошланиши тўсатдан. <b>Анамнезда:</b> ревматизм. Ревматолог назоратида туради. Кучли бош оғриқ, баъзан қусиш билан. Ўнг оёқ қўлларда шолсизлик ва ҳаракат чегараланган. Гемипарез ва гипесэстезия. Патологик рефлекслар кузатилади. Белгиларни давомлиги – бир неча минутдан – то 1 суткагача.</p>	<p><b>Биохимик қон таҳлили.</b></p> <p><b>Ревмо</b> – Нда манфий</p>	<p>Умумий оқсил миқдори ошган.</p> <p>Сиал, тимол, йод таъсирлари ижобий, ДФА ва СРО ошган.</p>	<p>Юрак аускультацияси.</p> <p>ЭКГ</p> <p>РЭГ</p> <p>Кўз туби.</p> <p>ФКГ</p>	<p>Систолик шовқин боткин нуктасида.</p> <p>Чап қоринчани гипертрофияси</p> <p>Вена кичик қон томирларида қон димланиш.</p> <p>Тур парда томирларини ангиопатияси.</p> <p>Митрал қопқокнинг торайиши.</p>	<p>1)<b>Ишемик инсульт билан:</b> тургун ўчоқли невралогия белгилари.</p> <p>2)<b>Геморрагик инсульт билан</b> – ҳуши бузилиши, сопор, кома. Менингеал белгилар, ликворда – қон.</p>	<p><b>Ётоқ таркиби ревматизмга қарши даво:</b></p> <p>Rp: Lasixi DS: 0,5 мл м.о 1 маҳал.</p> <p>Rp: Cerebrolisini DS: 2,0 мл в.и № 10</p> <p>Rp: Solcoseryl DS: 2,0 в.и № 10.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

Ташҳис: Бош мия чурралари.

Ёши: 3 ёш.

Тана вазни: 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Тепа – энса соҳасида тушум катталиқдаги ўсмасимон ҳосила, юмшоқ</p> <p>Қонсистенцияли, ҳаракатчан, кизғиш-қўқимтир рангли ва гиперпигментлашган, тери билан қопланган</p> <p>Неврологик симптоматика: ғилайлик, спастик фалаж, талвасалар, атаксия. Нутқий ва руҳий ривожланишдан орқада қолиш.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили.</b></p> <p><b>Коагулограмм а</b></p>	<p>Нв – 100 г.л, Эр – <math>4,2 \times 10^{12}</math>.л, L – <math>7,8 \times 10^9</math>.л; Ht – 0,9. ЭЧТ – 6 мм.с.</p> <p>Коагулограмма: протромбин А ++; протромбин В +; фибриноген 4 г.л (N 2-4 г.л); ПТИ – 98 %; қон ювиш вақти: Б <math>4^{16}</math>; Т <math>4^{30}</math>.</p>	<p>Калла суяк R-графияси</p> <p>КТ</p>	<p>- калла суягида дефектлар.</p> <p>- қоринчалар асимметрияси.</p>	<p><b>Кефалогематома:</b> тепа суяги соҳасида пайпасланганда шаракатсиз ва оғриқсиз.</p>	<p>Бош мия чурралари оператив даволанади. Калла трепанациясидан кейин чурра халтаси бўшатилади. Халта олиб ташланади, пластика қилинади.</p> <p>Операциядан кейинги <u>Консерватив даво:</u> Rp: Cerebrolisini 1,0 мл м.о - № 10 Rp: Galantamini hydrochloridi 0,5 мл м.о - № 10</p> <p>Жароҳатни тозалаш ва асептик боғлам қўйиш.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Орқа мия чурралари.

Ёши: 2 ёш.

Тана вазни: 14 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Умуртка поғонаси бел думғаза соҳасида ўсмасимон ҳосила, устидаги тери пигментлашган, гипертрихоз, оёқларда периферик парпарез, пастки параанестезия, сийдик ва ахлатни ушлай олмаслик.	<p>1) <u>Умумий қон таҳлили:</u></p> <p>2) <u>Умумий сийдик таҳлили:</u></p> <p>3) <u>Қони биохимиявий таҳлили:</u></p>	<p>Hb – 120 г.л; Эр – <math>3,9 \times 10^{12}</math> .л; Ht – 1,0; L – <math>6,9 \times 10^9</math> .л; ЭЧТ 12 мм.с.</p> <p>Микдори: 100 мл; ранги: сарик; зичлиги: 1008; Эр 0-1 в 1 п.з; курув майдонида 0-1. Эп 4-5 в 1 п.з.қўрув майдонида 4-5. АлАТ 0,36; АсАТ 0,48. Умумий билирубин – 18,4; билвосита. – 0,4; бевосита. – 18,0</p>	<p>1) ЭЭГ</p> <p>2) R-графия</p> <p>3) УЗИ</p> <p>4) КТ</p>	<p>1) Δ ва θ ритмлар, кузатилмокда, (ўзгаришсиз).</p> <p>2) Тасвирда IV-V бел ва I-II думғаза умуртқалари сатҳида ўсмасимон ҳосила.</p> <p>3) Ўсмасимон ҳосила гиперэхоген, четлари аниқ.</p> <p>4) Томограммада сагиттал кесимда зич қонсистенциали 7х6х7 м. ўлчамли ҳосила аниқланди. IV-V бел умуртқалари сатҳида жойлашган.</p>	<p><b>Окклюзион гидроцефалия:</b> мияча ва мия устунни бузилишлари билан</p>	<p>1) <u>Оператив</u> – умуртка қирралари бўйлаб орқа бўйлама кесим орқали чурра халтаси очилади, пластика қилинади.</p> <p>2) Операциядан кейин бузилган сезувчанликни, парезни бартараф этиш ҳамда жароҳатни тез битишига қаратилган. <i>Rp: Cerebrolisini</i> <i>DS: 1,0 мл м.о - № 10</i> <i>Rp: Galantamini hydrochloridi 0,25 %</i> <i>DS: 0,5 мл – м.о - № 10</i> <i>Rp: Lydasi 32 т/о - № 10 – кун ора.</i> <i>В гуруҳ витаминлар: (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>) по 0,5 т.о кун ора.</i> <i>В<sub>12</sub> 200 γс м.о № 10.</i> <i>Rp: S. Natrii adenosin triphosphatis (АТФ) 0,5</i> <i>DS: м.о № 10</i> Массаж, даволовчи гимнастика.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Тирсак нервнинг неврити.

Ёши: 8 ёш.

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
IV ва V бармоқлар соҳасида увишиш ва парестезия пайдо бўлади. Бармоқларнинг келтирувчи ва узоклаштирувчи мушакларида мушак кучи пасаяди. Кафт "қуш панжасини" эслатади. Бармоқларнинг асосий фалангалари букилган, IV бармоқнинг ярмиси ва V бармоқ кафт тарафдан ҳамда V, IV ва III бармоқнинг ярмиси кафт усти соҳасида гипестезия ёки анестезия. Кафтнинг майда мушакларининг суяклараро, чувалчангсимон, чимжилоқнинг дунглиги ва 1-чи бармоқнинг атрофияси аниқланади.	1) <u>Умумий қон таҳлили</u> (N лейкоцитлар 6-9 x 10 <sup>9</sup> л, ЭЧТ - 2-12 мм.с.	1) Қонда – лейкоцитоз – 18 x 10 <sup>9</sup> л. ЭЧТ – ошиши 20 мм.с.	ЭМГ – кафт ва жимжилоқнинг майда мушаклари.	Биоэлектрик активликнинг пасайиши.	<b>Билак нервнинг неврити клиникаси:</b> қўлини узатганда кафти осилган, билак ва кафтни ёзаолмаслик, билакни супинация қилаолмаслик. TR, SR - пасайган I, II ва қисман III бармоқларнинг анестезияси. <b>Ўрта нерви неврити:</b> бармоқларда оғриқ билакнинг ички юзасида оғриқ, пронациянинг йўклиги I, II, III бармоқларни бўкаолмайди ва ўрта фалангаларни ёзаолмайди. "маймун панжаси".	<b>Этиопатогенетик даво:</b> Rp: Tab. Ibuprofeni 0,5- 1.2 т 3 маҳал, 10 кун. Rp: S. Furosemidi -1% 1,0 м.о 1 кунда 1 маҳал № 5, кун ора. Rp: Tab. Suprastini 0,25 - 1/3 т 3 маҳал, 1 җафма. Rp: Tab. Kalii orotatis 0,5 – ½ т 3 маҳал. Rp: S. Proserini 0,05 % - 0,5 м.о. <b>ФТ:</b> электрофорез прозерин билан №10. <u>ИРТ, массаж.</u>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бош мия қон айланиши сурункали бузилиш.

**Ёши:** 60 ёш.

**Тана вазни:** 70 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Бош оғриғи, бош айланиши, кулоқ шангилланиш, хотирани пасайиши, кўпроқ оби-ҳаво ўзгарганда кучаяди, дам олгандан сўнг ўтиб кетади.</p> <p>Невростатусда – бурун, лаб бурмаси бир томонлама текислашган. Ромберг толатида энгил чайкалади, пай рефлексларини анизорефлексия.</p>	<p><b><u>Қон таҳлили.</u></b></p> <p><b><u>Коагулограмм а</u></b></p> <p><b><u>Қон биохимик таҳлили.</u></b></p>	<p>Тромбоцитлар миқдори ва ПТИ ошган.</p> <p>Холестерин ва липопроteid миқдори ошган.</p> <p>Плазма фибриноген 5 г.л (N 2-4 г.л); протромбин А +++; протромбин В ++; ПТИ – 86 %. Қон ивишини муддати Б 3<sup>15</sup>, Т 3<sup>30</sup>.</p> <p>2) Умумий оксил 60 г.л, АлАТ – 0,45; АсАТ – 0,48. Холестерин 22,4 ммоль.л; липопроteidлар – 36 ммоль.л. Азот колдиги - 42,4; креатинин 98,6; мочевина 5,8 ммоль.</p>	<p>1) ЭКГ</p> <p>2) РЭГ</p> <p>3) Кўз тубини текшириш.</p>	<p>1) Миокарда дистрофик ўзгариш, баъзан ритми бузилиши.</p> <p>2) Артериал кон томирларини торайиши, веноз оқимини бузилиши.</p> <p>3) Артерия кон томирлар торайган, вена томирлари кенгайган</p>	<p><b>ВСД</b> – кўпроқ ёшларда учрайди, АБ, пульс ўзгарувчан. Дермографизм, орто-клино-статик таъсирлари (пробалари) – ўзгарган.</p>	<p><b><u>Этиопатогенетик даво:</u></b></p> <p><i>Rp: S. Acidi nicitini 1 % схема бўйича.</i></p> <p><i>Rp: Tab. Miscleroni</i></p> <p><i>DS: 1 т 3 маҳал 1 ой.</i></p> <p><i>Rp: Sol. Pyracetami 20 % 10,0</i></p> <p><i>DS: в.и 20 кун.</i></p> <p><i>Rp: Tab. Aspirini 0,05</i></p> <p><i>DS: 1 т 1 маҳал кечкурун 20 кун.</i></p> <p><i>Rp: Tab. Metionini</i></p> <p><i>DS: 1 таб 3 маҳал 1 ой.</i></p> <p><i>Поливитаминлар 1 драже 3 маҳал 1 ой.</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўк - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: ПЭП гипертензион синдром билан

Ёши: 7 ой.

Тана вазни: 5 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Инжик, йиғлоки, уйқуси бузилган, мушак тонуси диффуз пасайган, туғма шартсиз рефлекслари пасайган, PR ошган Бошини орқага ташлайди, катта лиқилдоқ тарогланган.	1) <u>Умумий қон таҳлили.</u> (N Нв – 120-130г.л)	1) Ўзгаришсиз.	1)ЭЭГ  2) ЭхоЭГ  3)Нейросонография.	1)ЭЭГ – бош мия – умуммия ўзгаришлари.  2)ЭхоЭГ – калла ичи гипертензияси аниқланди.  3)Нейросонография коринчалар дилатацияси.	1) <b>Вердниг – Гофман спинал амиотрофияси:</b> бемор «қурбақа» холатида (оёқлари ёзилган ва ташқарига ротация қилинган, кўллари щам ёзилган, елкалари бир оз кўтарилган), бола мотор ривожланишда орқада колмоқда, мушаклар атрофияга учраган, пай рефлекслари – abs; касаллик тез прогрессивланади. 2) <b>Тузруқ травма асорати:</b> калла ичига қон қуйилиши, мушак тонуси пасайган шартсиз рефлекслар – abs; катта лиқилдоқ бўртган, бош катталашган, генералашган тоникоклоник талвасалар.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> 1)Rp: Tab. Diacarbi 0,25 DS: ¼ т x 1 маҳал эрталаб, кун ора №5. 2)Rp: Tab. Asparcami 0,5 DS: ¼ т x 2 маҳал диакарб қабул қилинган кун. 3)Rp: Tab. Acidi glutaminici 0,5 DS: 1-3 таб x 2 маҳал №14. Rp: Sol. Pyracetami 20%, DS: 2,0 м.о ҳар куну №10.
100 % -2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ -0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бош мия ўсмаси

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1) <u>Умумий бош мия симптомлари:</u> эрталаб бош оғриги кучиш, овқатга боқлик эмас. Бош айланиши, психик бузилиш, кўп эснаш, зўриқиш, эпилептик тутқанок брадикардия.</p> <p>2) <u>Неврологик ўчоқ симптомлари:</u> ўсма жойлашган жойига боғлик.</p> <p>3) <u>Дислокацион симптомлар.</u></p>	<p>1) <u>Орка миани пункцияси.</u></p>	<p>1) Ликворда оксил – хужайралар диссоциацияси, ликвор босими ошган.</p>	<p>1) Кўз туби</p> <p>2) R-графия</p> <p>3) ЭхоЭГ</p> <p>4) ЭЭГ</p> <p>5) КТ.</p>	<p>1) Кўз туби: кўрув нерви диски димланиш, артерия торайиши, вена кенгайиши.</p> <p>2) R-графия: қон томир расмларини кучайиши, бармоқ изи симптоми.</p> <p>3) ЭхоЭГ – М-Эхо силжиши.</p> <p>4) ЭЭГ патологик секин туғриқлар.</p> <p>5) КТ бош мия: бош мия моддасида ҳажми процесс.</p>	<p>1) <u>Церебрал арохноидит</u> – умум бош мия белгилари ва ўчоғли белгилар жуда суст, касаллик белгилари кучаймайди.</p> <p>Бош мия абсцесси – организмда инфекциян ўчоғ мавжуд, қонда яллиғланиш белгилари, тана ҳарорати субфебрил.</p> <p>2) <u>Менинго-энцефалит</u> – умум бош мия ва ўчоқли белгилар кучаймайди. КТда ўсма топилмайди.</p>	<p><u>Радикал ёки паллиатив операция қилинади.</u></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: ДЦП – Болалар церебрал фаложии. (спастика-диплегик шакли)

Ёши: 6 ёш

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Акушерлик анамнезида:</b> давомлик тўғиш, кўл усулларини кўллаш, вакуум экстрактумни ишлатиш, кискичдан фойдаланиш.</p> <p><b>Неврологик статусда:</b> спастик тетрапарез, мушаклар тонуси айниқса оёқларда ошган, тетрагипер-рефлексия, патологик рефлексларнинг (Бабинский, Россолимо, клонуслар)нинг чакирилиши. Тутқанок хуружи ҳам бўлиши мумкин, аклий ва нутқий ривожланиши паст, орқада</p>	<p><u>Қоннинг умумий таҳлили</u> (Нв –130 г/л) ҒИ – 1,0;</p>	<p>Нв пасайиши – 100 г/л, ҒИ – 0,7</p>	<p>1) ЭЭГ ритмининг тўғри таксим-ланиши 2) ЭМГ – Юсевич бўйича I тип. 3)КТ – мияда ўчоқлик белгиларга оид ўзгаришлар йўқ. 4) Врач травматолог кўруви ва маслаҳати.</p>	<p>1)ЭЭГ – тутқанокқа мойиллик белгиларнинг содир бўлиши. 2)ЭМГ – мушакларни спастик ҳолатини белгиловчи ўзгаришлар. 3) КТ- бош мия пўстлоғининг атрофиясига оид ўзгаришлар. 4) Тизза ва болдир панжа бўғимларида Контрактуралар.</p>	<p>1)<b>Миелит:</b> касалликни инфекциядан кейин содир бўлиши ва спастик тетрапарез, тетраанестезия ва тетраатаксия билан кечиши. 2) <b>Штрюмпельнинг оилавий спастик парализацияси:</b> оила аъзоларида мазкур касалликни учраши ва ривожланиб бориши билан кечувчи ҳолат.</p>	<p><u>Симптоматик даво:</u> 1) Rp:Lydase 64 ЕД D.t.d № 10 in amp. S. 0,5 % 2 мл новакаинда эритиш ва 32 Ед дан мушак ичига ёки тери остига юбориш. №10. 2) Rp: Sol. Суанособаламини 1,0. D.t.d № 10 in amp. S. 1 мл мушак ичига №10. 3) Rp:Sol. Cerebrolysini 1,0. D.t.d № 10 in amp. S. 1,0 мл мушак ичига №10. 4)Rp: Pulv. Dibasoli 0,002 №40. D.S. ҳар кунига 1 порошокдан 2 марта 20 кун 5) Rp: Tab.Phenobarbitali 0,05; D.t.d № 60 S. ½ таблеткадан 2 марта ( per os давомлик) 6)Rp: Solcoseryl 2,0. D.t.d № 10 in amp. S. 2 мл мушак ичига №10. 7) Rp: Tab. Midocalmi 0,5. D.S. ½ таблеткадан кунига 2 марта 1 ой. 8)ЛФК, Массаж.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: ПМД – Эрба-Ротнинг ювенил шакли

Ёши: 11 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Ирсий касаллик бўлиб, унинг наслга ўтиши аутосом-рецессив тур бўлади. Касаллик 6-8 ёшдан бошланиб, секин ривожланади. Оёқ ва қўлларнинг проксимал қисмларидаги мушакларда атрофия пайдо бўлади, «ўрдаксимон» юриш, «қанотсимон» кўрақлар, «бўшашган елка» симптоми ва «ари бели» симптомлари намоён бўлади. Пай ва периостал рефлекслар пасайган. Бемор ётган ҳолатдан тураётганда қийналади ва яқин буюмларга, тиззасига таяниб турабошлайди. (нарвонсимон туриш)	1) <b>Қоннинг умумий таҳлили</b> (N – Нв – 110-130 г/л. 2) <b>Қонда ферментларни текшириши:</b> АЛТ (N – 0,1-0,45 ммоль/л), АСТ (N – 0,1-0,68 ммоль/л), КФК (N – 24-170 Ед/л), ЩФ (N – 0,5-2,0 мккат.л), Альдолаза (N – 0,2 – 1,2 ммоль/л. 3) <b>Сийдикни умумий таҳлили.</b>	1)Қоннинг умумий таҳлили – Нв пасайиши – 90 г/л,  2)Қонда АЛТ, АСТ, КФК, ЩФ, Креатинин ва Альдолазани ошиб кетиши.  3)Пешоб таҳлилида – аминок-ацидурия, (креатинин-урия)	1)ЭМГ- Юсевич бўйича I-тип.  2)ЭКГ- Синуслик ритм патология йўқ.	1)ЭМГ II тип – мушакларни биоэлектрик активлигини пасайиши. 2)ЭКГ – миокардда дистрофик ўзгаришлар.	1) <b>ПМД</b> – Дюшен шаклида касаллик рецессив турда х- хромосома билан боғланган занжирланган ҳолатда беморга ўтади. Уғил-болалар касалланади, касаллик 3 ёшгачан бошланиб, тез ривожланади, икрасимон мушакларда псевдогипертрофия ривожланган бўлади. 2) <b>Кугельберг-Велландер спинал амиотрофияси</b> – ўтиш йўли – аутосом-рецессив, 8-10 ёшдан бошланади, мушакларда фасцикуляр тортишувлар кузатилади ва беморда рухий, жисмоний қолоқлик белгилари мавжуд бўлади. ЭМГда II тоифага оид ўзгаришлар кузатилади.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> 1)Шаргородский бўйича глюкозо-инсулинли даво, схема бўйича: <i>Rp: Sol. Glucosae</i> <i>DS: per os ёки в.и 20 % - 20 гр, кейин Insulini схема бўйича 4 Ед т.о – 4 кун, кейин 8 Ед – 4 кун, 12 Ед – 4 кун, шу схема бўйича камайтирилади.</i> 2) <i>Rp: Essenceale</i> <i>DS: 2,5 ml в.и 2,5 мл аутоқон билан, № 10</i> 3) <i>Rp: Sol. Tocopheroliacetatis – 5 %</i> <i>DS: 20,0 ml – 3 томчидан кунига 1 марта - 1 ой.</i> 4) <i>Rp: Sol. Adenosintriphosphatis – 1 %</i> <i>DS: 0,7 ml м.о; № 20-30</i> 5) <i>Rp: Tab. Metionini 0,25г 1 т кунига 3 марта , 1 ой.</i> 6) <i>Sol. Retabolili 5 %</i> <i>DS: 1,0 – м.о ҳафтасига 1 марта. 1 ой.</i> 7)ЛФК, эрта босқичларда енгил массаж, прозерин билан электрофорез
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кичик хорей

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнезид:</b> сурункали тонзиллит, тез-тез ангиналарни бўлиши, ревматизм ва беморни диспансер назоратида туриши. <b>Неврологик статусда</b> 1)Хореик гиперкинезлар 2)Мушак гипотонияси 3)Руҳий лабиллик 4)Куйидаги симптомларни ижобий бўлиши: а)Гордонни патологик тоник феномени б)«бўшашган елка» в)«кўз ва тил» симптомлари.</p>	<p>1)<b>Коннинг умумий таҳлили.</b> (N L – 9 x 10<sup>9</sup>/л, ЭЧТ 2-12 мм/с. 2)<b>Яллиг-ланиш синамалари</b> – N - манфий</p>	<p>1)Лейкоцитоз: 15 x 10<sup>9</sup>/л, ЭЧТ ошиши: 20 мм/с, эозинофилия 10 %. 2)СРБ: ижобий, АСЛО, АСТ, ДФА, сиал ва тимол синамалари ижобий. Бу ўзгаришлар рематизм жараёни билан боғлиқ бўлиб, β гемолитик стрептококкни тасири сабабчи.</p>	<p>1)ЭКГ (нормада) – ўзгаришсиз. 2) Отоларинголог кўрувида ўзгаришлар топилмайди. (нормада). 3) ЭМГ ўзгаришсиз</p>	<p>Тахикардия, Гисс тутамини блокадаси, миокардда дистрофик ўзгаришлар. Юрак ревмокардити ҳисобига кузатилади. 2) Сурункалик тонзиллит ёки анамнезида тонзилэктомия қилинган. 3) ЭМГ – Юсевич бўйича III тип кузатилади</p>	<p>1)<b>Стриар системанинг ўсмалари:</b> умумий мия симптомлари билан биргаликда ўчоқлик симптомлар учрайди ва касаллик тезда ривожланиб боради. КТ натижалари мазкур ҳолатни тасдиқлайди. 2)<b>Гентингтон хорейси:</b> оила аъзоларида мазкур касалликни учраши ва уни кескин ривожланиб бориши, полиморф гиперкенецларни бўлиши ва руҳий ҳолатнинг бузилиши (деменция) га оид ўзгаришлар 20-40 ёшдаги беморларда бўлиши. 3)<b>Гепатолентиқўляр дистрофия:</b> наслий мойиллик, жигар патологиясига оид ўзгаришлар, мушаклар регидлиги, гиперкинезлар, калтирашлар. Қон зардобиди цсрулоплазминнинг ошиб кетиши (N 1,65-2,3 мкмоль.л), пешобда миснинг кўпайиши.(N 0,58-1,75 мкмоль.л сутка). Касаллик ривожланиб боради.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b> I) <u>Ётоқ режими.</u> II) <u>Медикаментоз даво:</u> <u>Антибиотиклар:</u> 1)Rp: Benzylpenicillinum-natrii 500 Ед, DS: 100 минг Ед.кг; СД: 100 минг. Ед x 30 кг x 3 млн. Ед; 3р.д 1 млн. - дан Ед м.о ҳар 8 соатда. 2)Rp: Tab. Phenobarbitali 0,1 DS: 1/2 таб. кунига 2 марта, № 10. Кейин доза аста-секин камайтирилади. 3)Rp: Tab. Acidum acetyl-salicylici 0,25 DS: 1 таб. кунига 3 марта, №10 4)Rp: Tab. Suprastini 0,025 DS: ½ таб. кунига 2 марта, № 10 5)Rp: Tab. Ascorutini 0,25 DS: 1 таб. кунига 2 марта, № 10 6)Rp: Tab. Pyracetami 0,2 DS: ½ таб. кунига 3 марта, № 30. 7) <u>Электросон.</u></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташхис (синдром):** Юз нерви неврити (инфекцион-аллергик этиологияли)

**Ёши:** 10 ёш

**Тана вазни:** 30 кг

Клиника	Ташхисот				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1) <b><u>Касалликни тўсатдан боиланиши:</u></b> юз асимметрияси, кўз тиркишининг кенгаши, бурун-лаб бурмасининг текисланиши, имо-ишора синовларида ўнг томонда кўзни юма олмаслик, логафтальм ва Белла симптомлари ижобий. Қошини кўтара олмайди, иржайтириб кўрилганда «ракетка» симптомининг пайдо бўлиши. Тилнинг олдин 2/3 қисмида таъм билишнинг пасайиши (гипогезия) ва эшитишнинг баландлашуви. (гиперакузия) кузатилади.</p>	<p><b><u>Қоннинг умумий таҳлили</u></b> (Нв-120 г.л ЦП-1 Лейкоцитлар 6-9x 10<sup>9</sup>/л.</p>	<p>Лейкоцитоз: 10-12 x 10<sup>9</sup>/л; ЭЧТнинг ошиб кетиши – 20-25 мм.ч.</p>	<p>ЭМГ – Юсевич бўйича I тип.</p>	<p>Юз нерви бўйича ўтказувчанглик пасайиши ёки биоэлектрик сокинлик.</p>	<p>1)<b><u>Полиомиелит, понтин шакли:</u></b> анамнез – профилактик эмлашларни олмаган. Кўпинча 3 ёшгача бўлган болалар касалланади.</p> <p>2)<b><u>Фибрилляр ва фасцикуляр тортишувлар</u></b> бўлади, вирусологик текширишларда ўзгаришлар топилади.</p> <p>3)<b><u>ЭМГда</u></b> юз мушакларида биоэлектрик фаолликни пасайиши ва Юсевич бўйича II тонфа биотоклари пайдо бўлади.</p> <p>4)<b><u>Кўприк</u></b> – мяяча арохноидити: юз мушаклардаги параличлар эшитишнинг бузилиши, системалик бош айланиш ва нистагм билан кечади.</p> <p>5) <b><u>Мия устуни энцефалити:</u></b> беморда Милляр-Гублернинг альтернирлашган симптоми кузатилади.</p>	<p><b><u>Этиопатогенетик даво:</u></b> <b><u>I. Касалликнинг ўтқир даврида:</u></b> 1) Rp: Benzylpenicillinum-natrii 1000000; в/м 1000000. Ед/кг; Ед; РД: 1млн. Ед.; кунига 3 марта ҳар 8 соатда, № 10 2)Rp: Tab. Ibuprofeni 0,5 DS: ½ таб кунига 3 марта, № 10-12 3)Rp: Tab. Suprastini 0,025 DS: 1 таб. 1 марта кечаси № 10 4)Rp: Tab. Diacarbi 0,25 DS: 1 таб кунига 1 марта эрталаб № 3 5)<b><u>УВЧ № 7</u></b> <b><u>II. Ўтқир ости даври:</u></b> касалликнинг 7-10 куни 1)Rp: Pulv. Dibazoli 0,002 DS: 1 та порошок кунига 2 марта №10. Rp: Pulv. Dibasoli 0,02. D.t.d. № 10. S: 0,005 2 марта. 2)Rp: Tiamini bromidi 5 % DS: 1,0 мл м/о кунига 1 марта № 10 3)Rp: Tab. Pyracetami 0,2 DS: 1 таб кунига 3 марта № 20. 4)Rp: Tst/ Aloae DS: 1,0 м/о кунига 1 марта № 10 5) <b><u>Массаж, ЛФК.</u></b></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Полиомиелит, тикланиш даври

Ёши: 3 ёш

Тана вазни: 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Анамнез:</b> ПМЕ олмаган, бемор билан Контактда бўлган. Касалликни ўткир даврида умумий инфекцион симптомлар фониди кўл ёки оёқларнинг проксимал қисмида асимметрик холда, периферик парез, ёки паралич содир бўлади. Сизги ўзгаришлари бўлмайди. Пай рефлекслари пасаяди ёки чакирилмайди. Мушак гипотинияси ёки проксимал гурухларда атрофия</p>	<p>1) <b>Қоннинг умумий таҳлили</b> (N Нв – 110-130 г/л, L – 9 x 10<sup>9</sup>/л, ЭЧТ 2-12 мм/с.</p> <p>2) <b>Иммунфермент таҳлили</b></p>	<p>1) Ўзгаришлар сиз.</p> <p>2) Полиелит вирусиди АТнинг ажратиби олиш.</p>	<p>ЭМГ - N Юсевичнинг I типиди кузатилади. 1 минутда 50-100 тебраниш).</p>	<p>Юсевич буйича 2 тип - олдинги шох типиди – «частокол ритмиди». Электр активлигиди камайдиди (минутигиди 50 гача тебраниш кузатилади).</p>	<p>1) <b>Елка плекситиди</b> асоратли туғруқдан кўл фалажиди билан туғилган.</p> <p>2) <b>ПМД</b> – касаллик аста-секин кучаядиди, клиник симптомлар симметрик. ЭМГ кўрсаткичлариди «биоэлектрик жимлик».</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b> Ўткир даври: инфекцион касалхонада. Тикланиш даврида – неврология бўлимида.</p> <p>1)Rp: <i>Lydasae</i> 32 Ед DS: 1 мл физэритмада эритилиб, т.о № 10, 0,5 мл дан.</p> <p>2)Rp: <i>Sol. Proserini</i> 0,05 % DS: 0,5 ml, т.о №10.</p> <p>3)Rp: <i>Sol. Cerebrolisini</i> 1,0 ml DS: м.о ҳар куниди, № 10</p> <p>4) <b>Электрофорез ўтказиши.</b> (никотин кислотасиди билан) №10.</p> <p>5) <b>Массаж, ЛФК</b> № 10, зарарланган кўл ёки оёққа.</p> <p>6) <b>Поливитаминлар.</b></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Қизамиқдан кейинги иккиламчи менингоэнцефалит (гириппдан кейинги ва, эмлашдан кейинги менингоэнцефалитлар)

**Ёши: 3 ёш**

**Тана вазни: 16 кг**

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Касаллик белгилари грипп, кизамиқ ва эмлашнинг 3-5 кунлари ўткир холда содир бўлади. Тана ҳарорати кўтарилди, умумий мия симптомлари, тутқаноқ хуружи, менингиал симптомлар ва ўчоқлик неврологик симптомлар пайдо бўлади.</p>	<p>1) <b>Қоннинг умумий таҳлили</b> (N L – <math>9 \times 10^9</math>/л, ЭЧТ 2-12 мм/с.</p> <p>2) <b>Ликворни текшириши.</b> Ликвор босими (N – 200 мм см уст), оксил (N – 0,2-0,4 г/л), глюкоза (N – 2,8-4,2 ммоль/л), ранги – тиник.</p>	<p>1) Қонда лейкоцитоз: <math>15 \times 10^9</math>/л, лимфоцитоз 40%, ЭЧТ ошиши: 25 мм/ч</p> <p>2) Орқа мия суюқлиги: босим остида оқиб чиқади, тиник, лимфоцитар плеоцитоз 20-40.</p>	<p>1) ЭЭГ – нормада ёшга мос <math>\theta</math>, <math>\Delta</math> ва <math>\alpha</math> ритмлар кузатилади.</p> <p>2) ЭхоЭГ – гипертензия кузатилмайди</p> <p>3) Кўз туби – диск чегараси аник. Артерияни венага нисбати 1:3 ёки 1:2.</p>	<p>1) ЭЭГда умумий мия ўзгаришлар, тутқаноқ ўчоғига оид белгилар.</p> <p>2) ЭхоЭГ – калла ичи гипертензияси.</p> <p>3) Кўз тубида кўрув нервни дискини димланиши ёки ангиопатияга доир ўзгаришлар.</p>	<p>1) <b>Бирламчи менингит</b> – анамнезида қизамиқнинг бўлмаганлиги эмланганлиги, грипп бўлмаганлиги. Ўчоқлик неврологик симптомлар мавжуд Ликворда плеоцитоз-200. Йрингли менингитларда эса нейтрофил, сероз менингитларда лимфоцитар плеоцитоз</p> <p>2) <b>Церебрал арахноидит</b> (миянинг орқа чуқурлиги). Умумий мия симптомларини ўчоқлик симптом-ларидан устун бўлиши.</p>	<p><b>Этиопатогенетик даво:</b></p> <p>I) <i>Ўткир даври</i> – инфекция қасалхонада.</p> <p>II) <i>Тикланиш даври</i> – неврологик бўлимда.</p> <p>1) Rp: Sol. Lydasae 32 Ed DS: 1 ml физэруммада эритиб, т.о, № 10</p> <p>2) Rp: Sol. Solcoserili 0,5 ml DS: м.о, № 10</p> <p>3) Rp: Sol. Pyracetami 20 % 2,5 ml DS: в.и №10</p> <p>4) Rp: Tab. Phenobarbitali 0,05 DS: ½ таб.2 марта (хуруж вақтида)</p> <p>5) Rp: Dragee “Multitabs” DS: ҳар кунига 1 мартадан 1 ой.</p> <p>6) Rp: Pulv. Dibasoli 0,002. D.t.d. № 60. S. 1 кукундан 2 маҳал, 30 кун. Стационарда 2 йил 3-6 ой интервал билан даволаниш.</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Субарахноидал қон қуйилиш

Ёши: 5 ёш

Тана вазни: 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Ўткир бошланади. Каттик бош оғриғи, кўп марта қайт қилиш пайдо бўлади, брадикардия, умумий тонико-клоник тутқаноклар. Тана харорати кўтариледи, ҳушни йўқотиш, ижобий менингеал белгилар бўлади. Кўпинча бош мия нервлари шикастланиши (ғилайлик, птоз, нистагм) содир бўлади.	1) <b>Қоннинг умумий таҳлили</b> (N L – 9 x 10 <sup>9</sup> /л, ЭЧТ 2-12 мм/с. 2) <b>Орқа мия пункцияси:</b> ликворни текшириш – нормада тиниқ рангда, оксил 0,3 г/л.	1) Қоннинг умумий: лейкоцитоз - 50%; ЭЧТ 20 мм/ч гача. 2) Ликворни текшириш: Қон аралаш бўлади, кейинчалик ксантохромия, оксил микдори кўпаяди. Бу субарахноидал бўшлиққа қон қуйилганлигини кўрсаткичидир	1) <b>Кўз тубини текшириш</b> – нормада кўз нерви дискини чегараси аниқ. 2) <b>Компьютер томография</b> – ўзгариш йўқ. 3) <b>Нейро-хирург кўруви.</b>	1) Кўз тубида: тўр пардага қон қуйилиш билан димланиш белгилари. 2) КТда субарахноидал бўшлиққа қон қуйилади. Бу ўзгаришлар калла ичи гипертензияси билан боғлиқ. 3) Нейрохирург кўрувида бош мия қон томирларини аневризмаси борлиги инкор қилинади. (оператив даволаш шарт эмас).	1) <b>Менингит:</b> умумий инфекцияга оид белгилар ва менингеал симптомлар ижобий. Ликворда лимфоцитар ёки нетрофиллик плеоцитоз. 2) <b>Эпилептик касаллик:</b> ҳушни йўқолиши, пароксизмал клонико-тоник тортишувлар. Ликвор ўзгаришсиз. Беморнинг хулқини ўзгариши ва ЭЭГда ўзгариш.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> 1) Rp: Sol. Dicinoni 12,5 % DS: 1 мл қунига 2 марта м/о, № 3. 2) Rp: Sol. Mannitoli 15 % DS: 15 г порошок 100 мл физ.эритмада эритилади, томчилаб в.и, № 3 3) Rp: Sol. Dibazoli 1%- 1,0 D.t.d № 10 in amp. S. 1,0 мл мушак ичига 4) Rp: Sol Strofantini 0,05% - 1,0 D.t.d №5 in amp. S. 0,5 мл.ни физ.растворда эритиб, томчи ҳолда юборилади. 5) Rp: Sol. Pyracetami 20 % DS: 5 мл в.и, № 10 6) Rp: Sol. Seduxeni 0,5 % DS: 1 мл в.и психомотор қўзғалишида. 7) Rp: Sol. Benzylpenicillinum natrii 1.000.000 Ед; DS: СД: 100000 Ед/кг x 15 кг x 1500000 Ед РД x 1500000 : 3 x 500000 Ед, қунига 3 марта; 7 кун Rp: Sol. Acbdi ascorbinici 5%-2ml DS: м/о № 10
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Елка плексити

Ёши: 1 ёш

Тана вазни: 10 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Ўнг қўлда монопарез, гипотония ва атрофия, моногипестезия. Пай рефлекслари: BR-TR чакирилмайди. Карпо-радиал рефлексии сустлашган. «Кўғирчоқ қўли» ижоби.	1) <b>Коннинг умумий таҳлили</b> (N: Нв-120-130 г.л, лейкоцит 4-9 х 10 <sup>9</sup> л, ЭЧТ-2-15 мм.ч)	Ўзгаришсиз, ёшга мос меъёр даражасида	ЭМГда Юсевич бўйича I тоифага оид белгилар – мушакларнинг биоэлектрик активлиги сақланган.	ЭМГ да Юсевич бўйича II тоифага оид ўзгаришлар – мушакларнинг биоэлектрик активи пасайган.	1) <b>Полиомиелитнинг спинал формаси:</b> беморнинг анамнезида полимелитга қарши эмлаш олмаган, касаллик ўткир бошланади ва унда инфекцияга доир симптомлар фониди қўлда периферик паралич пайдо бўлади. Мушакларда фибрилляр ва фасцикуляр тортишувлар кузатилади. Сизги ўзгаришлари кузатилмайди. Капрологияда вирусология текширишлар ўтказилади. 2) <b>ПМД</b> – ирсий касаллик булиб, касаллик тўхтовсиз ривожланиб боради, қўл ва оёқнинг проксимал соҳасида парез ва атрофиялар бўлади, псевдогипертрофия шам бўлиши мумкин. Сизги ўзгаришлари кузатилмайди.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> <b>Медикаментоз даволаш:</b> 1) Rp: Sol. Proserini 0,05% - 1,0 D.t.d № 10 in amp. S. 0,2 мл тери остига. 2) Rp: Ext.Aloae 1,0 D.t.d №10 in amp. S. 0,5 мл мушак ичига. 3) Rp: Sol. Piracetami 20% - 5,0 D.t.d № 10. in amp. S. 3,0 мл венага. 4) Rp: Tab. Cinnarizini 0,025 D.S ¼ табу2 марта (20 кун) 5) Rp: Sol. Суаноболамини 200 Y – 1,0 м.о № 10 D.t.d № 10 in amp. S. 0,5 мл мушак ичига
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Полиневрит (тикланиш даври)

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Касаллик ўткир бошланади ва қўл-оёқларнинг дистал қисмида периферик тетрапарез, тетраанестезия содир бўлади. Сизги ўзгаришлари «қўлқоп» ва «пайпоқ» шаклида бўлиб, вегетатив-кон томир ўзгаришлари кузатилади. Беморда Лассег, Мацкевич, Нери симптомлари шам учраши мумкин. Пай рефлекслари чакирилмайди.	1) <b>Қоннинг умумий таҳлили</b> (N – Нв – 120-130 г/л) лейкоцит 4-9 х 10 <sup>9</sup> л, ЭЧТ-2-15 мм.ч).	1) Қоннинг умумий таҳлили Нв қ 110г/л лейкоцит 7х 10 <sup>9</sup> л, ЭЧТ - 5 мм.ч).	ЭМГда Юсевич бўйича I тоифага оид белгилар – мушакларнинг биоэлектрик активлиги сақланган. (нормада).	ЭМГ да Юсевич бўйича II тоифага оид ўзгаришлар – мушакларнинг биоэлектрик активи пасайган.	1) <b>ПМД</b> – ирсий касаллик бўлиб, қўл ва оёқларнинг проксимал қисмида тетрапарез, атрофия пайдо бўлади ва касаллик тўхтовсиз ривожланиб боради, сезги ўзгаришлари кузатилмайди. 2) <b>Шарко-Марининг неврал амиотрофияси</b> ирсий касаллик бўлиб, симметрик ҳолатда перониал гуруҳ мушакларида атрофия бўлиб, айниқса атрофия майда мушакларда пайдо бўлади ва беморда «қуш панжаси» симптоми пайдо бўлади. Касаллик тўхтовсиз ривожланиб боради.	<b>Этиопатогенетик даво:</b> 1) Rp: Sol. Proserini 0,05% - 1,0 D.t.d № 10 in amp. S. 1,0 мл тери остига. 2) Rp: Ext. Aloe 1,0 D.t.d № 10 in amp. S. 1,0 мл мушак ичига. 3) Rp: Sol. Piracetami 20% - 5,0 D.t.d № 10. in amp. S. 5,0 мл венага. 4) Rp: Sol. Cyanocobalamini 200 мкг- 1,0 м.о № 10 D.t.d № 10 in amp. S. 1,0 мл мушак ичига 5) Никотин кислота билан бирга электрофарез, массаж, ЛФК.
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташхис: Тутканок синдромлари

Ёши: 3 ёш

Тана вазни: 16 кг

Клиника	Ташхисот				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1)Қўл ва оёқ мушакларида тоник тортишувларга оид хуруж.</p> <p>2) Хуружлар қўл-оёқ мушакларини қисқариб тортишуви ва бўшашуви ҳолатида содир бўлади. (клоник тортишувлар).</p> <p>3) Мушаклардаги тортишувлар давомлик бўлиб, тоника-клоник характерга эга бўлади.</p> <p>4) Алоҳида мушакларда ёки мушаклар гуруҳида тез ва шиддатлик тортишувлар бўлади. (миоклоник тортишув).</p> <p>5) Қисқа вақт (5-10-30 сек) ичида хушнинг йўқолиши ва тезда ўзига келиши. (абсанс).</p> <p>6)Бошда силкитувчи характерга оид тортишувлар тана ва қўлларни букилиши (салом берувчи тутканок хуружи).</p> <p>7)Спазмофилияга доир хуружлар – ларингоспазм, тетания ва эклампсия.</p>	<p>1)<b>Коннинг умумий таҳлили</b> (Нв – 130г/л) лейкоцит 4,0-9,0 х 10<sup>9</sup>л, ЭЧТ-2-10 мм.ч).</p> <p>2) <b>Коннинг биокимёвий таҳлилида</b> Са (N 2,0-2,6 ммоль.л)</p>	<p>1)Ўзгаришсиз.</p> <p>2) Спазмофи-лияда Са нинг микдори камаяди. (1,5-1 ммоль.л)</p>	<p>1)<b>ЭЭГ</b>- биоритмнинг тўғри тақсимланиши.</p> <p>2) <b>Эхо-ЭГ</b> М-Эхо ўрта чизик бўйича жойлашган. Қўшимча Эхо сигналлар йўқ.</p> <p>3) <b>КТ</b> мияда ўчоқлик симптомларга оид ўзгаришлар йўқ.</p> <p>4) <b>Кўз тўби:</b> кўриш нервининг доираси юмалоқ шаклда, оч кизғиш чегараси аниқ, артериаларнинг веналарга нисбати 2:3.</p>	<p>1)ЭЭГ тоник тутканокларда бош миянинг устунларида тутканокка оид биоопотенциаллар ўчоқлик шаклда намоён бўлади. Клоник тутканокларда эса тутканок фаоллигининг ўчоғи мия пустолгида жойлашган булади. Абсанс ҳолатида эса пик шаклидаги секин тўлқинлар пайдо бўлади Спазмафилияда эса ЭЭГда ўзгариш бўлмайди.</p> <p>2) Эхо-ЭГда қўшимча тўлқинлар пайдо бўлиб, гипертензия борлигини кўрсатувчи омил хисобланади.</p> <p>3) КТ миядаги ҳажмлик жараёнлар бўлмайди.</p> <p>4) Кўз тўр пардасининг ангиопатияси: веналар кенгайган, артериялар торайган.</p>	<p>1)<b>Обморок (хуш йўқотиш)</b> пульси бўш, тарангликка эга, АД пасайган, тери оқарган.</p> <p>2) <b>Спазмофилия</b> – Хвостек, Труссо, Люст симптомлари чакирилади. Қондаги калций микдори 1,8 ммоль.л.</p> <p>3) <b>Эпилепсия</b> – ирсий мойилликка эга бўлиб, руҳий ҳолат ҳулқ ёмонлашади. Белгиларда полиморфизм кузатилади, неврологик симптомлар бўлмайди ЭЭГда эса комплекс «пик тўлқинлар» кузатилади.</p>	<p>1)Асосий касалликни даволаш: (соматик, неврологик).</p> <p>2) Антиқонвулсив терапия:  <i>A)Rp: Tab. Phenobarbitali 0,1 D.t.d №10.</i>  <i>S. ¼ таб 2 марта. (доимо) ёки</i>  <i>Б) Rp:Tab, ginlepsini 0,2 D.t.d № 50</i>  <i>S. 1.2 таб 2 марта ёки</i>  <i>В)Rp: Tab. Depakini 300 D.t.d. № 50</i>  <i>S. 1.2 таб 2 марта.</i></p> <p><i>Rp: Sol. Lazix 1 %</i>  <i>DS: 0.2-0.3 мл хар бир ешига</i></p> <p><i>Rp: Sol. Seduxeni 2.0</i>  <i>DS: хар бир кг. 0,2 мг</i></p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлашининг баҳолаш варағи

**Ташхис:** Сурункали алкоголизм, II босқич, юқорипрогредиентли кечилиши, мастликнинг сохта узлуксиз ичиши тури. Алкоголь делирийси.

**Ёши:** 37 ёш

**Тана вазни:** 64 кг

Клиника	Ташхисот				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интер-претация	Инструментал текширув	Интер-претация		
<p><b>Шикоятлари (аёлининг сўзидан):</b> беморнинг юриш-туриши ўзига мос келмай қолди – кўркинч, ваҳима босадиган, бир-бирига боғланмаган гаплар гапирадиган, устига нарса ёпишгандек силкитиб қоқадиган бўлиб қолди.</p> <p><b>Анамнезидан:</b> наслий касалликлари йўқ. Усиши ва ривожланиши ёшига мос бўлган. Мутахассислиги – ҳайдовчи. Оилали. Фарзандлари йўқ. Спиртли ичимликларни 26 ёшидан систематик суистеъмол қилиш бошлади. 28 ёшда абстинент синдроми ҳосил бўлди. Мастликни амнестик турлари тез-тез бўлиб туради. Ичкиликни 7-8 кунлаб тўхтовсиз ичади. Охирги марта 2 hafta давонида тўхтовсиз ичди, ўртасида 3 кун ичмади. Ичкилик ичишни тўхтатганидан сунг безовта бўлиб қолди, ваҳимага тушди, уйқуси бузилди. Кўзига боскинчилар қуринди, таҳдид қилишларини «эшитди». Танасида қўнғизлар юришини сезд.</p> <p><b>Кўрик пайтида:</b> ўз исми, фамилиясини тўғри айтяпти, лекин келган жойини билмаяпти. Безовта, ваҳимага тушган, атрофга қарамокда, таниш «овозлар» эшитмокда, улар билан гаплашяпти. «Гаражда турибман» деб айтяпти. Касбига оид мавзуда гап олиб боряпти, «ўт олдириш системасини» ишга туширишни талаб қиляпти.</p> <p><b>Соматоневрологик холати:</b> умумий озғинлик, терлаш, танасининг, қулларининг титраши. Пай рефлекслари ошган.</p>	Конни токсикологик тахлили	Қонда алкоголь мавжудлиги	Жигарни ультратовуш текшириш  Гастро-скопия	Жигар катталашган  Алкогол гастрит белгилари : шиллик ажратмалар, петехиялар, эрозиялар	<p><b>Симптоматик психозлар:</b> ичкиликни суистеъмол қилиш йўқлиги, инфекция жараён мавжудлиги</p> <p><b>Шизофрения:</b> ичкиликни суистеъмол қилиш йўқлиги, онг бузилишлари йўқлиги, отсутствие злоупотребления алкоголем, шизофрения касаллигига оид белгиларнинг мавжудлиги.</p> <p><b>Реактив психозлар:</b> психотравматик вазиятни вақти ва моҳиятига мос бўлган психоген омилларнинг мавжудлиги, ичкиликни суистеъмол қилиш</p>	<p>Sol. Glucosae 5%-400,0 D.t.d. № 5 in flacon. S. в/o томч. Sol. Panangini 10 D.t.d. № 5 in amp. S. в/o Sol. Cordiamini 25% - 1,0 D.t.d. № 5 in amp. S. 1 млдан 5 мл 0,9% физ.р-да эритилади в/o Sol. Tiamini bromidi 6%-4,0 D.t.d. № 10 in amp. S. 4 мл м/o Sol. Piridoxini chloridi 5%-4,0 D.t.d. № 10 in amp. S. 4 мл м/o Sol. Piracetami 20% - 10,0 D.t.d. № 10 in amp. S. в/o Sol. Magnesii sulfatis 25%-10,0 D.t.d. № 10 in amp. S. в/o Sol. Haloperidoli 0,5%-1,0 D.t.d. № 10 in amp. S. м/o Sol. Diasepami 0,5%- 5,0 D.t.d. № 10 in amp. S. м/o Eglonili 0,2 D.t.d. № 12 in tabul. S. 1 таб. овқатдан кейин ичиш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – курс

### Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** *Героин гиёҳвандлиги (инъекцион тури)*

**Ёши:** *27 ёш* Тана вазни: *68 кг*

Клиника	Ташҳисот				Дифференциал диагноз	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпрета ция	Инструментал текширув	Интер- претация				
<p><b>Шикоятлари:</b> баданда умумий оғриқ, суякларнинг зиркираши, ҳолсизлик, ич кетиши, кўнгили айнаши, қусиш, сўлак ва кўз ёшининг оқиши, безовталикка, уйқуси бузилганлигига.</p> <p><b>Анамнездан:</b> соғлом туғилан, ёшига мос ўсиб, ривожланган. 8 синфда илк бор наша истеъмол қилган, унга тез ўрганиб қолиб, «якшигина» чеккан. Ўқишдан орқада қола бошлаган, 1 йил олдин 0,2г героинни истеъмол қилган. Бошида унга ёқмаган, лекин катта ёшдаги танишлари таъсири натижасида венасига яна 0,2г қабул қилди. Ёқимли ҳис, «кайф»ни сезди ва бу ҳис ёқиб қолди. 1 ой мобайнида кунига 1 чекки (0,2г) вена орасига доим истеъмол қилган. Аввалги микдори уни қониқтирмай қўйди. Секин-аста дозасини ошириб, кунига 1г гача етказди ва кунига 3 маҳал истеъмол қиладиган бўлди. Ҳарактери ўзгариб, агрессив бўлиб қолди. Мушталашгани ва ўғирлик қилгани учун жиноий жавобгарликка тортилди. Наркотик модда йўқлигида абстиненция ҳолатини оғир ўтказган – бадани қакшаб, жигар соҳасида, мускулларда оғриқлар, кўз ёшининг оқиши, бурунинг оқиши, ичи кетиши кузатилган. Бу ҳолатга чидай олмай яна героин қабул қилган. Ҳозирги вақтда абстиненция ҳолатини кечирмаслик учун фақат героин истеъмол қилмоқда.</p> <p><b>Объектив текшириш:</b> умумий ҳолсизлик. Юзи гиперемияланган. Терида «гусиная кожа». Қўл ва бўғинларида инъекция излари бор. Бемор безовта. Мушаклар таранглашган. Кайфияти паст, жаҳлдор, қайғули депрессия ҳолатида, келажакка ишончсизлик. Охири дозаси 12 соат олдин қабул қилган. Юқоридаги шикоятлари билан касалхонага ётқизилган.</p>	<p>Сийдикда героинни аниқлаш учун индикатор пробасини ўтказиш</p>	<p>Наркотик моддани истеъмол қилгандан кейин анча вақт ўтганлиги туфайли кам микдорда аниқланади</p>	<p>ЭЭГ</p> <p>ЭКГ</p>	<p>Бош миyanинг био-электрик фаоллигининг ўзгариши</p> <p>Миокардининг ритми ва ўтказувчанлигининг ўзгариши</p>	<p><b>Шизофрения психопатсимон ва аффектив ҳолатлари билан:</b> шизофренияда негатив ва продуктив белгиларнинг мавжудлиги, наркотик моддани қабул қилмаслиги.</p> <p><b>Психопатиялар:</b> наркотик моддани қабул қилмаслиги психопатияга хос 3 мезонларнинг мавжудлиги: ижтимоий дезадаптация, феъл-атворининг патологик хусусиятларининг тоталлиги, ҳаёт давомида нисбатан узгармаслиги ва турғунлиги.</p> <p><b>Токсикоманиялар:</b> наркотик бўлмаган модаларни истеъмол қилиш, инъекция излари йўқлиги, яққол бўлмаган абстиненция синдроми.</p>	<p>Sol. Tramali 5%- 2,0 D.t.d. № 10 in amp.</p> <p>S. м/о Sol. Piroxani 1%-3,0 D.t.d. № 10 S. м/о кунига 3 маҳал абстиненциянинг биринчи кунларида Finlepsini 0,2 D.t.d № 20 in tab.</p> <p>S. ичиш 1 таб. х 2 маҳал Sol. Sibasoni 0,5%-4,0 D.t.d. № 5 in amp.</p> <p>S. в/о томч., 200 мл 0,9 % физ. р-да эритиб Rogipnoli 2,0 D.t.d № 5 in tab.</p> <p>S. ичиш 1 таб кечасига Sol.Piridoxini 5%-2,0 D.t.d. №10 in ampul.</p> <p>S. по 2,0 м/о</p>		
100%	-	2	1	1	1	1	2	2
50%	-	1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.								



5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Посттравматик энцефалопатия талвасасиз кечадиган пароксизмлар.

Ёши: 58 ёш

Тана вазни: 78 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лабор текширув атор	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация			
<p><b>Шикоятлари:</b> бош огриши, ўта таъсирчанлик, уйқунинг бузилиши, кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши, толиқиш, ҳозирги бўлиб ўтаётган ҳодиса ва воқеаларни хотирада сақлаб қолмаслик, бош огриши билан бирга ҳуши кетиши билан кечадиган талвасасиз хуружлар.</p> <p><b>Анамнездан:</b> 1979 йилда бош мия жароҳати бўлган. Нейрохирургик бўлимда даволанган. 1993 йилда ойига 2-3 марта эс-ҳушини йўқолиши билан кечадиган хуружлар кузатила бошлаган. Касалхонада 3 марта даволанган.</p> <p><b>Объектив қўрувда:</b> ўз шахсида, вақтда ва маконда мўлжали бузилмаган. Кайфияти паст. Мулоқотга яхши киришади. Жуда кўп соматовегетатив шикоятлар билдиради. Кўнгилбўшлик кузатилади. Сухбатда эзма, сергап, тез толикади. Диққат ва хотираси пасайган. Бир фикрдан иккинчи фикрга кучиши кийинлашган. Шубҳалар ва гумонларга мойил шахс. Васваса фикрлар ва идрок бузилишлари йўқ.</p>	Лаборатор текширувларда касалликка хос узгаришлар кузатилмайди.	Калла суягининг рентгенограмма си ён томонидан  ЭЭГ  Бош миянинг компьютер томографияси  Окулист консультацияси	Бош мия босимининг охиш белгилари: бармоқ излари симптоми, турк эгарига кириш кенгайган  Устун тузилмаларининг органик бузилиши. Эпи-активлик кузатилмайди.  Бош мияда шиш, абсцесс аниқланмайди.  Куз тубида узгаришлар йўқ.	<u>Неврастения.</u> Анамнезида сурункали рухиятига таъсир қилувчи психотравма, неврологик органик белгиларининг йўқлиги, психотравманинг ижобий ҳал булиши.	Sol. Magnesii sulfatis 25%-5,0 D.t.d. № 10 in amp. S. в/о томч. 0,9% хлорида натрия эритмасида Hydrochlorthiazide 0,025 D.t.d № 10 in tabul. S. 1 таб. ичиш 10 кун давомида. Sol. Cavintoni 0,5 % -2,0 D.t.d. № 5 in amp. S. в/о томч. Sol. Piracetami 20 % - 5,0 D.t.d. № 10 in amp. S. 5 млдан в/о. Sol. Acidi nicotinic 1% - 2,0 D.t.d. № 10 in amp. S.м/о Sol. Riboxini 20%-5,0 D.t.d. № 10 in amp. S. 5,0 в/о finlepsini 0,2 D.t.d. № 50 in tabul. S.ичиш 1 таб.х2 махал бекор килингунча.		
100%	-	2	-	-	2	2	2
50%	-	1	-	-	1	1	1
Жавоб йўқ	-	0	-	-	0	0	0
Максимал балл – 10 б.							

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Эпилепсия катта талвасали хуружлар, бошланаётган шахс ўзгаришлари.

Ёши: 12 ёш

Тана вазни: 43 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент ал текширув	Интерпретация			
<p><b>Шикоятлари (онасининг гапига караганда):</b> тўсатдан хушидан кетади, бутун тана ва қўл-оёқларида талваса кузатилади (бутун тана мушакларининг аввал тиришиши, кейин майда титраши кузатилади). Хуруждан кейин бош огриги ва бўшаши бўлади.</p> <p><b>Анамнезида:</b> беморнинг амакисида эпилепсия касаллиги бор. Бемор ўз вақтида туғилган, туғилишда акушерлик мосламалар қўлланилган. Илк болаликдаги ривожланиши ёшига мос. Болалигида хушмуомала, хушчақчақ бўлиб ўсган. 10 ёшигача энурез кузатилган. Биринчи марта талвасали хуруж 8 ёшида пайдо бўлган. Онаси гапи бўйича хуруж эс-хуши йўқолиши билан ва барча мушакларининг титраши билан кечган. Хуруждан кейин ахлат ва сийдик тута олмаслик кузатилган ва оғзидан кўпик келган. Хуруж 1,5 мин давом этган. Шундан кейин бемор 2 соат ухлаган. Уйғонгандан кейин бола бош огригига ва бўшашишдан шикоят қилган. Кейинчалик хуружлар ҳар ярим йилда 1 марта кузатилган. Охириги йили бола мактаб программасини жуда кийинчилик билан ўзлаштирмоқда. Урушқоқ бўлиб қолган ва сабабсиз кайфиятини ўзгариб туради. 8 ёшида рухий асаб касалликлар диспансерида рўйхатга олинган. Ҳар куни 1 таб. бензонални 3 маҳал ичади. Охириги пайтда хуружлар тезлашган 1 ойда 1 марта кузатилади. Шу сабабли стационарга мурожат қилишган.</p> <p>Соматик статуси ўзгаришсиз. Неврологик статус: органик белгиларсиз.</p>	Лаборатор текширувларда касалликка хос ўзгаришлар кузатилмайди	хос	Калла суягининг рентгенограммаси  ЭЭГ	Гипертензия белгилари ва киста, абсцесс, шиш борлигининг белгилари  Ўчоқли билатерал пароксизмал активлик белгилари ва ареактивлик ва десинхронизация белгилари аниқланган.	<u>Истерик хуружлар:</u> онг бузилишсиз, одамлар хузурида, намоийшкорлик билан кечади. Бунда ҳаракатларининг ва позаларининг экспрессияси ва театраллиги, талвасали ҳаракатларининг одам купайганда кучайиши кузатилади. Оғрикка, кўз қорачиғининг ёруғликка бўлган реакциялари сақланган. Истерик хуружидан кейин кўпинча парезлар, фалажликлар, контрактуралар, астазия-абазия ҳолатлари эпилепсияга хос булмаган кузатилади.	Lydasae 64 ED Dt.d. № 10 in flac. S. м/о 0,5 % новокаин эритмасида эритилади Sol. Magnesiі sulfatis 25%-10,0 D.t.d. № 10 in amp. S. м/о ёки в/и секин! Fenobarbitali 0,05 D.t.d № 24 in tabul. S. ичиш 1 таб.х3 маҳал узок вақт давомида Benzonali 0,05 D.t.d. № 50 in tabul. S. ичиш 1 таб.х3 маҳал бекор қилинган. Pantogami 0,25 D.t.d. №100 in tabul. S. по 1 таб. х 2 марта ичиш	
100%	-	2	-	-	2	2	2
50%	-	1	-	-	1	1	1
Жавоб йўқ	-	0	-	-	0	0	0
Максимал балл – 10 б.							

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Шизофрения узлуксиз-кечувчи оддий шакли

Ёши: 15 ёш

Тана вазни: 54 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Ирсий жихатдан:</b> онаси шизофрения билан касалланган, рухий шифоханада бир неча маротаба даволанган.</p> <p>Бола 8 синфга кадар яхши, асосан «5» баҳоларга ўқиган. Кўп вақтини кутубхонада ўтказган, фалсафий муаммоларга қизиққан, инсоният келиб чиқиши ҳақидаги умумий теория яратмоқчи бўлган. Охириги йилларда ота-онасига совуққонлик билан эътибор берган. Мулоқотда бўлмаслик кучайиб борган, мактабга бормай кўйган, ҳафта давомида ўхламаган, ўзининг теорияси тугрисида ўйлаган.</p> <p><b>Бўлимда:</b> мулоқотга киришмайди, айрим вақтларда врач билан фалсафий карашлар тугрисида суҳбатлашган.</p>	Лаборатор текширувларда касалликка хос узгаришлар кузатилмайди.	Патопсихологик текшириш	Ҳарактернинг шизоид кирралари, резонерлик, фикрлашда эзмалик кузатилади: иккинчи даражали деталларга ортикча эътибор бериш.	<u>Шизоидная психопатия:</u> динамикасида кескинлик кузатилмайди, апатико-абулик ва уйқунинг бузилиш ҳолатлари ҳарактерли эмас.	<p>Мажептили 0,001 D.t.d № 100 in tab. S. ичиш 1 таб.х3 маҳал Triftazini 0,01 D.t.d № 100 in tab. S. ичиш 1 таб. 3 маҳал Cyclodoli 0,002 D.t.d № 50 in tab. S. ичиш 1 таб.х2 маҳал. Amitriptillini 0,025 D.t.d № 50 in tab. S.по 1/2 таб. х 2 маҳал <u>(Препаратлар бемор аҳоли яхшилангунча берилади)</u></p>	
100%	-	2	-	-	2	2
50%	-	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ	-	0	-	-	0	0

Максимал балл – 10 б.

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Реактив депрессия.

Ёши: 13 ёш

Тана вазни: 28 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> кайфиятининг пастлигига, камҳаракатликка, йиғлоқиликка, мактабда ўқув машғулотларини ўзлаштиришини пастлигига.</p> <p><b>Анамнезида:</b> 7 ой илгари отаси ўлган. Бола отаси ўлимидан қаттиқ изтиробда, йиқлоки бўлиб қолган. Кайфияти ҳар доим паст. Берилган саволларга анча вақтдан сўнг қийналиб жавоб беради. ирОдаси паст. Ҳамма фикри ўлган отасида. «Ҳаётим мазмуни»ни йўқотдим, ҳаёт бир хилга ўхшайди, зерикарли. «Отамсиз яшашнинг нима кераги бор».</p>	Лаборатор текширувларда касалликка хос ўзгаришлар кузатилмайди.	Патопсихологик текшириш	Хиссий иродавий суслук кузатилади	<p><i>Циркуляр депрессия:</i> эрталабки холатнинг оғирлашуви, ҳаётий тушкунлик, анестетик депрессия, айтилаётган сўзлар билан психологик жароҳат ўртасида боғланиш умуман йўқ.</p> <p><i>Циркуляр шизофрениядаги депрессия</i> хуружи реактив депрессиядан ўзининг кучсизлиги ёрқинмаслиги, адекват эмаслиги, аффектининг бузилиши, ҳамда фикрлашнинг шизофренияга хос ўзгаришларининг бўлиши ва ремиссия пайтида касалликка хос шахс ўзгаришлари кузатилади.</p>	<p>Психотерапия (аутотренинг, рационал психотерапия) Tab. Amitriptillini 0,025 D.t.d. № 20 in tabul. S. ½ таб. кунига 2 маҳал. Tab. Valii 0,005 D.t.d. № 20 in tabul. S. 1 таб. 2 маҳал. Sol. Glucosae 40 % - 10,0 Acidi ascorbinici 5 % - 2,0 S. в/о. Sol. Tiamini bromidi 6%-1,0 D.t.d. № 10 in ampul. S. 1,0 м/о к/о. Sol. Piridoxini 5%-1,0 D.t.d. № 10 in ampul. S. 1,0 м/о к/о.</p>	
100%	-	2	-	-	2	2
50%	-	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ	-	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Олигофрения, имбецилликнинг энгил даражаси

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация			
<p><b>Шикоят</b> (онасининг айтишича): акли заиф, нутқи яхши ривожланмаган.</p> <p><b>Анамнези:</b> асфиксия ҳолатида туғилган. Жисмоний ва психомотор ривожланиши орқада қолган. Болалар боғчасига бормаган. Мактабда ўқимайди.</p> <p>Кўрик пайтида: шифокор билан мулоқотга киришмайди. Сўз бойлиги жуда кам. (5-6 сўз). Фикрлаши суст. Геометрик шаклларни ажрата олмайди. Ранг танимайди. Беш сонигача бармогида адашиб санайди. Ҳарф танимайди. Жонли ва жонсиз нарсаларни ажрата олмайди. Ўзига қисман хизмат қила олади. Ўзидан кичик бўлган болалар билан ўйнайди.</p>	Лаборатор текширувларда касалликка хос ўзгаришлар кузатилмайди.	Патопсихологик текшириш	Нормада IQ қ 85-110 IQ қ аклий ёшини жисмоний ёшига нисбатан фоизда кўрсатилади. IQқ40	<p><u>Эрта бошланган шизофрения:</u> бунда бемор боланинг ривожланиши бир текисда кечмайди, диссоциация кузатилади. Шизофренияга хос симптомлар: мутизм, нуткнинг узулиб қолиши, одамийлиги, патологик хаёлпарастлик, кататоник бузилишлар.</p> <p><u>Органик деменция:</u> аввалги олган билимларининг қолдиқларини аниқлаш мумкин. Сўз бойлиги ёшига нисбатан етарли ва нуткида мураккаб мавҳум тушунчалар ишлатилади.</p> <p><u>Чегарадош ақл заифлик:</u> илк болалик ёшидан тарбияси нотўғри бўлган болаларда педагогик ва микросоциал муҳитнинг нохушлиги оқибати.</p>	Tab. Piracetami 0,2 D.t.d. № 50 in tabul. S.кунига 2 таб. (0,4) 3 маҳал овқатдан кейин. Sol. Cerebrolisini 1,0 D.t.d. № 20 in ampul. S. 1 мл м/о к/о Extr. Aloes fluidi 1,0 D.t.d. № 10 in ampul. S. 1 мл т/о. Медико-педагогик коррекция.		
100%	-	2	-	-	2	2	2
50%	-	1	-	-	1	1	1
Жавоб йўқ	-	0	-	-	0	0	0
Максимал балл – 10 б.							

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Патоҳарактериологик реакциялар актив норозилик кўриниши. Ёши: 14 ёш

Тана вазни: 35 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация			
<p><b>Шикоятлари (онасининг гапига кўра):</b> одамлар билан чиқиша олмаслигига, ҳар қандай вазиятда ўзини тута олмасликка ва қаршилиқ кўрсатишига.</p> <p><b>Анамнезида:</b> соғлом туғилган, ёшига мос равишда ўсган ва ривожланган. Мактабга 6 ёшдан борган. 3 синфгача яхши баҳоларга ўқиган. Болалигида жиддий касалланмаган. 10 ёшида отаси онаси билан ажрашган. Шундан сўнг бола «идорасиз» булиб қолган, алдайдиган, уйдан кетиб қоладиган, кир кийимларда ҳамма жойни кўкартириб келадиган бўлган. Танбехларга қўзғалувчанлик билан жавоб беради, уйдан чиқиб кетади, қаерлардадир дайдиб юради. 5 синфда 2 марта ўқиган. Дарсларда кочиб кетади. Ўзининг нотўғри хулқатворини тушунтиришни истамайди. Уйда ўзини ушлаб туролмайди. Касалхонага ётқизилганлиги учун онаси билан чиқишмайди.</p> <p>Соматоневрологик статус ўзгаришсиз.</p>	Лаборатор текширувларда касалликка ўзгаришлар кузатилмайди.	хос	Патопсихологик текшириш	Эмоционал реакцияларнинг тургунсизлиги ва шахсни қўзғалувчи қирраларини устунлиги аниқланд.	<i>Шизофрения чегарасидаги психопатсимон синдромлар:</i> тарбияга боғлиқ бўлмаган ҳолда шизофрения касаллигига хос шахс ўзгаришлари, негатив ёки продуктив симптоматика.	Психотерапия (рационал, хулқатворни коррекция қилувчи терапия) Медико-педагогик коррекция. Tab. Neuleptili D.t.d. № 10 in tabul. S. ичиш 5 томчидан Tab. Seduxeni 0,005 D.t.d. № 20 S. 1 таб. кунига 2 маҳал	
100%	-	2	-	-	2	2	2
50%	-	1	-	-	1	1	1
Жавоб йўқ	-	0	-	-	0	0	0
Максимал балл – 10 б.							

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Адрено-генитал синдроми Ёши: 10 ёш Тана вазни: 55 кг

Клиника	Ташҳисот				Киёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Қизларда клитор катта лашуви, уятли лаблар, ёрғокга ўхшаш жисмоний ўсиш тезлашу -ви, маскулинизация, сокол-мўйлов ўсиши, Қўлтик ва чов тукланиши, овоз йугонлашуви. Ўгил болаларда вақтидан олдин вояга етиш белгилари, жинсий аъзолар яъни жинсий олат катталашуви, 10-12 ёшда ўсишдан орқада қолади, чунки ўсиш зоналари беркилади 120-150 см. Тана тузилиши пропорционал, боши катта, танаси узунроқ оёқ-қўли калтарок, руҳияти узгарган. Гипертрихоз.	1.Суткалик пешоб -да 17-КС  2.Қонда 17окси прогестерон  3.Қонда тестостерон  4. Қонда кортизол  5. Қонда АКТГ  6. Жинсий хроматинни аниқлаш	-ортади (Ўгил болаларда 10 ёшда Nк 4-10 мг/сут. БУБ тўрсимон зона гиперплазияси ҳисобига, чунки шу қават 17-КСни ишлаб чиқаради. -ортади. Нормада 1-11ёшда 20-33 нг% БУБ кортизол камайиши ҳисобига -ортади (эркакларда нормада 3,3-12нг/ моль аёлларда 0,07-0,65 нг/ моль, сабаби гипофизни АКТГ билан БУБни доимий стимуллаши натижасида юзага келади. - бир оз камаяди нормада 220-660 нмоль, сабаби 21-гидроксилаза ферментини тўлиқ блокланмаганидир. - ортади (Н- 4- 22 п/моль/л), сабаби глюкокортикоидлар синтези пасаяди - мусбат	Буйрак усти безлари ва гипофизни КТ ва ЯМР қилиш  Буйрак усти безлари ва кичик чанок аъзолари УТТси	Буйрак усти безлари гиперплазияси  Буйрак усти безлари гиперплазияси бачадон гипоплазия си, тухумдонлар аниқланмайди	Солиштирма ташҳис андростерома, арренобластома, жинсий эрта вояга етилиш билан ўтказилади Андростеромада клиник белгилар тез ривожланиши, акнени купайиши, сочларда ёғлар купайиши, гипертрихоз, клитор гипертрофияси, уrogenитал синус аниқланмайди, дексаметазон синама манфий, УТТда БУБда икки томонлама думалоқ ўсма. Арренобластома АГСга хос белгилардан ташқари УТТда кичик чанокда тухумдон хажми ёйма катталашади, дексаметазон синама манфий. Ўгил болаларда вақтидан олдин жинсий ривожланишда этиологик сабаблар: тугилиш жарохати, бош мия, гипофиз, эпифиз ўсмалари булиши мумкин. Уларда тез- тез эрекциялар кузатилади. Офтальмолог куригида кўриш нерви сургичлари -да шишлар булиб, кўриш майдони торайган, ЭЭГда ўзгариш кузатилади, 17- КС суткалик пешобда нормада, дексаметазон синамаси манфий.	АГС вирил турида <u>глюкокортикоидлар</u> билан даволаш доимий олиб борилади. Преднизолон 1-3 ёш 2,5-5 мг, 4-6 ёш 5-7,5 мг, 7-10 ёш 5-10 мг, Кортизол : 2 ёш -25мг, 2-6 ёш- 50мг, 6 ёшдан юкори- 100мг ( суткалик дозанинг 2/3-1/2 қисми эрта тонг (8 гача) 1/3 қисми (23да) берилади. <u>Жарроҳлик усули билан даволаш:</u> клиторэктомия 1 йил мобайнида ўринбосар даволангандан сўнг ўтказилади. Синус урогениталисни даволаш 16-17 ёшларда олиб борилади. Rp: Sol. Prednizoloni 3% - 1ml. D.t.d 10 in amp. S.:1 мл. дан қунига 2 маротаба овқатдан сўнг.  Rp: Dexametasoni 0,0005 D.t.d.: N 20 in tab. S: 1 таб. қунига 2 маҳал овқатдан сўнг
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл						

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Буйрак усти безларининг сурункали етишмаслиги. Ёши 10 ёш

Тана вазни: 20 кг.

Клиника	Ташхисот				Киссий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
-холсизлик -адинамия -бош оғриши -иштаҳани пасайиши -тузламаларга эҳтиёжни ортиши -кунгил айниши -коринда оғрик вазнини камайиши -тери ва шиллик қаватларни пигментланиши -гипотония -юрак соҳасида оғриклар ва тонларини бўғиклиги	1.Қон умумий таҳлили	-нормохром ёки гипохром анемия, лимфоцитоз(N=37%) эозинофилия 10-12 гача (N қ 5 гача) глюкокортикоидларнинг етишмовчилиги билан боғлиқ	1.Кўкрак кафас R - сурати 2. Манту синамаси	-ўпка сили  -сил жараёни булганлиги учун мусбат	1.Пеллаграда: диарея, деменция, дерматит, пигментация кўлқоп ва пайпоқ қуринишида. Қонда кортизол қ N. 2.Гемохроматоз Fe <sup>КК</sup> алмашинувининг ирсий бузлиши белгилари: жигар катталаниши, қандли диабет, тери ва шиллик қаватларда пигментацияни кучайиши. Тери биопсиясида-гемосиде -рин ва гемофусцинни тупланиши 3.Буйрак усти безларининг бирламчи ва иккиламчи етишмовчилиги. Иккиламчи турида - пигментация кам даражада, касалликни енгилроқ кечиши. АКТГ синамасида: бирламчи турида манфий, иккиламчи турида мусбат	1. <u>Этиологик даволаш.</u> 2. <u>Диетотерапия:</u> NaCl миқдорини ошириш (10 гр.), аскорбинат кислота (0,5-1г), калий тутувчи озик-овқатлар шоколад, кофе, ёнғоқ ва какаолар истеъмоли ни кескин чеқлаш. 3. <u>Ўринбосар гормонал терапия:</u> кортизол 25мг, преднизолон 0,005г, дексаметазон 0,5 мг., ДОКА – 0,5%-1,0м/н суткада 2 маротаба, АД нормаллашгандан сўнг ДОКА табл. 0,005 мг дан суткада 1-2 маротаба тил остига, ДОКА 100-200 мг -дан тери остига имплантация ўтказиш  Rp: Cortizoni acetatis 0,025 DTS 1 20 in tab. S: 1 таб. 2 маҳал Овқатдан кейин  Rp:Sol.Desoxycortico-steroni acetatis oleosae 0,5%- 1 ml DTS № 6 in amp. S: 0,5 ml 2 маҳал кунига м/о.
	2.Қонда қанд миқдори	-гипогликемия (N қ 3,3-5,5ммоль/л), жигар ва мушакларда гликоген камаяди ва оксиллардан глюкозани яҳосил булиши сустлашади, ва глюкоза-6-фосфатаза активлиги камайиши орқали гликогенолиз пасаяди	3.ЭКГ	S-T тишларининг куйи волтажи, PQ, QRS нинг узайиши гиперкалиемия сабаблидир		
	3.Қонда Na <sup>+</sup>	-камайган (Nқ130-150 ммоль/л), альдостерон ишлаб чиқарилиши камайганлиги учун юзага келади	4. УТД, ошқозон – ичак тизими	-сурункали анацид гастрит,гидрокортизон ва альдостерон ишлаб чиқарилиши камайганли учундир		
	4.Қонда K <sup>+</sup>	-купайган (Nқ3,6-5,4 ммоль/л) альдостерон ишлаб чиқарилиши камайганлиги учун юзага келади	5. Турк эгарининг R - сурати	-турк эгариди туб ўзгаришлар, аденома ва турли ўзгаришлар билан боғлиқ		
	5.Қонда Cl <sup>-</sup>	-камайган (Nқ95-110 ммоль/л), альдостерон ишлаб чиқарилиши камайганлиги учун юзага келади	6.ЭЭГ	Оғир турида в ва г тўлқинларининг кучайиши, б-ритмининг йўқлиги миянинг пўстлоқ кисмининг активлигини пасайганлигидан далолат беради		
	6.Сийдикда Cl <sup>-</sup>	-купайган (Nқ170-210 ммоль/л/сут) альдостерон ишлаб чиқарилиши камайганлиги учун юзага келади				
	7.Сийдикда 17-КС конда 17-ОКС	-17-КС N=Эрк8-16мг/сут -N=Аёл 6-13 мг/сут -17-ОКСқ(Nқ 8-12мг/%), буйрак ўсти безларининг тўрсимон зонасидаги ўзгаришлар туфайли камайиш юзага келади				
	8.Қонда кортизол	- буйрак усти безларининг тутамли зонасидаги ўзгаришлар туфайли камайиш юзага келади				
	9. Қонда АКТГ	-Бирламчида буйрак усти безлари гормонларининг ишлаб чиқарилиши камайганлиги учун АКТГ купайган. Иккиламчида гипофиздаги ўзгаришлар туфайли АКТГ камайган				
	10.Альдостерон	(N=111-860 нмоль/л) - буйрак усти безларининг коптокли зонасидаги ўзгаришлар туфайли камайиш юзага келади (N=13,85-55,40 нмоль/сут)				
100% - 2	1	1	1	2	2	
50% - 1	0,5	0,5	0,5	1	1	
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	
Максимал балл 10 балл						



5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўғил болаларда гипогонадизм.

Ёши: 14 ёш

Тана вазни: 50 кг

Клиника	Ташхисот				Киёсий ташхис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Туғилганда уруғдон ривожланмаганлиги ёки унинг жинсий ривожланиш давригача бирор таъсир натижасида зарарланиши (бўй баланд бўлиши, оёқ қўллари-нинг пропорционал бўлиши, аёллар каби семириш, гинекомастия, мускулларнинг суст ривожланиши, жинсий олатнинг ёрғокнинг ёшига нисбатан улчамини, орқада қолади. Иккиламчи жинсий белгиларнинг суст ривожланганлиги, човда тукланиш камлиги, юз ва танада туклар булмайди. Касаллик постпубертат даврида ривожланса, суяклар диспропорционал булмайди, жинсий аъзоларининг ривожланмаслиги камроқ кузатилади. Беморлар бепушт булади. Либидо сутлашиши мумкин ёки кузатилмайди.	1. Қондаги тестостерон  2. Қонда Пролактин  3. Қонда ФСГ, ЛГ  4. Суткалик пешобда 17- КС	-пасайган (Nк10-35 нмоль/л) сабаби, интерстициал Лейдиг хужайраларининг моякда бузилишидир.  - нормада ёки пасайган (Nк 2 -15мг/л)  ФСГ, ЛГ бирламчи гипогонадизмда ошади иккиламчида камаяди.  - иккиламчида пасайган бирламчида ошган (ЛГ- 2-20ЕД/л, ФСГ- 5- 20 ЕД/л  8-16мг/% камаяди, сабаби мояклар бузилиши хисобига 17-КС тестикуляр фракцияси камаяди.	1.Бармоқ, билак, тирсак, бўғими R- сурати  2.Краниография  3. УТГ testis мояклар эктопияланган	-суяк ўсишининг ёшдан орқада қолиши, сабаби, остеопороз моякларда андрогенларни нг кам ишлаб чиқиши.  остеопороз асосий суяк бўшлиқ, гипер пневматизация си турк эгари ўлчами кичик.  Тестисни чов ёки корин бўшлиғида кўриш мумкин.	Гипогонадизм, жинсий ривожланиш орқада қолиши ва иккиламчи билан гипогонадизм билан киёсланади. Жинсий орқада қолиши бу 14 ёшдан сўнг жинсий ривожланишни намоён булмаслиги, бунда тестостерон етишмовчилиги ёки таъсирининг бузилиши билан боғлиқ Конституционал, соматоген турлари микропенис ёки жинсий олатни кичкина булиши, сохта – адипозогенитал дистрофиялар тафовут этилади. ФСГ, ЛГ, тестостерон нормадан бир оз пасайган. Иккиламчи гипогонадизмда ФСГ, ЛГ, тестостерон сезиларли даражада пасайиши биан характерланади. Иккиламчи гипогонадизм сабаблари бош мия жароҳатлари, менингит, энцефалопатия хисобланади.	14-15 ешдан бошланганда ўринбосар гормонал даволаш олиб борилади. Тестостерон препаратлари: (тестостерон энантат ва тестостерон пропионат). Мушак орасига 50 мгдан 4-хафтада 1 марта, кейин доза 50 мгга оширилиб 6 ой давомида 2-3 хафтада 1 марта 200мггача дозани кутариш мумкин. Сперматогенезни кўзгатиш учун хорионик гонадотропин препаратлари (прегнил, профази) мушак орасига 1500 ТБ хафтада 3 марта № 10-12. Гонадотроп гормонлар стимуллаш учун гонадолиберинлар билан даволаш олиб борилади Гонадолиберин ацетат ҳар 80 минутда тери остига ёки вена ичига программалашган дозатор ёрдамида инъекция қилинади. Дозатор ҳар 90 мин давомида 5 мкгдан гонадолиберинни 7 сутка давомида организмга юборади. Курслар орасидаги интервал 1 хафта. Бундан ташқари анаболиклар, умумий кўвватни оширувчи препаратлар ва психотерапия олиб борилади.  Rp: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 5%-10 ml DTS № 6 in amp. S: 1 ml дан м/и ёоі ідà  Rp: Methyltestosteroni 0,005 DTS № 20 in tab. S: 1 таб 2 марта тил остига
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл						

## 5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Туғма гипотиреоз.

**Ёши:** 5 ёш

**Тана вазни:** 18кг

Клиника	Ташҳисот				Киёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Юз, ковок, тилнинг шиши, кўз ёриғининг кичрайиши, овознинг бўғилиши, брадикардия иштахани пасайиши, метеоризм, кабзият	<p>1. Қон умумий анализи</p> <p>2. Қонда холестерин</p> <p>3. Қонда альбумин</p> <p>5. Қондаги гормонлар: ТТГ</p> <p>6. Қонда - Т<sub>3</sub> ва Т<sub>4</sub></p>	<p>-гипо ёки нормохром анемия, сабаби тиреоид гормонларнинг етарли ишлаб чиқарилмаслиги билан боғлиқ</p> <p>-гиперхолестеринемия (N =1,8-4,9 ммоль/л) оғир турларида 10-12,0 ммоль/лгача ортади, ёғ алмашинувининг пасайиши билан боғлиқ</p> <p>-гипоальбуминемия (N= 56,6 - 66,8%) 20-30%гача камайди, оксил алмашинувининг пасайиши билан боғлиқ норманинг қўйи чегараси (Nк3,3-5,5) ммоль/л сабаби Т<sub>3</sub> ва Т<sub>4</sub> пасайиши билан боғлиқ</p> <p>-купайган (N=1-15ёш- 0,17-4,05 н/моль/л -0,6 - до 6,6 МкЕ/мл) ТТГ- 5МкЕ/млдан ортса туғма гипотиреоз тасдикланади, сабаби Т<sub>3</sub> ва Т<sub>4</sub> камайган.</p> <p>-камайган (Т<sub>3</sub> N=1-5ёш - 162-414 нмоль/л СИ)</p> <p>- камайган (Т<sub>4</sub> N=1-5ёш 94-193 нмоль/л) Т<sub>4</sub>- миқдори 120 нмоль/л ёки 50 нмоль/лгача пасаяди, ушбу гормонлар пасайиши қалқонсимон безнинг гипо ёки аплазияси билан боғлиқ</p>	<p>1. Қалқонсимон без УТТ</p> <p>2. Рефлексометрия</p> <p>3. Кафт суяклар R- сурати</p> <p>4. ЭКГ</p>	<p>-аплазия, гипоплазия</p> <p>(в Nк0,26-0,29) 0,29 сек. дан ортик сабаби, симпатик нерв системасининг Т<sub>3</sub> ва Т<sub>4</sub> камайганлигидан-дир</p> <p>-найсимон суяклар остеопорози, суяк ёшини паспорт ёшидан кечикиши</p> <p>-синус брадикардия, тишчалар вольтажининг кичрайиши S-T интервалини изо-электрик чизикдан пастда булиши - P- Q интервали чузилган</p>	<p>Эрта болалик даврида Даун касаллиги, рахит, турли анемиялар билан солиштирма ташҳис қилиш зарур. Даун касаллигида бўйи ва тана пропорцияси нормал. Кўз ёриқлари кисиқроқ, юзи пушти ранг, маъносиз қувонч намоен бўлади. Тери эластик, курук, микседематоз шиш бўлмайди. Рахитда болада ақл сакланади, терида ўзгаришлар йўқ, суяк системасида рахитга хос ўзгаришлар. Анемия гипотиреозда кучли бўлиб антианемик терапияга турғун. Каттарок ёшли болаларда бу касалликни гипофизар нанизм, хондродистрофия, гарголизм билан солиштириш зарур.</p> <p>Гипофизар нанизмда тана пропорцияси туғри, интеллект бузилмаган.</p> <p>Хондродистрофияда бўйи ўзига хос паст бўлиб тана пропорциясини ўзгаради (калла суяк, гавда катта, қўл -оёқлар калта, пешона кенг, дўнгли, қаншари чуқур), гипотиреозга хос тери ўзгаришлар бўлмайди, рухий ҳолати ўзгаришсиз.</p> <p>Гарголизм гепатомегалия, скелетда ўзгаришлар, кўриш ва эшитишни пасайиши. Тери ва тери ости ёғ қаватнинг яққол микседематоз ўзгаришларида буйрак касалликларидан фарқлаш зарур.</p> <p>Анаменезида буйрак касалликларини бўлиши, пешоб ва кўз туби ўзгариши А/Б ортиши, буйрак касалликларига ташҳис қўйишга ёрдам беради</p>	<p>1. <u>Консерватив:</u> тиреоид гормонлар, йодидлар.</p> <p>Ўринбосар даволашда тиреоидин, трийодтиронин, L-тироксин. Бошланғич доза 25-50 мкг/сут. Тавсия этилган дозалар 0-3 ой - 15-50 мкг/сут; 3-6 ой - 25-50 мкг/сут; 6-12 ой - 50-75 мкг/сут; 1-3 ёш - 75-100 мкг/сут; 3-10 ёш-100-150 мкг/сут; 10-15 ёш -100-150 мкг/сут; 15 ёшдан юқориси - 100-200 мкг/сут; эса саклаш лозимки Т<sub>4</sub> даволаш бошлангандан 1-2 ҳафтадан, ТТГ эса 3-4 ҳафта ўтгач нормаллашади. Симптоматик даволаш антианемик ва витаминтерапия, ҳамда оксилга бой пархез ва даволовчи бадан тарбияни ўз ичига олади. Ақлий заифликни даволаш учун психофармакологик препаратлар: ноотропил, глутамин кислота, пирацетам, церебролизин тавсия этилади.</p> <p>2. <u>Криоконсервацияланган</u> қалқонсимон без тўқимасини трансплантация қилиш. Трансплантат доимий равишда организм талабига мос равишда гормонлар ишлаб чиқаради.</p> <p>Rp: L -Thyroxini 100 Dtd № 10 in tab. S: 1 таб 2 маҳал бир кунда # Rp : Thyreocombi Dtd № 20 in tab. S: 1 таб 2 маҳал бир кунда</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл						

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Диффуз – захарли буқоқ

Ёши: 13 ёш

Тана вазни: 35 кг

Клиника	Ташҳисот				Киёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Асосий симптомлар учлиги: -буқоқ, -тахикардия, -экзофтальм бундан ташқари - кузгалувчанилик кўп терлаш, титраш, қизиш, бўйнинг баланд лиги, терида кичишишиш, иштаҳанинг баландлиги, баъзан коринда оғриқ, ич кетиш, тезда озиб кетиш, тез чарчаш, катта хореик ҳаракатлар қалқонсимон без катталашиси, ҳаракатнинг активлиги қайсарлиги, уйқунинг бузилиши бош оғриғи экзофтальм кўз симптомлари Штельваг, Мебиус, Грефе, куз ялтираши, қовоқларнинг кам юмилиши, Еллинек симптоми, майда тез тремор, доимий кизил дермографизм териси юпка, нам, тери ости ёғ қавати суст, нерв системасининг ўзгариши.</p>	<p>1.Қоннинг умумий таҳлили</p> <p>2.Қоннинг биокимёвий таҳлили</p> <p>3. Қонда холестерин</p> <p>5. Т<sub>3</sub> ва Т<sub>4</sub> қонда</p> <p>6. ТТГ-қонда</p>	<p>-Лейкопения, лимфоцитоз, ЭЧТ-ошиши, лейкопозга тиреоид гормонлар –нинг захарли таъсири билан боғлиқ -гипергликемия (N=3,3-5,5ммол/л) ичакда глюкоза сўрилишини кучайи ши ва оксилдан глюкозанинг ҳосил булишини тезлашиши орқали юзага келади -гипохолестеринемия (N=3.64-6.76ммол/л), сабаби ёғларнинг парчала нишидир</p> <p>-ошган (Т<sub>3</sub> N=1,2-2,8 ммоль/л)</p> <p>- ошган (Т<sub>4</sub> N=60-160 ммоль/л), қалқонсимон бездаги аутоиммун жараёнлар билан боғлиқ LATS-фактор, В-лимфоцит лар аномал клонлари</p> <p>-пасайган (N=0.35-5.5ммоль/л), тиреоид гормонларни кўп ишлаб чиқарилиши ТТГсинтезини сусайтиради</p>	<p>1.Рефлексометрия</p> <p>2.Қалқонсимон без УТТ текшируви</p> <p>3.ЭКГ</p> <p>4.Пунцион биопсия қилиб текшириш</p>	<p>-кискарган Nқ0.24-0.29сек симпатик асаб тизимининг кузгалувчанлиги ини ошиши билан боғлиқ</p> <p>-бир ёки иккала булақчаларнинг яллиғланиши ва гиперэхоген ревмокардитга хос, юракда оғриқ, тонларининг сусайиши,</p> <p>-Р- Т тишларнинг вольтажини кўтарилиш ритм бузилиши, синус тахикардия.</p> <p>Саратон касаллигини ва аутоиммун ўзгаришларни аниқлаш учун қилинади</p>	<p>1.Пубертат давридаги струмитда кўзгалувчанлик, озиш, кўп терлаш, лекин тахикардия доимий эмас, локал терлаш (қўлтик остида, қўлда ва оёқда )</p> <p>2. Ревмокардит билан ўхшаш симптомлар: умумий ҳолсизлик, юрак тез уриши, терлаш, хансираш, ревмокардитга хос, юракда оғриқ, тонларининг сусайиши, буғимларда оғриқ</p> <p>Ревмопробада СРБ мусбат ,Т<sub>3</sub>,Т<sub>4</sub> қонда норма.</p> <p>3.Нейроциркулятор дистония: қўлларнинг совуқлиги, пульснинг ўзгарувчанлиги, иштаҳа пасайиши, озиш, қонда Т<sub>3</sub>,Т<sub>4</sub> ўзгармайди, рефлексометрия нормада.</p>	<p>1.<u>Тиреостатиклар</u>: мерказолил Енвил даражасида : 10-15мг,урта оғир холда -20-30 мг, оғир турида 40 мг 3-4 ҳафтадан кейин эутиреоз ҳолатга келади Мерказолил ушлаб турувчи дозаси -2,5-5мг, 2-йил давомида берилади.</p> <p>2.в-адреноблокатор -анаприлин: Т<sub>3</sub>-периферия метаболизмига таъсир килади. Суткада -10 -40мг тайинланади. <u>Глюкокортикоидлар</u> –преднизолон. Кортикостероид- ларнинг антитироид таъсири -Т<sub>3</sub>- активлигини пасайтиради, схема буйича преднизолон -0,075 берилади (суткада). Бундан ташқари бром, валериана, транквилизатор, антигистамин препаратлар, В-гуруҳ витаминлари тавсия қилинади . <u>Ҳирургик даволаш</u>: диффуз токсик бўқоқ оғир тури, тугунли, қалқонсимон без саратони.</p> <p>Rp. Mercazolili 0, 005 Dtd № 50 in tab. S: 2 таб. 3 маҳал бир кунда</p> <p>Rp : Rezerpini 0,025 Dtd № 20 in tab. S :1/2 таб 2 маҳал бир кунда овқатдан сўнг.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл 10 балл

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Иценко-Кушинг касаллиги

Ёши: 14 ёш

Тана вазни: 70 кг

Клиника	Ташҳисот				Киёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация			
Семизлик—нотекис: кўпроқ елка, орқа сохада, юзи юмалоқ ойсимон. Териси юпка, курук, кўкрак соҳасида тилла қўнғир рангдаги; акроцианоз. Қорин терисида елка – сон ички юзасида кўкрак безлари соҳасида кенг атрофик қизил бинафша чизиклар (стриялар). Гипертрихоз, фурункулёз. Артериал гипертензия систолик ва диастолик босим ошиши. Гипертония касаллигига ухшаб юрак, кўз, буйрак зарарланиши мумкин. Юрак – қон томир етишмовчилиги белгилари: тахикардия, аритмия, ҳансираш: жигар катталашуви. Остеопороз. 80% беморларда жинсий безларнинг бузилиши: аёлларда олигоменорея, бепуштлиқ. Эркакларда импотенция. Асосан енгил, урта оғир босқичлари фаркланади.	1.Қоннинг умумий таҳлили.  2. Пешоб умумий таҳлили.  3.Қонда Na, К, хлорид, холестерин аниқлаш. Қон ва сийдикда ишқорий фосфотаза, альбумин, глобулин миқдо-рини аниқлаш.  4.Қонни гормонал текшируви: кортизол, ренин в-липотропин; в- эндорфин	Нб, эритроцитлар ошади, лимфопения ва эозинопения. Ҳаммаси глюкокор тикоидлар кўпайши билан боғлиқ.  -альбуминурия -цилиндрурия -гематурия  -Na <sup>+</sup> , Cl <sup>-</sup> кўпайган; К <sup>+</sup> камайган, гипер холестеринемия, гипоальбуминемия гиперглобулинемия, ишқорий фосфатаза камайган, гипофосфатемия -гипергликемия; -глюкозурия  -ҳаммаси кўпайган	1.Кранио-грамма  2. Гипофиз ва БУБ соҳаси КТ ва МРТ килиш  3. БУБ га қон орқали I <sup>131</sup> билан нишонланган I <sup>131</sup> -йод холестерол юбориб сканерлаш.  4.ЭКГ	-остеопороз бош мия суяклари да  - микроаденома -гиперплазия ёки аденома  - I <sup>131</sup> билан нишонланган 19-йод холестерол ўсмада тўпланади.  - Т тишларини пасайши - QT узайиши - ST пасайиши	1. Иценко-Кушинг синдромида /кортико-стерома/, БУБ рентгени ва сканирлаш, АКТГ, метапирон, дексаметазон, КРГ билан синама пешобда 17 КС ва 17 ОКС ни ўзгаришга олиб келмайди.  2.Ўсма, АКТГга ўхшаш махсулотни ишлаб чиқарувчи аъзолар -ЯМР  3. Ўсмирлик гиперкортицизм: текис, семириш, пушти рангда юзаки стриялар, гипертония доимий эмас. Кортизол ва қонда 17-КС ва 17 ОКС нормада.	1. <u>Патогенетик даволаш:</u> АКТГ ва кортизолни ҳосил бўлишини нормалаштириш; Гипофизни нурлантириш, жаррохлик аденомэктомияси ёки гипоталамо-гипофизар блокаторлар. Енгил ва ўрта оғирликда гипофизнинг нурлантириш: нур терапия, гамма-терапия (40-50 Грей); протонлар тутами (80-100 Грей курсига). Иккала буйрак усти безини оғир формасида жаррохлик усулида олиб ташланади. 1.Ўрта оғирлик даражасида комбинирланган даволаш олиб борилади: -битта буйрак усти беши жаррохлик усули билан олиб ташланади; гипофизар соҳани орасига нур терапия- гипофиз-аденомасини транссфеноидал олиб ташлаш. 2. <u>Медикаментоз даволаш:</u> Резерпин, дифенин, ципрогептадин, бромкриптин /Парлодел/ Бу препаратлар гипофизда АКТГ функциясини пасайтириш орқали БУБ функциясини пасайтиради  Rp:Chloditani 0,5 Dtd №100 in tab. S: 2 таб. 2 маҳал бир кунда  Жаррохлик даволашдан сўнг: Rp: Prednizoloni 0, 005 Dtd № 20 in tab. S: 1 таб. 2 маҳал бир кунда.	
100%	-	2	1	1	1	2	2
50%	-	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл							

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кандли диабет.

Ёши: 13 ёш

Тана вазни: 26 кг

Клиника	Ташҳисот				кёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Оғиз қуриши чанқаш, заифлик, тез - тез пешоб ажралиши, кўп овқат ейиш, озиш, қизларда терисида ва жинсий аъзоларида кичишиш, пешоб тута олмаслик. Уйқусизлик, никтурия, фурункулёз, жинсий ва жисмоний орқада қолиш, жигар катталашиси, оёқни ҳар хил соҳаларида кучли оғриқ, кўришни пасайиши, тез-тез яллиғланиш касалликларига чалинишга мойиллик, иммунитетни пасайиши кабилар кузатилади.	1. Қон умумий анализи 2. Накорда конда глюкоза 3. Қонда холестерин 4. β-липпротеидлар 5. Гликирланган гемоглобин HbA1c 6. Иммунореактив инсулин 7. Қолдик азот 8. Мочевина 9. Қонда С-пептид 10. Пешобда глюкоза	- анемия, лейкоцитоз ва ЭЧТнинг ошиши яллиғланиш ва ҳамроҳ касалликлар билан боғлиқ (УРК, зотилжам, ангина) -гипергликемия (N=3.3-5.5 ммоль/л) сабаби, инсулин етишмовчилиги  -ортган (N=3,64-6,76 ммоль/л), сабаби ёғ алмашинуви бузилиши -кўпайган (N=3,50-7,76ммоль/л)  -кўпайган (N=4-5%), сабаби глюкоза гемоглобиннинг В занжирдаги N халқа билан нофер -мент йул билан реакцияга киришади (кетоамин ҳосил булади)  - диабет I турида камаяди, II турида нормада ёки ортади  -кетоацидозда ортади (Nк 4,7-9,7 ммоль/л), сабаби оксил катаболизми билан боғлиқ  -ортади (N= 2,50-8,33 ммоль/л), сабаби оксил катаболизми билан боғлиқ  -камаяди (N=0,1-1,22ммоль/л), диабет I турида камаяди, II турида нормада ёки ортади -глюкозурия (нормада бўлмайди) сабаби, буйракнинг глюкозага бўлган бўсағаси ўзгаради	1.ЭКГ  2.Кўкрак қафаси R-сурати  3. Окулист маслаҳати  4.Невропатолог маслаҳати	-юрак чап қоринчаси мушакларида метаболик ўзгаришлар  -зотилжам, сил касаллиги, организмнинг умумий қувватсизланиши натижасида юзага келади  -диабетик ретинопатия, катаракта, модда алмашинувининг бузилиши натижасида кўрув органларининг фаолияти пасайиши билан боғлиқ  -диабетик полинейропатия, энцефалопатия, нерв толаларининг демиелинизация жараёни билан боғлиқ	1. Қандсиз диабет: нормогликемия, агликозурия, пешоб зичлиги 1001-1005. Қандли диабетда: глюкозурия, пешоб зичлиги 1035-1040. 2. Буйрак диабет: оёқлар ва юзларда шишлар, альбуминурия цилиндрурия, гематурия. Нефропатиясиз қандли диабетда: полиурия, полидипсия. 3. Иккиламчи қандли диабет турлари: Иценко –Кушинг синдромида: гипертония, семизлик, остеопороз кузатилади. Қандли диабетда-озиш, атрофик чизиклар йўқ. Қон босими нормада. Акромегалия: боши катта, оёқ – қўллари нинг панжалари, пастки жағ суяги катталашади - краниограммада –турк эгарида ўсма аниқланади Қандли диабетда бундай белгилар йўқ.	Қандли диабетни I турида – компенсацияни таъминлаш. а) парҳез, стол №9, б) жисмоний машқлар. в) инсулинотерапия. г) ўз-ўзини назоратга ўқитиш. А) Физиологик парҳез стол №9 Тез хазм буладиган углевод, ёғларни камайтириш. <u>Овқатланиш рационини энергетик қиймати:</u> углеводлар-50 – 60%, ёғ - 15-20% ,оксил - 20-25% билан қопланади. Б) Жисмоний машқлар маълум миқдорда олиб борилади. В) Инсулин билан даволаш: 1.)(кетозидоз бўлмаганда) 0,3-0,4-0,5-0,6-0,7 ТБ/кг га. 2).Кетоацидозда инсулин 1-1,5 ТБ/кг вазнига берилади. 3) Кетоацидотик комада 2-4 ТБ/кг вазни га берилади. Даволаш 2 усулда олиб борилади: А) Интенсив даволаш: янги аниқланган диабетда, диабетик комада керакли миқдорда инсулин юборилади Б) Базис-болус усули: таъсири узайтирилган инсулин 2 мартаба оддий инсулин билан, тушлик олдида ва соат 16 <sup>00</sup> да оддий инсулин юборилади. <u>Симптоматик даволаш:</u> В гуруҳ витаминлари, анаболиклар: ретаболит, нероболит, -ангиопротекторлар: трентал, продектин. <u>Диабетик гепатозда:</u> липоид кислота, берлитион тавсия қилинади. Rp: Actrapid 10ml D.t.d. N 5 S. 4 ЕД 2 маҳал кунига тери остига
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл						

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш варақаси

Ташҳис: Гипофизар нанизм.

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 17 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти.
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Яққол равишдаги пропорционал ўсишни орқада қолиши Скелет суякланиши орқада қолиши. Тери ажинли бурмали, нозик, рангпар. Семиришга мойиллик. Мушак суст ривожланган. Гипогликемияга мойиллик. Ички органларида спланхномикрия. Жинсий аъзолар ривожланмаган баъзан крипторхизм. Кейинрок иккиламчи жинсий белгилар кўринмайди. Баъзи ҳолларда мия ичи босими кутарилиши кузатилади. Кўриш қобилиятини сусайиши кузатилади. Баъзида қандсиз диабет кузатилади.</p>	<p>1. Қон умумий таҳлили</p> <p>2. Қондаги холестерин</p> <p>3. Қондаги қанд</p> <p>4. Ишқорий фосфатаза</p> <p>5. Қонда гормонлар - СТТ</p> <p>6. Қонда ИФРІ ва ИФР ІІ (қонда инсулинга ўхшаш факторлар)</p> <p>7. Т<sub>3</sub>; Т<sub>4</sub>-</p> <p>8. ЛГ ва ФСГ</p> <p>9. Пешобда 17 – КС</p>	<p>- норма ёки гипохром анемия (NкНб 120 -140 гр/л), бу ҳолат қалқонси -мон без гормонлари етишмаслиги билан боғлиқ</p> <p>- гиперхолестеринемия Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, СТГ ларнинг камайиши билан боғлиқ</p> <p>- пасайган (N=3,5-5,5 ммоль/л)</p> <p>- ишқорий фосфатаза активлигини пасайиши (N=0,5-1,3 ммоль/л), Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, ТТГ камайиши билан боғлиқ</p> <p>- камайган (болаларда N= 3,88 н/моль/л), гипофизни аплазияси ёки гипоплазияси билан боғлиқ</p> <p>- камайгани сабаби жигар ва буйраклардан етарли ишлаб чиқарилмайди</p> <p>- камайгани сабаби гипофизда ТТГ кўп ишлаб чиқарилади</p> <p>- камайган, гипофизда гонадотроп гормонлар ишлаб чиқарилиши камаяди (ЛГ эркак 5-20ЕД/л аёллар Іф -5-25ЕД/л П ф -12-30ЕД/л ФСГ эркак -20ЕД/л аёллар Іф-5-20ЕД/л П ф-12-30ЕД/л (овулятор чукки) -камайган, АКТГ кам ишлаб чиқарилиши билан боғлиқ (N=кизларда -16-ёш-1,8-7,2мг/сут ўғил болалар 1,01-8,7 мг/сут</p>	<p>1. Қалла суяги Ро-сурати</p> <p>2. Қул бармоқлари Ро-сурати</p> <p>3. Турк эгари ва аденогипофизни КТ, ЯМР кишиш</p> <p>4. Антропометрия</p> <p>5. Окулист куриги (куз туби ва кўриш майдонини аниклаш)</p> <p>6. ЭКГ</p> <p>7. Кичик чанок аъзолари УТТси</p>	<p>- турк эгари кичиклашган, асосий суяк пневматизацияси пасайиши</p> <p>- суяк ёши 4 йил ёки ундан ортик ортда қолиши.</p> <p>- гипофизда ўсма, томирлар аневризми.</p> <p>- жисмоний ривож - ланишдан ортда қолиш</p> <p>- битемпорал гемиянопсия, гипофиздаги турли ўзгаришлар орқали юзага келади</p> <p>- волтажи пасайган брадикардия S-T интервал пасайган</p> <p>- бачадон тортилган ҳолда ортиклари аникланмайди, сабаби ЛГ ва ФСГ гормон- ларининг кам ишлаб чиқарилишидир</p>	<p>Гипофизар нанизм куйидаги касалликлар билан такқосланади: 1. Туғма гипотиреоз – ақлий ривожланиш орта қолади килиник ва лаборатор белгилар огир гипотиреозга ўхшаш бўлади. 2. Шершевский-Тернер синдром вазн етишмовчилиги ва жинсий инфантилизм билан бирга суякда соматик аномалиялар, полидактилия, канотсимон бурмали қалта буйин, сочи буйиндан ўсиши, готик танглай. 3. Соматоген буй пастлиги узок гипоксия билан кечадиган огир соматик касалликлар (анемия, ўпка касалликлари, юрак-томир система си) бўй ўсиши орқада қолади 4. Иценко-Кушинг касаллигида пақаналик, юзда, буйинда гавдада, ёғ тўпланади. Юз ойсимон кўринишда бўлади, матронизм, стрия, гипертрихоз, гирсутизм ва патологик синишлар кузатилади 5. Конституционал бўй ўсиши ва ривожланишини ортда қолиши – бу одагда ота-оналар қариндош бўлганда кузатилади 3-4 ва 12-16 ёшда ортда қолади суяк ёши хронологик ёшдан ортда қолмайди. Бундай болаларда 14-16 ёшда пубертат даври бошланади. Шунга боғлиқ ҳолда пубертат усиши 2-4 йилга кечикади.</p>	<p><u>Бўй ўсишини стимулловчи воситалар</u> : Хуматроп Нордитропин Сайзен 2-4 ЕД хафтада 3 марта 2 ой танаффус билан</p> <p><u>Анаболиклар</u> : нероболіл 1-1,5мг/кг 15 кунда 1 марта м/и ретаболіл 1мг/кг/сут 1ойда 1 марта 4 хафта танаффус билан.</p> <p>Метиландростендиол 1-1,5 мг/кг сублинг - вал ҳар куни 1 ой давомида 2-4 хафта танаффус билан.</p> <p>Гипогонадизмда <u>Хорионик гонадотропин бериледи</u>: ўғил болаларга 750-1000 ЕД м/и хафтада 2-3 марта, 10-15 инъекция 16 ёш -дан кейин метилтестостерон кичик дозада 5мг суткасига сублингвал бериледи. Кизларга эстрадиол 0,01-02 мг/сут. Витаминлар А,В гуруҳи глутамин кислотаси, калий оротат, тиреоидин, тиреотом, L- тироксин Rp: Tab. Neroboli 0,005 D.t.d. N20 S.Po1 таб. 2раза в день # Rp: Sol. Retabolili oleosae 5% - 1,0 in amp. S.Po 1 мл в/м раза в месяц</p>
100%	- 2	1	1	1	1	2
50%	- 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1
Жавоб йўқ	- 0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл						

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Семизликни конституционал – экзоген тури.

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 50 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиссий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширувлар	Интерпретация	Инструментал текширувлар	Интерпретация		
Тана массасининг ортиши (Nк10 кг). -ҳансираш -ҳолсизлик -юрак соҳасидаги оғрик -иштаҳа юқори -бош айланиши -уйқучанлик -қоринда дам бўлиши Кўрувда: ёғнинг бир текис (тананинг барча қисмида бир хил) жойлашиши тери нам, ёғ безларининг функцияси ошганлиги киндик ва чов чурраси, пиодермия, юрак чегаралари кенгайган, чуқки турткиси сустлашган, юрак тонлари буғиқ баъзан гипертермия. Ўпканинг бронхитга мойиллиги, ошқозон -ичак трактида дистония, ошқозонни пастка тушиши, холецистит, холангит. Аёлларда хайз циклининг бузилиши қиз болаларда гипогонадизм, уғил болаларда крипторхизм.	1.Қон умумий анализи  2.Қондаги холестерин  3.Липопротеидлар  4.Қонда глюкоза  5.Қонда Т3,Т4  6. 17-КС	-Нв ва эритроцитларнинг ортиши.  -гиперхолестеринемия (N=3,64-6,76 ммол/л), ёғ алмашинувининг бузилиши билан боғлиқ  -в - липопротеидлар ортган (3,5-7,76г/л) -эркин ёғ кислоталар кўпайган  -қонда қанд миқдори ошган (N=3,5-5,5ммол/л) рецепторларнинг инсулинга нисбатан сезувчанлигининг пасайиши билан боғлиқ  -қонда Т <sub>3</sub> , Т <sub>4</sub> камайган (Т <sub>3</sub> N=1,2-2,8 нмол/л) Т <sub>4</sub> N= 60-160 ммол/л), сабаби гипофизда ТТГ камайган  -пешобда кўпайган (N=8-12 мг/сут), сабаби гипоталамус-гипо-физ-буйрак усти безлар тизимининг дисфункцияси натижасида АКТГ кўп ишлаб чиқарилиб, у ўз навбатида андрогенлар ишлаб чиқарилишини стимуллади	1.Бош мия суягини Rc-сурати  2.Антропометрик текширув ТВИ аниқланади.  3. Мия ва буйрак усти безларини КТ қилиш  4. ЭКГ	Бош мия гипертензияси  I-даражадаги семизликда ТВИ 27,5-29,9%  II-даражадаги семизликда ТВИ 30-34,9%. III-даражадаги семизликда ТВИ 36 – 39,9% IV- даражадаги семизликда ТВИ 40% дан ортиқ  - гипофиз ва буйрак усти ўзгаришсиз  ЭКГ да миокард дистрофияси S-T тишининг пасайиши.	Семизлик диэнцефал соҳани зарарланиши билан боғлиқ, қоринда стрия (оксизик)ларнинг пайдо булиши . -Адипозо – генитал дистрофияда иштаҳани юқорилиги, кам ҳаракат бўлиши, яққол гипогенитализм билан кечади. Лоуренс-Мун -Барде-Бидл ривожланиш аномалиялари билан кечадиган ирсий касаллик бўлиб, куйидагилар: крипторхизм, полидактилия, синдактилия, кўрлик, ақлий заифлик каби симптомлар кузатилади. Иценко-Кушинг синдромида ёғнинг елка, сон соҳасида тўпланиши, ойсимон юз, юзнинг қизариши, хуснбузар пайдо бўлиши кузатилади.	1.Хафтада 2 марта оч кунлар тавсия этилади. 2. <u>Диетотерапия</u> каллориянинг умумий миқдори 30-40% гача қисқартирилади, оксил миқдори чегараланмай -ди.(1 кг тана вазнига 4 грамм оксил ), ёғ ва углеводлар камайтирилади. Витаминлар меъёрида берилди. Овқат оз-оздан кунига 5-6 марта берилди. Семизлик даражасига караб №8 стол, ош тузи миқдори 3 – 5граммга камайтирилиб сув миқдори чекланади . 3. <u>Жисмоний тарбия, массаж тавсия этилади</u> 4. <u>Липотрон ва мембрано -стабилловчи препаратлар:</u> – липамид, адипозин, ксеникал, витамин Е, сибутирамин, фебранон кабилар тавсия этилади.  Rp: Mazindoli 0, 001 DTS № 50 in tab. S: 1 таб. 2 маҳал овқатдан олдин.  Rp: Xenikali 120 mg DTS № 50 in tab. S: 1 таб. 3 маҳал овқат пайтида.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл 10 балл						

5 – курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гиперпаратиреоз

Ўши: 12 ёш

Тана вазни: 40 кг

Клиника	Ташхисот				Кийсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Кескин озиш, териси кулранг –ер рангда, умуртка суяклариди остео- пороз, оёк-қўллариди деформация, суяклар синиши туфайли буйрак пасайиши, чанок суяклар кийшайиши, сохта бўғимлар пайдо булиши, мушаклар заифлиги туфайли оксаш, «ўрдаксимон» юриш, кукрак қафаси «бочкаси-мон», когургалар йугонлашган, калла суяги перкуссиясида тимпаник овоз эшитилади, тишларда, жаг ва юз суяклариди эпюлидлар аникланади. Тахикардия, кон босимини баъзан ортиши, ошкозон- 12-бармоқли ичкада битмас яралар, панкреокалькулёз, панкреонекроз, полидипсия, буйракда тошлар, орқа мия ва унинг толаларини эзили –ши туфайли чанок аъзолари фаоляти бузилади депрессия, хотира сусайиши.	1. Қон умумий таҳлили 2. Қон биохимёвий таҳлили 3. Қонда $Ca^{2+}$ микдори 4. Ионланган $Ca^{2+}$ 5. Қонда $P^{3+}$ микдори 6. Ишкорий фосфатаза 7. Пешоб таҳлили 8. Пешобда $P^{3+}$ 9. Найсимон реабсорбция 10. Қонда паратгормон микдори	- анемия  - ортган (3.05 ммоль/л дан юқори) (N=2.4-2.9 ммоль/л) - ортган 1,3-1,5 ммоль/л (N=1-2 ммоль/л) - камайган (0,969ммоль/л) (N=3,2.-4,8 ммоль/л) - активлиги Баданский буйича 20 Едгача ( N=1-5ЕД) ошади - изогипостенурия, - цилиндурия, - протеинурия  - гиперфосфатурия (25,8-48,0 ммоль/л) - 50-75% гача - камайган (N=85-95%)  - жуда ортган (N=10-65 мг/ л)	I. Суякларнинг R – Сурати     2. ЭКГ  3. Буйин сохасининг Ro-сурати 4. Суякларни биопсия қилиш гистологик текширув 5. Буйинни КТ қилиш 6. Қалконсимон олд безларини УТТ қилиш 7. Se- метионин радионизотоп сканерлаш сохасида қизилўн - гачни барий билан контраст -лаш ( Рейнберг-Земцов) синамаси	-ёйма остеопороз декальцинацияланган ўчоқлар, найсимон суякларда бир ва кўп- камерали кистасимон ўзгаришлар, уларда магиз кават юпқалашган суякларда дона дорлик декальцинацияланган соҳаларни нормал туқималар, билан бирга учрайди, жаг ва калла суякларда кистоз хосилалар пайдо бўлади.  - Q-Т интервалини кискариши.  - кизилўнғач ва трахеяни сиқилиши  -суякларда остеопороз  -суякларда остеопороз -паракалконсимон без аденомаси  -паракалконсимон без катталашиши  - паракалконсимон без аденомаси	Бирламчи гиперпаратиреозни : Педжет ва миеломаси касалликларидан, фиброз дисплазия, етилмаган остеогенез, буйрак ва ичак остеоидиофиляридан, сийдик тош касаллигидан, гормонал спондилопатия, саркоидоз, Бюрне синдроми, қалконсимон олди безига боғлиқ бўлмаган гиперпаратиреозлар билан солиштирма ташхис қилинади. 1. Педжет касаллиги: катта ёшларда (60 ёшдан юқори) кузатилиб, кон ва пешобда $P^{3+}$ нормада, ишкорий фосфатаза активлиги ошган, буйрак концентровчи хусусияти сакланган, тизимли остеопорозлар, кафт ва тўпикларда киста, гиперостоз ва остеосклероз кузатилмайди. 2. Миеломаси касаллиги: гиперпротеинемия, суяк кўмиги пункциясида миелом хужайралар, ишкорий фосфатаза активлиги нормада пешобда Бенс-Джонс оксиллари, калла суяги Ro-суратида «тешик калла суяги» аникланади. 3. Фиброз дисплазия: биохимёвий ўзгаришлар бўлмайди , 17-КС ва 17-ОКС нормал ажраледи, тизимли остеопороз ва буйракда тошлар йўқ, пигмент доғлар сутли қоғе рангда эрта жинсий ва жисмоний етилиш ( Олбрайт симптом). 4. Буйрак остеоидиофиляси: жисмоний ва жинсий ривожланмаганлик, қонда $Ca^{++}$ нормада ёки кам бўлиши, аминоацидурия. колит ва гастроэнтероколити эрта бошланиши. 5. Ичак остеоидиофиляси: анамнез, буйракда тошларни бўлмаслиги, $Ca^{++}$ ни кон ва пешобда нормал ёки пастроқ бўлиши. 6. Буйрак – тош касаллиги: полидипсия ва полиурияни бўлмаслиги қонда биохимёвий кўрсаткичларни нормал бўлиши, пешобда кислотали мухит булиши. 7. Гормонал спондилопатия: аёлларда пост климактерик даврда ривожланиб, остеопороз кўпроқ умуртқаларда учрайди. Қонда $P^{3+}$ ва ишкорий фосфатаза за активлиги норма - да бўлади. 8. Саркоидозда: лимфа тугунлари шикастланиши, тери кўкимтир рангда, тери ости ёғ кавати да тугунчалар ва зичлашишлар, қонда $Ca^{++}$ микдорини кортизол билан синамада кескин пасайиши. 9. Бюрне синдром: анамнез, ошкозон яра касаллигини даволашда кўп микдорда ишкор ва сут истеъмол қилиш, ишкорий фосфатаза активлигини нормада бўлиши, суякда патологик жараёнларни бўлмаслиги, ёйма кичиш. 10. Бошқа ўсмалар натижасида ривожланадиган гиперпаратиреоз. Бунда бирламчи ўсма ўпкалар, тухумдон, бронхлар ва калконсимон безлариди саратониди кузатилади. Веноз қонда артериал конга нисбатан $Ca^{++}$ жуда кўп. Буйракда тошлар йўқ. Сутқалик пешобда 17-КС нормада. Умуртка поғонасида метастазлар кузатилмайди.	Ягона даволаш усули – жаррохлик. <u>Гиперпаратиреоид кризиди:</u> 1. в/и 1,5-2 соат ичида изотоник эритма NaCl-300 мл. 2. Фуросемид 2 сутқада-80-100 мл/с. 3. Магний сульфат – м/и 10 мл 25 %. 4. Кальцитрин - м/и ёки м/о 1-4 Ед 1 кг вазнига 12 соат. 5. Кортизон - м/и ёки в/и 150 мл томчилаб. 6. Натрий цитрат – 250 мл 2,5 % эритма в/и томчилаб 8 соат ичида. 7. Na ва К – фосфат буфери - в/и томчилаб 8-12 соат 24 соат ичида қайтариш. 8. Митрамицин- 25 мг/кг/в/и 9. Перитониал диализ ёки гемодиализ. 10. Пархез (Са сиз озик- овқатлар) , жаррохлик усулидан сунг: 1) хлорид кальций в/и 50 мл 10% эритмаси 2) м/и ёки м/о –паратиреоидин 100 ЕД гача. 3) Витамин Д, дигидротакхистерол. Жаррохлик усулидан сўнг даволаш муддати 1-3 ой.  Rp: Sol Parathyroidini2,0 Dt.s. № 10 in amp. S: 2 мл дан м/и  #  Жаррохлик усулидан сўнг:  Rp: Sol. Calcii chloridi 10%- 10 ,0 Dt.s. № 15 in amp. S: 10 мл вена ичига секин- аста юборилсин
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл 10 балл



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир эшакеми. Квинке шиши. Ёши: 12 ёш Тана вазни: 42 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Асосан қаварчикли тошмалар бирданига пайдо бўлади. Қаварчиклар бир-бирига қўшилиб, катта юзаларни эгаллайди. Юз, бўйин териси ва шиллик қаватларда шиш юзага келади. Баъзан асфиксия кузатилади</p>	<p>Умумий қон тахлили</p>	<p>Моновалент сенсбилизация таъсирида эозинофиллар миқдорини ошиб кетиши кузатилади. ЭЧТ ошади, лейкоцитоз кузатилади.</p>	<p>Аллергик антигенлар билан синамалар ўтказиш</p> <p>Дермографизм – уртикар.</p>	<p>Маълум бир аллергияга мусбат кўрсаткич олиш.</p> <p>Тўмтоқ нарса билан терига таъсир қилинган соҳада қаварчикли тошмалар пайдо бўлади.</p>	<p>Дори-дармон ва озик-овқатдан юзага келган токсикодермия билан таққосланади. Элементлар полиморфизми кузатилади. Эритематоз доғлар, пуфакчалар, пуфаклар, кипиклиниш кузатилади.</p>	<p>Rp.: Sol. Prednisoloni 3%-1,0 ml D.S. 1,0 мл, м/о, қунига 1 маҳал, 3 кун мобайнида.</p> <p>Rp.: Sol. Hemodesi – 200,0 ml D.S. Вена ичига секин томчилатиб, қунига бир маҳал, 3 кун мобайнида.</p> <p>Rp.: Sol. Suprastini 2%-1,0 ml D.S. 1,0 мл, м/о, қунига 2 маҳал.</p> <p>Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10,0 ml D.S. 10,0 мл, в/о, аста-секинлик билан юбориш.</p> <p>Rp.: Sol. Furosemidi – 2,0 ml D.S. 1,0 мл, м/о, қунига 2 маҳал.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Атопик дерматит, лихеноид клиник шакли.

Ёши: 14 ёш.

Тана вазни: 45 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Юз, бўйин, қўл ва оёқларнинг букувчи сохаларида яғирланган ўчоқлар пайдо бўлади. Тери юзаси қуруқ. «Ифлос бўйин» белгиси, кўз атрофларда эса Дени-Морган бурмалари пайдо бўлади. Ксероз ва ксеродермия аниқланади. Кучли қичишиш кузатилади.	Қоннинг умумий таҳлили. -эозинофилия 8-10% гача (нормада 3-5%)	Турли озиқ-овқат маҳсулотларига сенсбилизация пайдо бўлиши ҳисобига эозинофилия кузатилади.	Дермографизм: оқ	Симпатик нерв тизми тонусининг устунлиги ҳисобига оқ дермографизм кузатилади.	Ўчоқли ёки таркок нейродермит касаллиги билан тақосланади – бемор авлодида аллергик касалликларга чалинган беморларнинг йўқлиги, касаллик ҳар қандай ёшда асабдаги салбий ўзгаришлар ҳисобига ёки оксилга бой овқатларни кўп миқдорда истемол қилиш ҳисобига тусатдан қичишиш ва кейинчалик тегишли тошмаларни пайдо бўлиши билан бошланади. Тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг букилувчи юзаларида жойлашади.	<p>1. <u>Диета</u></p> <p>2. <u>Антигистамин дори воситалари.</u> -Димедрол 1%-1-5мл 10-15 кун, -Супрастин 2%-1-2мл м/о 10-15кун, -Диазолин 0,05-0,2 кунига 1-2 маҳал.</p> <p>3. <u>Десенсбилизацияловчи воситалар:</u> Кальций хлор 10% 8-10 мл вена ичига юбориш. 6-10 кун. Тиосульфат натрий 30 %, 8-10 мл вена ичига. 6-10 кун.</p> <p>4. <u>Тинчлантирувчи дори воситалари.</u> Валериана таблеткаси 0,02 2-3 маҳал 15-20 кун</p> <p>5. <u>Ферментлар.</u> Панкреатин 1 таб 3-4 маҳал овқат билан. Фестал 1 таб 2-3 маҳал 20-30 кун.</p> <p>6. <u>Сорбентлар.</u> Карболен 0,5-1г дан 4-6 маҳал 7 кун.</p> <p>7. <u>Маҳаллий даво.</u> Стероид малхамлар: Преднизолон, глюкокортизон, адвантан, лоринден, целестодерм 2-3 маҳал суриш.</p> <p>Rp.: Sol. Suprastini 2%-1,0 D.S. 1,0 дан, м/о, кунига 2 маҳал. Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10,0 D.t.d. N 10 in ampull. S. 10 мл дан в/и , аста-секинлик билан, кунига 1 маҳал юборилади (10-кун). Rp.: Tab. Pancreatini №30 S. 1 таб.дан, кунига 3 мах овқатдан кейин ичиш. Rp.: Tab. Extr. Valerianae obductae 0,02 D.t.d. N30 S. 1 таб дан, кунига 3 маҳал, овқатдан кейин ичиш. Rp.: Ung Lorideni A – 25,0 D.S. кунига 2 маҳал суриш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Токсикодермия. Лайелл синдроми. Ёши: 10 ёш Тана вазни: 38 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Тери ва шиллик қават сохаларида тугунлар ва пуфакчалар, баъзан пуфаклар пайдо бўлади. Баъзи холларда диффуз равишда, эритематоз ўчоқлар ва эритродермия кузатилади. Лайелл синдромига хос – эпидермолиз ва эпителий некролизи кузатилади, тери ва шиллик қаватлари II даражали куйишни эслатади Никольский ва Асбо-Гансен симптомлари мусбат бўлади.</p>	<p>Конинг умумий тахлили.</p>	<p>Моновалент сенсбилизация таъсирида эозифилия микдори ошиб кетилиши кузатилади. ЭЧТ – ошади лейкоцитоз кузатилади аллергик реакцияни олиб кетилиши эвазига организмни яллигланиши кузатилади.</p>	<p>Никольский белгиси мусбат.</p> <p>Асбо-Гансен симптоми мусбат.</p>	<p>Эпидермиснинг пўстлоғи пинцент ёрдамида тортилганда, соғлом эпидермис ҳам осонликда кўчади.</p> <p>Ёрилмаган пуфак юзасига босганда пуфак ёнига қараб катталашади.</p>	<p>Лейнер – Муссунинг десквматив эритродермияси – асосан янги туғилган чақалоқларда учрайди, себореяли кипиқ ва қатқалоклар кузатилади.</p> <p>Риттернинг эксфолиатив дерматити – пуфак таркибида стафилококк топилади.</p>	<p>Rp.: Sol. Prednisoloni 3%-1,0 ml D.S. 1,0 мл дан, м/о, кунига 1 маҳал, 3 кун мобайнида.</p> <p>Rp.: Sol. Hemodesi – 200,0 ml D.S. вена ичига томчилатиб, кунига 1 маҳал, 3 кун мобайнида.</p> <p>Rp.: Sol. Suprastini 2%-1,0 ml D.S. 1,0 мл дан, м/о, кунига 2 маҳал.</p> <p>Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10,0 ml D.S. 10,0 мл, в/и, аста-секингина юбориш.</p> <p>Rp.: Ung. Xeroformii 3%- 50,0 D.S. Махаллий суртиш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Болалар қичимаси. **Ёши:** 10 ёш. **Тана вазни:** 35 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Юз, бўйин, бадани, қўл ва оёқларнинг ёзувчи сохаларида яллиғланган ўчоқлар пайдо бўлади, асосан тугунчалар устида жойлашган пуфакчалар – серопапулар, эксориациялар, геморрагик қатқалоклар кузатилади. Тунда зўрайувчи кучли қичишиш кузатилади.	Қоннинг умумий таҳлили. -эозинофилия 8-10% гача (нормада 3-5%)	Турли озиқ-овқат маҳсулотларига сенсibiliзация пайдо бўлиши хисобига эозинофилия кузатилади.	Дермографизм - оқ	Симпатик нерв тизми тонусининг устунлиги хисобига оқ дермографизм кузатилади.	Қўтир – тугунчали ва пуфакчалик тошмалар жуфт-жуфт бўлиб жойлашади, микроскопик каналар аниқланади. Ўчоқли ёки тарқок нейродермит касаллиги билан таққосланади – Тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг букилувчи юзаларида жойлашади.	1. <u>Диета</u> 2. Rp.: Sol. Suprastini 2%-1,0 D.S. 1,0 дан, м/о, кунига 2 маҳал. 3.Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10,0 D.t.d. N 10 in ampull. S. 10 мл дан в/и, аста-секинлик билан, кунига 1 маҳал юборилади (10-кун). Rp.: Tab. Pancreatini №30 S. 1 таб.дан, кунига 3 маҳ овқатдан кейин ичиш. Rp.: Tab. Extr. Valerianae obductae 0,02 D.t.d. N30 S. 1 таб дан, кунига 3 маҳал, овқатдан кейин ичиш. 4. Rp.: Ung Lorindenі C – 25,0 D.S. кунига 2 маҳал суриш.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ранг-баранг темирлатки      **Ёши:** 23 ёш      **Тана вазни:** 75 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Касаллик кератомикозлар гуруҳига мансуб бўлган <i>Pityrosporum orbiculare</i> замбуруғлари томондан чақирилади. Маиший алоқа орқали юқади. Инкубацион даври – 2 hafta -2 ой.</p> <p>Теридаги патологик жараён яллиглианишсиз, тарқоқ, симметрик ҳарактерга эга. Тошмалар бўйин, кўкрак, кураклар усти, бел, елка, қўлларнинг букувчи юзаларида жойлашади. Асосий тошма элементлари булиб гипо-, гиперпигмент ва баъзи соҳаларда эритематоз доғлар хизмат қилиб, уларнинг юзасида кепаксимон қипиқланиш кузатилади. Субъектив-кучсиз қичишиш.</p>	Микроскопик таҳлил ўтказиш	Қипиқларда қўзғатувчининг мицелийларини топилиши.	Бенье синамаси, «қипиқланиш» феномени  Бальцер синамаси  Зарарланиш соҳаларини Вуд люминесцент лампаси ёрдамида ёритиш	Гиперкератоз жараёни туфайли қиртишлаш усули қўлланилганда, яширин қипиқланишнинг мавжудлиги.  Гиперкератоз оқибатида, зарарланган ўчоқларга йоднинг 5% спиртли эритмаси суртилганда, зарарланган ўчоқлар тўқроқ бўялади.  Ўчоқларнинг қўнғир-жигарранг тусда ёғдуланиши кузатилади.	Заҳмининг иккиламчи давридаги заҳм лейкодермалари – Бальцер синамаси, Бенье белгиси «манфий», микроскопик замбуруғлар аниқланмайди, «мусбат» классик серологик реакциялар ва махсус реакциялар натижалари аниқланади. Витилиго – депигмент доғлар кузатилади. Жибернинг пушти темирлаткиси – эритематоз-сквамоз доғлар ва «она пиллакча» сининг мавжудлиги.	<p><u>Махалий:</u> 1.Rp.: Sol. Acidi salicilici 2% - 10,0 S. Ўчоқларга кунига 2 маҳал суртиш. 2.Rp.: Ung. Clotrimasoli – 20,0 S. Ўчоқларга кунига 2 маҳал суртиш.</p> <p><u>Демьянович усули:</u> Аввал зарарланиш ўчоқларига 2 маротаба 60% тиосульфат натрий эритмаси (болаларга 40%), сўнгра хлорид кислотасининг 6% (болаларга 4%) эритмаси 2 маротаба суртилади, химиявий реакция оқибатида фунгицид хусусиятга эга бўлган олтингургуртнинг ион шакллари ҳосил бўлади.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Оёқ қафти эпидермофитияси. Интертригиноз клиник шакли

Ёши: 44 ёш

Тана вазни: 82 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Trichophyton mentagraphites interdigitale varum замбуруғи томонидан кўзгатиловчи, дерматофитиялар гуруҳига кирувчи касаллик. Касаллик маиший алоқа орқали бегоналарнинг оёқ кийимини кийганда, хаммом, бассейнларда юқади. Теридаги патологик жараён ўткир яллигланишли характерга эга бўлиб, оёқ қафтида аввал 3 ва 4, сунгра барча бармоқлар оралиги зарарланади. Зарарланиш бир ёки иккала оёқ қафтларида кузатилади. Асосий тошма элементлари бўлиб: эритематоз доғлар, кипиклар, пуфакчалар, эрозиялар, ёриқлар, сероз ва геморрагик қатқалоқлар хизмат қилади. Субъектив – кучли қичишиш, ачишиш, юрган вақтда оғриқ.	Микроскопик Ташҳисот – замбуруғларнинг мицелийлари топилади.  Бактериологик усул – Экмаларда Trichophyton mentagraphites interdigitale varum топилади.	Касаллик замбуруғлар томонидан чақирилганлиги сабабли, зарарланиш ўчоқларидан олинган кипикларда, 25-30 минут 20% КОН эритмасида ушлангандан сўнг, замбуруғ мицелийлари топилади.  Бактериологик экма орқали кўзгатувчининг тури аниқланади.	-	-	Дисгидротик экзема – зарарланишнинг симметриклиги, эритематоз ўчоқларнинг узок вақт сақланиши ва экзематоз тошмаларнинг оёқ қафтининг устки соҳаларига ўтиши. Интертригиноз кандидоз – мацерация жараёни кучли намоён бўлади, тошмалар усти оқиш караш билан копланиб, унда ачитқили замбуруғлар топилади. Интертригиноз экзема – пуфакчали тошмаларнинг кўплиги, полиморфизм, сувланишнинг кучли намоён бўлиши ва узок вақт сақланиши кузатилади.	1. <u>Сувланишли ўчоқларга</u> – намлаш усули. 2. <u>Қуруқ ўчоқларга</u> – Фунгицид препаратлар а) йоднинг 3% спиртли эритмаси, оёқ қафтлари ва бармоқлар орасига, кунига 2 маҳал. б) малхамлар – 5% олтингугурт, клотримазол, микосептин, низорал, ламизил; кунига 2 маҳал. 3. <u>Антигистамин препаратлар:</u> диазолин, тавегил. Rp.: Sol. Nitrofungini – 20,0 S. Ўчоқларга кунига 2 маҳал суртиш. Rp.: Ung. Micoseptini – 20,0 S. Маҳаллий. Ўчоқларга кунига 2 маҳал суртиш. Rp.: Sol. Argentum nitrici 0,25% - 100,0 S. Сувланишли ўчоқларга кунига 2 маҳал намлаш усули орқали кўллаш.
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талаба учун вазифа

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бош сочли қисмининг маддали-йирингловчи трихофитияси

**Ёши:** 14 ёш

**Тана вазни:** 56 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Касаллик дерматофитиялар гуруҳига мансуб бўлиб, зооантропофил замбуруғлари томонидан чақирилади. Уй хайвонларидан маиший алоқа орқали юқади. Бош сочли қисмида хажми тангадан болалар кафти катталигигача булган маддаланиш юзага келиб, унинг устида қалин йирингли қатқалоқлар билан қопланган кўп сонли фолликулитлар кузатилади, қатқалоқлар кўчирилганда ҳар бир фолликулдан оқиш-саргимтир рангли йирингли суюқлик ажралиб чиқади (асалари уясини эслатади). Жараён чандикланиш билан яқунланади. Субъектив – огрик, кичишиш.</p>	<p>Микроскопик Ташҳисот – замбуруғларнинг мицелийлари топилади.</p> <p>Бактериологик усул – Экмаларда Т. Mentagraphites ёки Т. faviforme. топилади.</p>	<p>Касаллик замбуруғлар томонидан чақирилганлиги сабабли, зарарланиш ўчоқларидан олинган кипикларда, 25-30 минут 20% КОН эритмасида ушлангандан сўнг, замбуруғ мицелийлари топилади.</p> <p>Бактериологик экма орқали, 7-10 кундан сунг Т. Mentagraphites ёки Т. faviforme ларнинг ўсиши кузатилади.</p>	<p>Мусбат «асалари уяси» белгиси</p>	<p>Ўчоқнинг устидаги қатқалоқлар кўчирилиб атрофидан ён томонга бармоқлар билан енгил тортилганда, зарарланган фолликуллардан йиринг чиқиши кузатилади, ушбу ҳолат асалари уясидан асал чиқишини эслатилади.</p>	<p>Юзаки трихофития – паст сатхта синган сочлар, куплаб соғлом сочларнинг мавжудлиги, чуқур маддаланиш ва йирингчаларнинг йўқлиги. Бош сочли қисми ва силлик теридаги себореяли тошмалар нотекис шакли, ноаниқ чегаралари ўткир яллигланиш белгилари ва зарарланган сочларнинг йўқлиги билан фарқланади.</p> <p>Чуқур стафилококкли пустиулаларда, фурункул, карбункулда - сочлар зарарланмайди, замбуруғлар топилмайди.</p>	<p>Rp.: Tab. Griseofulvini 0,125 D.t.d. N40 S. 2 табл. х 3 маҳал, ўсимлик ёғи билан. Rp.: Tab. Undeviti №100 S. 1табл. кунига 3 маҳал. Rp.: Ung. Lamisili – 15,0 S. Маҳаллий. Кунига 2 маҳал ўчоқларга суртиш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талаба учун вазифа

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Псориаз, прогрессив босқичи.    **Ёши:** 10 еш    **Тана вазни:** 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Тугунчали тошмалар пайдо бўлади. Тугунчалар пушти кизгиш ёки кизил рангда булиб, ок кумуш ранг қипиқлар билан қопланган. Тошмалар асосан бошнинг сочли қисмида, кўл ва оёқларнинг ташқи юзаларида, кўкрак, корин, думба сохаларида жойлашади.</p>	<p>Қоннинг умумий тахлили</p>	<p>Организмнинг эозинофилларга бўлган сезувчанлигини ошиб кетишини эвазига эозинофилия кузатилади.</p>	<p>Псориастик учлик.</p> <p>1.стеарин доғи 2.ялтирок парда 3.қонли шудринг белгиси</p> <p>Кебнер феномени</p>	<p>Тошмаларни буюм ойначаси ёрдамида қиртишланганда қуйидаги гистологик ўзгаришлар кузатилади</p> <p>1.Гиперкератоз- мугузланишни кучайиши эвазига 2.Акантоз-тиканаксимон қаватини қалинлашиши 3.Папиломатоз- Сўргичсимон қаватини меъердан ортиқ ўсиб кетиши</p> <p>Механик таъсирот қилинган сохада янги папулалар пайдо бўлади.</p>	<p>Қизил ясси темирлатки билан таққосланади. Тугунчалар полигонал, ялтирок, кизил рангли, уртасида киндиксимон ботиғи бўлади. Тошмалар кул ва оёқларнинг ички юзаларида жойлашади. “Уикхем тўри” мусбат.</p>	<p>Rp: Sol. Dimedroli 1%-1ml D.t.d. N 10 in ampull. S. 1 мл.м/о кунига 2 маҳал</p> <p>Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10,0 D.t.d. N 10 in ampull. S.10 мл в/о аста-секинлик билан кунига 1 маҳал</p> <p>Rp.: Tab. Extr. Valerianae obductae 0,02 D.t.d. N30 S.1 таб.дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин Rp.: Ung. Lorindenі A – 15,0 D.S.Кунига 2 маҳал суриш</p>
100%    -    2	1	1	1	1	2	2
50%    -    1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Фурункулез Ёши: 10 еш Тана вазни: 35 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Қўзгатувчиси стафилококк. Соч фолликуласини ва атрофидаги бириқтурувчи тўқимани ўткир йирингли некротик яллиғланиши. Хажми нўхотдан то ёнгоққача бўлган фолликуляр пустула пайдо бўлади. Касаллик уч боскичда кечади: 1- маддаланиш босқичи; 2- йиринглаш ва некротизланиш босқичи; 3 – тузалиш босқичи. Субъектив: кучли оғрик, тана ҳароратини кўтарилиши, холсизлик, бош оғрик.</p>	<p>Қонни умумий таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТни кўтарилиши кузатилади.</p>	<p>Қон бактериологик текширилганда стафилококк ўсиши кузатилади.</p>	<p>Йирингчани ичидаги суюклик микроскопик текширилганда стафилококк топилади.</p>	<p>Пустулани ичидаги суюклик текширув учун стерил шприц билан олинади, суртма тайерланади ва бактериоскопик кўрилади. Баъзи холларда озика муҳитига экилиб, антибиотикларга сезгирлиги текширилади.</p>	<p>1. Псевдофурункулез нофолликуляр пустула, йирингли ўзаги бўлмайти. Флюктуация кузатилади ва факат кўкрак ешидаги болаларда кузатилади. 2. Гидраденит – маълум бир сохаларга чиқади ва балогат ешидан кейин учрайди. 3. Куйдирги яраси – соч фолликуласига боғлиқлиги йўқ. Огир кечади, ички аъзолар зарарланади, даволаш машаққатли.</p>	<p>Rp.: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ТБ D.t.d. N 14 S. 500000 ТБ х кунига 4 маҳал, м/о, 7 кун. Rp.: Sol. Timogeni 0,01%-1,0 D.S. 1,0 млдан, м/о х кунига 1 маҳал, 10 кун. Rp.: Sol. Thiamini bromidi 5%-1,0 D.S. 0,3 млдан, м/о, кунора, №10 Rp.: Ung. Ichthyoli 10%-50,0 D.S. Махаллий. кунига 2 маҳал, боғлам остига.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Стрептококкли импетиго      **Ёши:** 5 ёш      **Тана вазни:** 18 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Кўзгатувчи – стрептококк. Нўхотдан то енғок хажмигача келадиган, нофолликуляр пустула пайдо бўлади. Дастлаб пайдо бўлган пуфакчани (фликтена) қобиғи юпка ва тез ертилувчан бўлади. Фликтеналар ерилгандан сўнг, юзаки тез тарқаладиган эрозиялар хосил бўлади. Шу эрозиялар юзасида сероз йирингли суюқлик ажралиб туради. Ажраладиган экссудат кўрилганидан сўнг, асал рангдаги қатқалоклар хосил бўлади.</p>	<p>Кўпинча ўзгаришсиз. Баъзида лейкоцитоз ва ЭЧТни ошиши кузатилади.</p>	<p>Ташҳис кўйилишида характерли клиник кўриниш асосий аҳхамиятга эга.</p>	<p>Пуфакчалар суюқлигини ёки эрозиялар юзасидаги ажралма бактериоскопик текширилганда стрептококк топилади.</p>	<p>Стерил шприц билан пуфакчани ичидаги суюқлик олинади ва суртма тайерланади, микроскопик текширув учун. Баъзи ҳолларда озика мухитига экилади ва антибиотикларга сезгирлик даражаси аниқланади.</p>	<p>Силлик тери кандидози. Аниқ чегарали полициклик шаклига эга булган эрозиялар хосил бўлади. Эрозиялар атрофидаги кипикланувчи, кўп қаватли хошия кузатилади.</p>	<p>Rp.: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ТБ D.t.d. N 9 S. 300000 ТБ, м/о х кунига 4 маҳал, 7 кун. Rp.: Sol. Laevomycetini spirituosae 0,25%-20 ml D.S. Маҳаллий. Кунига 2 маҳал, тошмалар атрофини артишга. Rp.: fuchsini basici spirituosii concentrate 10,0 ml D.S. Маҳаллий. Кунига 2 маҳал, эрозиялар устига. Rp.: Xeroforii 3%-50,0 D.S. Маҳаллий. Кунига 2 маҳал, тошмалар устига.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чақалокларни юқумли чила яраси. **Ёши:** 3 кун. **Тана вазни:** 3 кг 200гр.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Янги туғилган чақалокларда учрайдиган терининг стафилакоккли юқумли, ўткир интоксикация билан кечувчи оғир касаллиги бўлиб хисобланади. Касаллик терида нўхатдек келадиган, юққа пардали, юмшок қобиқли пуфакларни хосил бўлиши билан бошланади. Ичидаги суюқлик авалига сероз булиб, кейинчалик йиринглига айланади. Пуфаклар тезда ёрилиб ўрнида сувли эрозиялар пайдо бўлади. Пуфак ва эрозиялар кенгайиб бутун тана бўйлаб тарқалади. Касаллик тана хароратини кўтариллиши (38-39 С), қусиш, диспепсия билан кечади. Кўпинча отит, зотилжам, флегмона касалликлари билан асоратланади.</p>	<p>Қон умумий тахлили: - лейкоцитоз – <math>14 \times 10^9/\text{л}</math> (N-5-9 х <math>10^9/\text{л}</math>) ЭЧТ- 30 мм/с (N-5-15 мм/с).</p>	<p>Касалликни патоген стафилококлар чақириб ўткир интоксикация белгилари билан кечганлиги учун қонда лейкоцитлар микдори ва эритроцитлар чўкиш тезлиги ошади.</p>	<p>Никольский синамаси мусбат</p>	<p>Пинцет билан ёрилган пуфаклар қобиғи тортилганда, кўринарли соғлом терида эпидермиснинг кўчиши кузатилади, ушбу холатнинг асосий сабаби – акантолизис жараени.</p>	<p>1.Заҳм чилла яраси - кўпинча пуфаклар бола тугилаётганда бор бўлади. Кафт ва товонда жойлашади, пуфаклар қобиғи таранг бўлиб, пайпасланганда пуфакларнинг асосида қаттиқлашган инфилтрация кузатилади. Беморнинг умумий ахволи ўрта оғирликда бўлиб, захмнинг бошқа белгиларини ҳам кузатиш мумкин.</p>	<p><u>1. Антибиотиклар:</u> Линкомицин 30 % 20-50 мг/1кг вазнига кунига 2 маҳал, Цефотаксим 0,2 гр дан м/о кунига 2 маҳ. <u>2. Носпецифик терапия:</u> иммуномодулин, – 0,01% 0,1мл дан ёшига, кунига маҳал м/о, 10 кун; антистафилококкли гамма-глобулин –0,5мл дан м/о, ҳар 3 кунда 1 маҳал, №3. <u>3. Дезинтоксикацион терапия:</u> Гемодез 40 мл дан в/и, кунига 1 маҳал ,кун /ора, №2. <u>4. Маҳаллий даво:</u> левомецетинли спирт 0.25%(тошмалар атрофига) кунига -2 маҳал. Анилин бўёқлари (бриллиант кўки, метилен кўки, Кастелляни суюқлиги)-кунига 2 маҳал. Антибактериал малҳамлар: ксероформ, дерматол 3% малҳамлари. Rp.: Cefotaximi 1,0 D.t.d. N 7 S. 0,2 дан м/о кунига 2 маҳал. Rp.: Sol.Immunomodulini-0,01%-1,0 D.S. 0,1 мл м/о кунига 1 маҳал .Rp.: Sol Hemodesi - 100 ml D. S. 50 мл в/и томчилаб, кунора, N2 Rp.:Sol. Laevomycetini spirituosae 0,25%-20 ml D.S.тошмаларни атрофини кунига 2 маҳал артиш. Rp.: Sol. Methyleni coerulei 2%-30 ml D.S. шилинишлар юзасига кунига 2 маҳал. Rp.: Xeroforii 3%-50,0 D.S. зарарланган соҳаларни кунига 2 маҳал суриш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Оддий учук.

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 40 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация			
Тери ва шиллик қаватларда гурух-гурух холида жойлашган пуфакчали тошмалар билан характерланувчи кўп учрайдиган вирусли дерматоз. Касаллик баъзида узоқ вақт давомида қайталама тарзда кечади. Тошмалар алохида жойлашган эритема учоклари, диаметри 2 мм гача булган, аввал сероз, кейин лойка ва геморрагик суюқлик билан тўлган пуфакчалардан иборат. Пуфакчалардан сўнг полициклик чегарали юмшоқ ва кизгиш тубли, огриқли эрозиялар хосил бўлиб, юзаси саргимтир қатқалоклар билан копланеди.	Иммуно-фермент анализи (ИФА), занжирли полимераз реакцияси (ПЦР)	I ва II турдаги оддий учук вирусини топилиши	-	-	Белбоғсимон темиратки касаллиги билан. Тошмалар асимметрик холда маълум бир нерв сегменти бўйлаб жойлашади ва кучли ачишиш, огриқ билан кечади. Нейротроп филтрланувчи вирус томонидан чакирилади.	Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5%-1,0 ml D.S.1,0 мл, м/о, кун ора 10 кун.  Rp.: Sol. Immunomodulini 0,01% - 1,0 ml D.S. 1,0 мл кунига 1 маҳал, м/о, 10 кун.  Rp.: Tab. Asicloviri 0,05 № 20 D.S. Кунига 1 таблеткадан 2 маҳал 10 кун ичиш.  Rp.: Sol. fucorsini 10,0 ml D.S. Кунига 2 маҳал суриш.  Rp.: Ung. Oxolini 0,25% - 10,0 D.S.Маҳаллий.Кунига 2 маҳал суриш.	
100%	-	2	2	-	-	2	2
50%	-	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ	-	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.							

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Қўтир.      **Ёши:** 15 ёш.      **Тана вазни:** 44 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Баданда катталиги тарик ва мошдек келадиган жуфт-жуфт бўлиб жойлашган папуло-везикулез тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар асосан қўл бармоқларининг ораларида билан бўғимининг ички юзасида, корин ва елка териларида жойлашади. Беморларни тунги кичишиш безовта қилади.	Микроскопик -қўтир канасини топиш.	Пуфакча шприц игнаси билан ёрилади ва суюқлик билан эрозия деворлари кирилиб буюм ойначасига қўйилади. Ёпкич ойнача билан ёпилади ва микроскопда тошбака кўринишидаги қўтир канаси топилади.	-	-	Болалар қичимаси: аллергия генезли бўлиб сурункали кечади вақти-вақти билан пархез бузилганда қайталаб туради. Баданда папула, пуфакча тошиб, пуфакчалар папулаларни устида жойлашади. Пуфакчалар тез ёрилиб папулалар устида юзаки эрозиялар пайдо бўлади. Эрозиялар устида тезда сероз, сероз-геморрагик қора қўтирлар пайдо бўлади. Папулалар кизгиш тусда бўлиб ҳам кечаси ҳам кундузи кичишади.	-Даводан олдин ва кейин душ қабул қилиб ички кийимларини ва ўрин-курпа жилдларини алмаштириш Rp.: Tab. Diazolini 0,1 №10 D.S. Кечкурун 1 таблеткадан қабул қилиш. 3.Rp.: Ung. Sulfurici praecipitati 33%-200,0 D.S. Кечкурун бўйиндан то товонгача суриш 7 кун давомида.
100%      -      2	2	2	-	-	2	2
50%      -      1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ      -      0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Кизил югурук, Дискоид клиник шакли.

**Ёши:** 47 ёш.

**Тана вазни:** 64 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Кўпинча юз терисининг ёнок сохаларида капалак кўринишида жойлашиб ўчоқларда учлик белгиси яъни: чегараланган эритема, фолликуляр гиперкератоз ва чандикли атрофия кузатилади. Худди шундай ўчоқлар чегараланган холда баданнинг хар кандай сохасида жойлашиши мумкин.</p>	<p>Микроскопия -Лейко-пения (2-3 минг) -LE- хужайраларни топилиши -ЭЧТ-ошади.</p>	<p>Кондаги LE-хужайралари шакли ўзгарган лейкоцитлар бўлиб тезда нобуд бўлади, бу жараённинг мутассил кечиши лейкопенияга олиб келади. -Қонда гайритабиий макроглобулин пайдо бўлади, бу лейкоцитлар томонидан фагоцитоз килинади ва LE-хужайралари хосил бўлади Оксиллар диспротинемияс и хисобига ЭЧТ тезлашади.</p>	<p>Қиртишлаш усули</p>	<p>Қиртишлаганда ўчоқларда оғрик кузатилади. Ўчоқлардан юлиб олинган тангачалар остида аёллар пошнасини эслатувчи ўсик аниқланади.</p>	<p>Псориаз касаллигида папулез тошмалар юзасида окиш кумушсимон тангачалар бўлиб улар қиртишлаб кўрилганда юмшоқ ва енгил кўчади, огримаиди. Тошмалар кўпроқ қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзаларида жойлашади. Қон тахлили томонидан деярли ўзгаришлар булмайди.</p>	<p>1. <u>Антигистамин дори воситалари.</u> -Супрастин 2%-1-2мл м/о 10-15кун, -Димедрол 1%-1-5мл 10-15 кун, -Диазолин 0,05-0,2 кунига 1-2 маҳал. 2. <u>Десенсибилизацияловчи воситалар:</u> -Кальций глюконат 10% 8-10 мл вена ичига юбориш.6-10 кун. -Тиосульфат натрий 30 %, 6-8 мл вена ичига.6-10 кун. 3. <u>Безгакка қарши дорилар:</u> -Хингамин 0,025 1т. 2маҳал кейинчалик 1т. 1 маҳал 1 ой. -Акрихин 0,05 1т. 2 маҳал кечкурун 1 ой. 4. <u>Витамин терапия:</u> -Пиридоксин гидрохлорид 5%-1,0 1мл. м/о 10 кун. -Аскорбин кислотаси 0,005, 2 таб 3 маҳал ичиш, 1 ой. <u>Ретиноидлар:</u> -Аевит 1к.. 2-3 маҳал ичиш, 30-кун. <u>Маҳаллий:</u> Стероид малхамлар; Преднизолон, дипросаллик, целестодерм 2-3 маҳал суриш. Кератолитик ва кератопластик малхамлар: - Салициловўй маз 2-3% кунига 1 маҳал суриш. -Олтингугурт малхами 10% кунига 1 маҳал суриш. Rp:Sol. Suprastini 2%-2мл D.S. 2 мл. м/о 10-15кун. Rp.: Tab. Chingamini 0,025 №100 S. 10 кун мобайнида 1т. 2маҳал кейинчалик 1т. 1 маҳал 1 ой. Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5%-1,0 D.t.d. №10 S. 1мл. м/о 10 кун мобайнида Rp.: Sol. Ac. Nicotinicici 0,1%-1. D.t.d. № 20 amp. S. 1мл м/о, 20 кун мобайнида. Rp.: Sol. Aeviti 1.0 № 10 amp. S. 1мл мускул орасига.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Тери лейшманиози. Қишлоқ клиник шакли. **Ёши:** 12 ёш. **Тана вазни:** 42 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Касаллик чивин чаққан жойда 3-4 hafta ўтгач катталиги нўхотдан, ўрмон ёнғогигача келадиган кизгиш, оғрикли, хамирсимон юмшоқликдаги инфилтрат пайдо бўлиши билан бошланади. 1-1,5 ой ичида инфилтрат маркази ярага айланади. Яра четлари, туби – нотекис, тубидан кўп микдорда йирингли некротик суюқлик ажралиб туради. Яранинг битиш боскичида, туби грануляцион тўқима билан тўлиб, «балик икрасини» эслатади Яранинг чандиқланиши марказидан чеккага қараб бошланади. Яра 2-2,5 ой ичида кўпол чандиқ колдириб битади.</p>	<p>Микроскопик. - касаллик кўзгатувчиси - Leishmania tropica major топилади</p>	<p>Касалликни Leishmania tropica major келтириб чиқаради. Кўзгатувчи яралар атрофидаги инфилтратдан ва қондан топилади. (Препарат Рамановский – Гимза усулида бўялади)</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p>Тери сили – думбоқчалар юмшоқ бўлиб, кизгиш-кўкимтир тусда бўлади, сегирлик сақланган, юзасидаги туклар тўқилмаган, «зонд ботиғи» симптоми ва «олма мағзи» симптомлари – «мусбат». Сил синамаси мусбат.</p> <p>Захм гуммалари – кўпроқ болдирнинг олдинги сохаларида жойлашиб, оғриксиз, яра тубидан елимсимон суюқлик ажралиб туради ва суюқлик таркибидан микроскопик оқиш спирохета топилади, мусбат серологик реакциялар.</p>	<p>1. <u>Антибиотик даво:</u> Monomicini sulfatis 0,5 кунига 4 маҳал ичиш 12-14 кун. -Доксициклин 0,1 кунига 2 маҳал ичиш 10-12 кун. 2. <u>Безгакка қарши дорилар:</u> -Хингамин 0,025 1т. 2маҳал 20-кун. -Акрихин 0,05 1т. 2 маҳал кечкурун 20-кун. 3. <u>Маҳаллий:</u> -Лешмицин 1% малхам 2-3 маҳал сурилади. -Лоринден С малхами 2 маҳал суриш. Rp.: Дохусуclini 0,1 D.t.d N 25 in cap. S. 1 кап. 2 маҳал ичиш 12 кун. Rp.: Tab. Chingamini 0,025 №40 S. 20кун мобайнида Rp.: Sol. Ac. Nicotinic 0,1%-1. D.t.d. № 20 amp. S. 1мл мускул орасига, 20 кун мобайнида. Rp.: Ung. Leshmicini – 30,0 D.S. Кунига 2 маҳал суртиш</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Мохов, Моховсимон мохов. **Ёши:** 55 ёш. **Тана вазни:** 70 кг

Клиника	Таш ҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Маховнинг маховсимон шаклида асосан терининг юз, кул оёқларнинг ёзилувчи юзаларида куплаб думбокча ва тугунлар пайдо булади. Учокларда сочлар тукилиши кузатилиб тери сезгирлиги йўқолади. Кейинчалик мушакларда трофик узгаришлар кузатилади. Лимфа тугунлари катталашади.	Микро-скопик. Лепромин синамаси	Учокдан ажралаётган йиринг таркибида кўплаб махов микобактериялари топилади.  Лепрамин синамаси кеч мусбат ёки манфий бўлади.	Минор синамаси Беморнинг зарарланган сохаларига аввал йоднинг 5% эритмасини суртиб, сунг крахмал сепилади ва беморни иссиқ хонага жойлаштирилади.  Тактил сезувчанлик	Бунда крахмал ва йод реакцияга киришиб, кукимтир тусга киради (мусбат реакция), моховда эса тер безлари атрофияси хисобига синама «манфий».  Зарарланган ўчокларда иссиқни – совук, совукни эса иссиқ тарзида сезилиши кузатилади	Витилиго – ўчокларда терининг намлиги, эластиклиги, сезувчанлиги сақланган булиб, атрофида гиперпигмент хошия кузатилади.  Тери сили – думбокчалар юмшоқ булиб, қизгиш-кўкимтир тусда бўлади, сегирлик сақланган, юзасидаги туклар тўқилмаган, «зонд ботиғи» симптоми ва «олма мағзи» симптомлари – «мусбат».	Rp.: Capsulae Rifampicini 0,3 №100 S. 1капс. 2махал, схема буйича Rp.: Dapsoni 0,1 D.t.d. N 100 tab. S. 1 таблеткадан кунига 1 маҳал, схема буйича. Rp.: Tab. Clofazimini 0,1 № 100. S. 1 таб 3 маҳал ичиш, схема буйича. Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5%-1,0 D.t.d. №10 S. 1мл мускул орасига- 10 кун мобайнида. Rp.: Sol. Ac. Nicotinic 0,1%-1. D.t.d. № 20 amp. S. 1мл мускул орасига, 20 кун мобайнида. Rp.: Dermatoli 3,0 Vaselini ad 100.0 M.f.ung. D.S. Кунига 2 маҳал суртиш.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бирламчи серопозитив захм.    **Еши:** 30 ёш    **Тана вазни:** 80 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Кузгатувчиси – оқиш трепонема, бирламчи сифилома аниқланади (эрозив ёки ярали шанкр) трепонемаларнинг кириш жойида қаттиқ шанкр жойлашган. Одатда бирламчи сифилома битта булади, думалок, овал ёки ёрилиш куринишида четлари текис, силлик, юза ёки юзага эга (диаметр 0,5-1см). Сифилома асосини зич-эластик пластинкасимон инфильтрат ҳосил қилади. Атипик сифиломалардан купроқ индуратив шиш бу типик бирламчи сифилома билан бирга келиши мумкин. Шанкр – амигдалит орогенитал алоқадан юзага келади ва оддий ангинани эслатади, фақат бир томонламасини ва муртакнинг юзасида эрозия ёки язва кузатилади</p> <p>Шанкр – панариций – кам учраб асосан шифокорлар, тиббиёт ходимларида кузатилади. Регионар лимфаденит бирламчи сифиломадан 1хaftадан кейин ривожланади. Лимфа тугунлари зич эластик қўшилмайдиган, устидаги териси ўзгармаган. Лимфа тугунларнинг барчаси катталашган – полиаденит.</p>	<p>КСР, РИФ серологик реакцияларнинг мусбат булиши.</p>	<p>Суст мусбат (++)дан то мусбатгача (++++)</p>	<p>Қаттиқ шанкрнинг юзасидан материал олиш (ажратма) ва микроскоп остида қоронгу қурўв майдонида кўриш.</p>	<p>Оқиш трепонемани аниқлаш, унга ҳаракатчанлик ҳос (маятниксимон, ротатор ҳаракат) Халқаларнинг микдори 8 – 14 гача ва улар орасидаги интервал бир хил.</p>	<p>Herpes proenitalis – эрозия полициклик кирралари ва асосида инфильтратнинг йўқлиги. Scabies – жинсий лабларда. Тошмаларнинг жинси аъзолар ва бошқа аъзорларга тошиши. Кечасидаги интенсив қичишиш ҳарактерли.</p>	<p>Sol. Benzylpenicillini Natri 1000000ТБ in musculus D.S МЗрУЗ 1996йил инструкциясига кура.</p>
100%    -    2	1	1	1	1	2	2
50%    -    1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ    -    0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Эркаклардаги янги сўзак, ўткир кечиши. **Еши:** 20 кг. **Тана вазни:** 80 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Қўзгатувчи гонококк, гонорейли уретрит кўп миқдорда йирингли ажралмалар билан ривожланади. Уретра лаблари қизарган ва шишган.</p> <p>Субъектив: сийганда доимий равишда қичишиши ва ачишиш</p> <p>Гонорейли уретрит – оқиш сариқ йиринг ажаралади.</p> <p>Гонобленорея – кўзнинг шох пардасини қизариши йиринг ажаралади.</p>	<p>Лаборатор: уретра ажралмасидан суртма тайёрланиб. Грамм усули билан бўялади ва микроскоп остида кўрилади.</p>	<p>Интерпретация</p> <p>Грамм – диплококк (гонококк)лар аниқланади, думбоқсимон, эгилган юзаси билан бир-бирига қараган лейкоцитларнинг ичида ҳам ташқарисида ҳам бир хил.</p>	<p>Инструментал : Томпсоннинг 2 стаканли синамаси.</p>	<p>Интерпретация : енигланиш жараёнининг жойлашган жойини аниқлаб беради. 1чи стаканда сийдик хиралашса шикастланиш олдинги уретрада, агар 2ласи ҳам хиралашса тотал уретрада жойлашган.</p>	<p>Уретритлар трихомонада, хломидияли. Буларда ажралмалар сийракрок б-ди,</p> <p>Субъектив: сийганда бир оз қичиши ва баъзида ачишиш. Бошқа шикоятлар бўлмаслиги мумкин.</p>	<p>Даволаш стандарти</p> <p>Стационар ва амбулатор шароитда.</p> <p>Rp. Benzylpenicillini Natrii 1000000ЕД. D.t.d № 6 S: 400000ТБ ҳар 3 соатда, м/о.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Иккиламчи кайталама захм.      **Еши:** 27 еш.      **Тана вазни:** 78 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Таносил касаллиги хисобланади. Кўзгатувчиси оқиш трепонема. Теридда тошмалар кўпинча катта ўлчамли розеола ва папула кўринишда бўлади. Пустулалар ва пигментли сифлидлар камрок учрайди. Папулалар асосан тери бурмаларида жойлашиб бир-бири билан кўшилиб эррозив кандиломаларни ҳосил қилади. Разеолалар ҳам бир-бири билан кўшилишга моил бўлиб гурух-гурух бўлиб жойлашади ва оч пушти рангда бўлади. Сифилитик лейкодерма бўйин ва кўкрак терисида маржон сингари жойлашади. Сифилитик алопеция кичик, ката ва диффуз шакилда бўлиб кўпинча Пинкус симптоми ҳам кузатилади.</p>	<p>Бактериоскопик: -оқиш спирохеталар топилади:</p> <p>Серологик реакциялар: RW, РИФ, РИБТ ута мусбат.</p>	<p>Касаллик кўзгатувчиси кўплаб микдорда эррозив сифлидлар юзасида, бўлади. Буюм ойначасига тўкима суюқлиги ўчоқлардан олиб натив холда қоронғилаштирилган майдонда кўрилганда оқиш спирохеталарни топиш мумкин.</p> <p>Қонда 2-захмда етарли микдорда специфик антителалар бўлади шу сабабли барча серологик реакциялар ўта мусбат бўлади.</p>	-	-	<p>Ўодли синамани ўтказиш билан захм лейкодермасини ранг-баранг темираткидан фарқлаш мумкин. Псориаз папулалари устидаги оқиш-кумушсимон тангачаларга ва псориаз учлиги йўқлигига қараб захм папулаларини фарқласа бўлади. Микотик соч тўкилишида сочлар синади ва теридда яллиғланиш кузатилади. Ҳар қандай холда ҳам серологик реакциялар қуйилади.</p>	<p><u>Антибиотиклар:</u> 1. Benzylpenicillini натрий ёки калий тузи м/о 400000 ТБ ҳар 3 соатда 28кун мобайнида. 2. Тетрациклин 0,5 x4 маҳал 30 кун мобайнида ичиш. <u>Пиротерапия:</u> 3. Пирогенал м/о кун ора схема буйича №10-12. <u>Биостимулятор:</u> Гумизол по2,0 м/о №10, Шишасимон танача 2,0 м/о №10.</p> <p>Рр.: Benzylpenicillini-natrii 1000 000 ТБ №90 in flac. D.S. 0,5% новокаин эритмасида эритиб м/о 400000 ТБ ҳар 3 соатда 28 кун мобайнида.</p> <p>Рр.: Pyrogenali 100мкг №10 amp. D.S. м/о, кун ора, схема биланбадан ҳарорати кузатуви остида. Рр.: Humisoli 2,0 №10 in amp. D.S. М/о 2,0мл.дан 10 кун мобайнида.</p>
100%	2	2	-	-	2	2
50%	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ	0	0	-	-	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Эрта туғма захм      **Еши:** 1,5 ой      **Тана вазни:** 2 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p>Зарарланиш трансплацентар йул орқали хомиладорликнинг 4 ойини охири еки 5 ойини бошида юз беради. Туғилган чакалоққа «қариялар териси» кўриниши хос бўлади, тери ва шиллик қаватларда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади: «захм чилла яраси», Гохзингерни қаттиқлашиб тарқалган папулёз маддаси, «захм тумови». Шунингдек суякларда остеохондритлар, периоститлар, Парронинг сохта фалажи ва гепатоспленомегалия, гломерулонефрит, эндокардит, хореоретинит кузатилиши мумкин.</p>	<p>Серологик реакциялар, мусбат булади; - RW - ИЁР - ТХЧР Бактериоскопик; - ок трепонема топилади.</p>	<p>Касалликни инфекция келтириб чиқарганлиги сабабли қўзғатувчига нисбатан турли антитаначалар пайдо бўлади, шу сабабли серологик реакциялар мусбат. Касаллик қўзғатувчиси эксудатив ва юзалари шилинган сифилидларда кўплаб учрайди бунинг учун натив препарат тайёрлаб микроскоп остидада кўрилади.</p>	<p>Рентгенография -II-III даражали остеохондрит, переостит</p>	<p>Найсимон суякларда охакланишини бузилиши хисобига остеохондрит, суяккланишни малум бир сохаларда кучайиши хисобига эса периостит ривожланади.</p>	<p>Чакалоқлар юқумли чилла яраси - бола туғилганидан сўнг пайдо бўлади, бутун тана бўйлаб тарқалади, пуфаклар атрофидаги тери ранги ўзгармаган еки бир оз кизарган, бўлиб пуфакча ичидаги суюқликдан стафилкоклар топилади. Касаллик кучли интоксикация билан ўтади ва атрофдагиларга чакалоқларга юқади.</p>	<p><u>Специфик даво:</u> антибиотиклар Бензилпенициллин 100000 ТБ 1кг вазнига, 30-кун. <u>Носпецифик даво:</u> Иммуномодулин, Тимоген 0,01%-0,1мл ешига, витаминлар В1, В6 5%-0,1 дан ешига кун ора 20 кун Benzylpenicillini-natrii 1000000 ЕД. D.t.d. № 6. S. Изатоник эритмада эритиб, 50 000 ТБ м/о ҳар 6 соатда юбориш 30 кун. Rp.;Sol. Immunomodulini 0,01%-1,0 D.S. 0,1 мл дан м/о юбориш 10 кун. Rp.:Sol.Thiamini bromidi 5%-1,0 D.S.0,1 мл м/о юбориш к/о 10 кун. Rp.: Pyridoxini 5 D.S. 0,1 мл м/о юбориш к/о 10 кун. Тор мутахасисларни ҳам кўриги ва давоси зарур (педиатр, окулист, ЛОР, травматолог, невропатолог Қўшимча тор мутахасисларни ҳам кўриги ва давоси зарур (педиатр, окулист, ЛОР, травматолог, невропатолог).</p>
100%      -      2	1	1	1	1	2	2
50%      -      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ      -      0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сальмонеллез. Гастроинтестинал шакли, гастроэнтерит типиди, ўрта-оғир, токсикоз-эксикоз II даражаси

**Ёши:** 2,5 еш.

**Тана вазни:** 14 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлар	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпиданамнез – ичи кетаётган беморлар билан мулоқатда бўлиш ёки тўлиқ термик ишлов берилмаган сут ва гўшт маҳсулотларини истеъмол қилиш</p> <p>2. Ўткир бошланиши кетма-кет қайд қилиш (2-3 марта), «боткоқ ўти» кўринишида тез-тез, суюқ ёки «курбака тухуми» кўринишида, суткада 7-12 мартагача ич келиши,</p> <p>3. Нейротоксикоз белгилари (гипертермия, талваса синдроми, безовталик бошини орқага ташлаш)</p> <p>4. Токсикоз-эксикоз белгилари (тери қопламаларининг қуруқлиги ва оқарганлиги, тери эластиклиги ва тургорлигининг пасайиши, қуруқ қарашли тил, қўз олмаси ва катта лиқилдоқнинг ичига ботиши, оёқ-қўлларининг совуқ қотиши, тахикардия, гипотония)</p> <p>5. Қайд қилишининг кетма-кетлиги истеъмол қилинган овқат билан боғлиқлиги</p> <p>6. Қоринда доимий санчикли ва кесувчи оғриқларни безовта қилиши. Қорни қапчиган, пайпаслаганда оғриқли, жигар катталашган</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) бактериологик текширув: -нажасни экиш -қусуқ моддалари ва ошқозон чайиндисини экиш</p> <p>2) серологик усуллар РА, РПГА Хусусий антитаначалар титри 1:100, еки динамикада титри 4 баробар ёки ундан юқори ошиши. РНА (ноагглютинация реакцияси)</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>1) гемограмма Лейкоцитоз нейтрофиллез чапга силжиш) ЭЧТтезлашган</p> <p>2)копрограмма Шиллик, лейкоцитлар, эритроцитларни бўлиши</p>	<p>Сальмонеллаларни соф культурасини ажратиб олиш</p> <p>Биоматериалда хусусий антитаначаларни ва антигенни аниқлаш. Нормида манфий.</p> <p>лейкоцитлар нормада - 4,8-10,8 x10<sup>9</sup>/л), нейтрофиллар N –60%, метамиелоцит ва миелоцитлар – abs, таёқча ядроли N - 1-6%, сегментядроли N – 47-72%</p> <p>Ингичка ва йўғон ичакларда яллиғланиш кўрсаткичлари. Нормида шиллик, лейкоцитлар, эритроцитлар – abs</p>	<p>А) Шигеллезга хос – касалликнинг ўткир ёки аста-секин бошланиши, захарланиш белгиларининг борлиги, қориннинг бураб-бураб оғриши, ичнинг тез-тез суюқ, шиллик, қон, йиринг аралаш келиши, тенезм, ёлгон чақирик, «ичак тупуги» симон нажас, қоринда дам бўлмаслиги, пайпаслаганда чап ёнбош сохада оғриқ, сигмасимон ичакнинг қаттиқлашган, таранглашган ҳолда сезилиши.</p> <p>Б) Вабога хос – тўсатдан ичнинг шир-шир келиши, қоринда оғриқларнинг бўлмаслиги, қайта-қайта қушиш, «фонтансимон, кўнгил айнамасдан бошланиши, захарланиш белгиларининг йўқлиги, тана ҳарорати нормал ёки субнормал бўлиши, нажаснинг «гуруч қайнатмаси» кўринишида бўлиши</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ётоқ тартиби</li> <li>✓ стол № 4</li> <li>✓ ошқозонни ювиш, тозаловчи хўқна</li> </ul> <p>II. <u>Патогенетик даво:</u> глюкозо-гузли эритмалар билан оғиз орқали регидратация ўтказиш («детский лекарь»), регидрон, глюкосолан ва бошқалар)</p> <p>III. <u>Этиотроп даво</u> – фуразолидон 10 мг/кг ҳар тана вазнига Rp: Tab.furazolidoni 0,1 D.t.d. № 20 S. 1 таблеткадан, кунига 4 маҳал</p> <p>IV. <u>Белгилли даво</u> фермент препаратлари (абомин, фестал, панзинорм) эубиотиклар – бифидумбактерин, лактобактерин, бификол 15-20 дозалар 1 суткада оғриқда – спазмолитиклар (но-шпа, папаверин 0,05-0,07 мл/кг вазнига) тана ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 мл/гача еки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига. витамиинлар В<sub>1</sub> тиамин хлорид – 5% (0,2-1,0 мл м/о х 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксин хлорид – 5% (0,5-1,0 мл м/о х 1 маҳал), аскорбин кислотаси –5% эритмаси (1-2 мл/суткага в/и)</p> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кўрсатма асосида беморни алоҳидалаш ёки касалхонага ётқизиш</li> <li>2. Доимий ва яқунловчи дезинфекция</li> <li>3. Озиқ-овқат маҳсулотларига тўлиқ термик ишлов бериш ва кулинария, қандолат тайерлаш коидаларига риоя қилиш.</li> <li>4. Мулоқатда бўлганларнинг нажасини бактериал усул билан текшириш.</li> <li>5. Ўчоқда яқуний дезинфекция ўтказиш</li> </ol>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир дизентерия, аниқ, ўрта-оғир кечуви.

**Ёши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 18 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлар	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпид-анамнез – ичи кетаётган бемор билан мулоқат ёки ювилмаган сабзавот қўкатлар истеъмол қилиш</p> <p>1. Касалликнинг ўткир бошланиши, тана ҳароратининг кўтариллиши ва заҳарланиш белгиларининг пайдо бўлиши (кўнгил айниш, қусиш, бош оғриғи, иштаҳасини пасайиши).</p> <p>2. Колитик синдромнинг борлиги (корин соҳасида бураб-бураб оғрик бўлиши, тез-тез, суюқ, кам миқдорли, шиллик, қон аралаш, йирингли ич келиши).</p> <p>3. Тенезм ва ёлғон чақириқларининг бўлиши.</p> <p>4. Тили қуруқ, қараш билан қопланганлиги.</p> <p>5. Қорин ичига тортилган сигмасимон ичак арқон каби пайпасланади, қаттиқ, оғриқли, нажаси кам-кам, «ректал тупуги» кўринишида. 1 кунда 10-15 мартагача ич келиши.</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) бактериологик текширув нажасни Плоскирев муҳитига экиш</p> <p>2) серологик усуллар АР, ТГАР, НАР</p> <p>Биоматериалда хусусий антитаначаларни ва антигенни аниқлаш</p> <p>Титр (1:200 – 1:800)</p> <p>3) жадал Ташҳисот – МФА, ИФА, иммуноглобулинни диагностика билан РНГА, совуқ жойда РСК усули</p> <p>II. Хусусий</p> <p>1) гемограмма</p> <p>Лейкоцитоз нейтрофиллез, чапга силжиш, ЭЧТ тезлашган</p> <p>2) копрограмма</p> <p>Шилликнинг бўлиши, лейкоцитларнинг нейтрофиллар ҳисобига ортиши (30-50 қўрув майдонида), эритроцитлар</p>	<p>Шигеллаларни соф культурасини ажратиб олиш</p> <p>Қонда хусусий антитаначалар пайдо бўлиши. Нормада – манфий.</p> <p>Лейкоцитлар N – 4,8-10,8 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофиллар N - 60%, миелоцит ва метамиелоцитлар – abs, таёқча ядроли N - 1-6%, сигментоядроли N- 47-72%. ЭЧТ N 2-10 мм/с. Гемопоз аззолари бактериал инфекцияга хусусий реакцияси</p> <p>Нормада шиллик, эритроцитлар, лейкоцитлар – Abs. Йўғон ичакларнинг яллиғланиши курсаткичлари.</p>	<p>А) Амебали дизентерия – иссиқ иқлимли ўлка ва мамлакатларда учрайди, аста-секин кориндаги доимий бўлмаган оғриқлар билан бошланади ва нажасининг «малина мураббоси» кўринишида келиши кузатилади, заҳарланиш белгилари бўлмайди, кориндаги оғриқлар асосан ўн ёнбош соҳасида жойлашади, касаллик тўлқинсимон кечади, анемия белгилари, эозинофилия, копрограммада Шарко-Лейден кристаллари, плазматик хужайралари, амебанинг вегетатив шакллари аниқланади</p> <p>Б) Сальмонеллезли энтероколит ичнинг кўп, суюқ, кўпикли келиши, ранги яшил «ботқоқ ўти» ёки «қурбака икриси» кўринишида бўлади, тенезм бўлмайди, қорни бироз қапчиган, жигар ва талоқ қатталашган, интоксикация (токсикоз –эксикоз) белгиларининг 7-10 кун давомийлиги билан фарқланади.</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ётоқ тартиби</li> <li>- стол № 4</li> <li>- ошқозонни ювиш, тозаловчи ҳўкна</li> </ul> <p>II. <u>Этиотрон даво</u> – нитрофуран катори - фуразолидон 10 мг/кг хар тана вазнига. Ёки сульфаниламидлар 0,5-1,0 г/кг 3-4 маҳал 1 кунда, 8-оксихинолин препаратлари 0,05 мг/кг 3-4 маҳал 1 кунда</p> <p style="text-align: center;">Rp: Tab.furazolidoni 0,1 D.t..d. № 20 S. 1 таблеткадан, кунига 4 маҳал</p> <p>III. <u>Патогенетик даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ глюкоза – тузли эритмалар билан оғиз орқали регидротация утказиш («детский лекарь»), регидрон, глюкосолан ва бошқалар) 75-100 мл/кг тана вазнига.</li> <li>✓ дезинтоксикацион даво – гемодез 10 мл/кг тана вазнига, глюкоза 10% эритмаси – 10-15 мл/кг тана вазнига</li> <li>✓ фермент препаратлари (абомин, фестал, панзинорм)</li> <li>✓ эубиотиклар (бифидумбактерин 15-20 миқдордан 1 кунда, энтерол, бифидолизим, бифидум-форте)</li> <li>✓ витаминлар В<sub>1</sub> тиамин хлорид – 5% (0,2-1,0 мл м/о x 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксин хлорид – 5% (0,5-1,0 мл м/о x 1 маҳал), аскорбин кислотаси – 5% эритмаси (1-2 мл/суткага в/и)</li> <li>✓ Стимуловчи препаратлар (пентоксил 0,05 г x 3 маҳал кунига, калий оротат 10 мг/кг кунига 3 маҳалдан 3 ҳафта давомида ва б.)</li> </ul> <p>IV. <u>Белгилли даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Оғриқда спазмалитиклар (но-шпа, 1/2 табл. 2 маҳал x 1 кунда, папаверин 1/2 табл 2 маҳал кунда, бекарбон 1 табл. 2-3 маҳал 1 кунда)</li> <li>✓ Тана ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/хар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 млгача ёки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кўрсатма асосида беморни алоҳидалаш ёки касалхонага ётқизиш</li> <li>2. Доимий ва яқунловчи дезинфекция</li> <li>3. Озиқ-овқат маҳсулотларига тўлиқ термик ишлов бериш. Кулинария ва қандолат тайёрлаш қоидаларига риоя қилиш.</li> <li>4. Мулоқатда бўлганларнинг нажасини бактериологик усул билан 1 марта текшириш.</li> </ol>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Вабо, аниқ шакли, ўрта-оғир кечуви.

**Ёши:** 13 ёш.

**Тана вазни:** 24 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлар	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпиданамнез – қоникарсиз эпид.холод, очик сув хавзаларида чўмилиш, арик сувларини истеъмол қилиш</p> <p>2. Тўсатдан – бошланади, кетма-кет, шир-шир ич кетади, корин оғрмайди</p> <p>3. Кўнгил айнимасдан «фонтансимон» қусиш 1 кунда 10-15 мартагача</p> <p>4. Сувсизланиш белгилар жадал ривожланиб боради. (оғизнинг қуриши, чанқаш, овознинг пасайиши, тери тургорининг, пасайиши, олигоурия)</p> <p>5. Интоксикация белгиларининг бўлмаслиги, нормал ёки субнормал ҳарорат</p> <p>6. Гемодинамиканинг бузилиши (тахикардия, ипсимон пульс, гипотония, бош айланиши, бурун-лаб учбурчагининг акроцианози, хансираш)</p> <p>7. Нажаси сувли, кўп миқдорда, хидсиз, «гуруч қайнатмаси» кўринишида 1 кунда 10-15 мартагача</p> <p>8. Деминерализация белгилари (кўл ва оёқлари тиришиши ёки талваса синдроми).</p>	<p><b>I. Хусусий</b></p> <p>1) бактериологик усул – нажас қусуқ массаларини йиғувчи муҳитга (1% пептон сувига) экиш</p> <p>1) Жадал усул (люминесцент, серологик, фазоконтраст микроскопия, микро-макро агглютинация реакциясит О-зардоб билан) Полев-Ермольева усули</p> <p>2) серологик усул РА,РАФ Қонда махсус антителоларни аниқлаш. Антителолар титри 1:50, 1:100</p> <p><b>II. Нохусусий</b></p> <p>1) гемограмма Гемоглобин миқдорини ошиши, эритроцитоз лейкоцитоз</p> <p>2) копрология Суюқ сувли нажас «гуруч қайнатмаси» кўринишида, микроскопияда – эпителий</p> <p>3) қон биохимияси Na миқдорининг камайиши ва калий миқдорининг камайиши</p>	<p>Соф культурада кўзгатувчини ажратиб олиш</p> <p>Қонда махсус антителоларни аниқлаш. Нормада – манфий.</p> <p>Гемоглобин N - 110-160 г/л, эритроцитлар N – 3,8-5,5 x10<sup>12</sup>/л, лейкоцит лар 4,0-9,0 x 10<sup>12</sup>/л. Қон кўйилиши ҳисобига узгаришлар.</p> <p>Секретор диарея натижасида ўзгаришлар</p> <p>Натрий N - 130-156 ммоль/л, калий N- 3,4-5,3 ммоль/л. Деминерализация кўрсаткичлари</p>	<p>А) Сальмонеллезга хос – узок давом этувчи иситма, яққол ривожланган заҳарланиш белгилари, диарея белгилари, асосан кўнгил айниш ва қайта-қайта қусиш билан боғлиқ, ичи суюқ кўланса хидли, яшил рангда кориндаги оғрик доимий хусусиятига эга бўлиб «сальмонеллез учбурчаги» соҳасида жойлашган бўлади. Сувсизланиш белгилари вабога ўхшаб жадал кечмайди.</p> <p>Б) Вирусли диареяларга хос: касалликнинг ўткир бошланиши заҳарланиш белгилари, юқори нафас йўллариининг катарал яллиғланиши яққол ривожланганлиги, диарея белгилари қусишдан бошланади, ичи суюқ сувли, кўпикли бўлиб, вабодек кўп бўлмайди, кўпинча киш ойларида ёппасига касалланиш юз бериши мумкин.</p>	<p><b>I. Патогенетик даво</b></p> <p>✓ орал регидротация (регидрон, глюкосолан) 4-6 соат давомида 75-100 мл/кг тана вазнига</p> <p>✓ инфузион терапияси полиион эритмалар билан (Дисоль, Ацесоль, трисоль, Лактосоль V=ЖП+ЖВО+ЖТПП</p> <p>✓ пархез стол №4</p> <p>✓ витаминлар В<sub>1</sub> тиамин хлорид – 5% (0,2-1,0 мл в/м x 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксин хлорид – 5% (0,5-1,0 мл м/о x 1 маҳал), аскорбин кислотаси –5% эритмаси (1-2 мл/суткага в/и)</p> <p>✓ фермент препаратлари (мезим-форте, фестал 1 табл. X 3 маҳал 1 кунда)</p> <p><b>II. Этиотрон даво</b> (тетрациклин 20 мг/кг, левомицетин 200 мг x 3 маҳал кунда, фуразолидон 1 табл. X 3 маҳал 1 кунда, лидаприм 2 таб x 2 маҳал 1 кунда, эрцефурил 2 капс. 3-4 марта 1 кунда).</p> <p>Rp: Tab.Tetracyclini obductae 0,25 D.t.d. № 20</p> <p>S. 1 таблеткадан 4 маҳал, овқатдан сунг.</p> <p><b>Профилактика чоралари:</b></p> <p>1. бемор ва вибрион ташувчиларни ўз вақтида аниқлаш ва касалхонага ётқиизиш</p> <p>2. провизор госпитализация ва ф-30га ҳамма ичи кетувчи беморларни текшириш</p> <p>3. эпид.кўрсатма асосида 7 ёшда катта боларни вабо анатоксини билан эмлаш</p> <p>4. якуний ва кунлин дезинфекция</p> <p>5. мулоатда бўлганларга тезкор профилактика мақсадида тетрациклин 0,3 x 3 маҳал 5 кун давомида бериш ва бактериологик текшириш ўтказиш.</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Қорин тифи, ўрта-оғир кечуви.

**Ёши:** 6 ёш.

**Тана вазни:** 20 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Касалликка хос эпидемиологик маълумотлар – иситмалаётган бемор билан мулоқатда бўлиш, санитар, гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, қайнатилмаган сув ичиш;</p> <p>2. Касаллик аста-секин бошланиб, тана ҳароратининг 3-5 кун давомида зинапоясимон кўтарилиши</p> <p>3. Тифга хос нейротоксикоз белгиларининг пайдо бўлиши – карахтлиқ, адинамия, галлюцинация</p> <p>4. Териси қуруқ, ушлаб кўрилганда иссиқ, юзи рангпар ва шишган, лаблари ёрилган, нигоҳи сўлгин</p> <p>5. Нисбий брадикардия, дикротия, гипотония, юрак тонлари бўғиклашган</p> <p>6. Касалликнинг 8-10 кунда корин, кўкрак, елка терисиди розеолез тошма тошиш</p> <p>7. Тил асоси қуюқ хира-қулранг караш билан қопланган (ёки жигар ранг), қуруқ, тил учи ва четлари тоза, қизарган, тиш излари бор.</p> <p>8. Гепато ва спленомегалия.</p> <p>9. Падалка, Образцов ва Филлипович белгилари мавжудлиги</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) бактериологик текширув - қонни экиш – 1чи ҳафтада Рапопорт муҳитига экиш 1:10 нисбатда - нажасни экиш – 2-3 ҳафтада Эндо муҳитга экиш - ўт суюқлигини экиш нормал тана ҳароратининг 14-чи кунда</p> <p>2) серологик усул - Видаль реакцияси касалликни 8-10чи кун титр 1:200, 1:400, 1:800 - касалликнинг 4-5 чи кун РПГА антитаначалар титри 1:80</p> <p>3) жадал Ташҳисот - иммунофлюоресцент усул иммунофермент усул иммунорадиометр усули РФФ,РНЛ</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>- гемограмма касалликнинг 4-чи кундан лейкопения, анэозинофилия, нисбий лимфоцитоз, тромбоцитопения, ЭЧТ бироз тезлашган</p> <p>- копрограмма – ўзгаришлар йўқ ёки ичи «нўхот шўрваси» кўринишида - уринограмма – протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия</p>	<p>Сальмонелларни соф культурасини ажратиб олиши (Sal. thyphi abdominalis) натижа 7-8 кунда тайёр бўлади.</p> <p>Қонда хусусий антитаначаларни аниқлаш. Нормида манфий</p> <p>Лейкоцитлар N-4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N – 30-37%, эозинофиллар N- 0,5-5%. Токсинлар таъсирида гемопозэнинг сустлашиши</p> <p>«токсик буйрак» белгиси</p>	<p>А) тошмали тиф – битнинг борлиги, ўткир бошланади, юкори ҳарорат, Говоров-Годелье, Кончаловский, Киари-Авцун белгиларининг борлиги, кўз томиларининг яллиғланиши, юзнинг қизариши, тахикардия, талокнинг эрта катталаниши, рухий-асабий кўзғалиш, касалликнинг 4-5 кун розеолез-петехиал тошманинг кўп тошиши</p> <p>Б) грипп – ўткир бошланади, бош оғриги, иситма узоқ давом этмайди, кўз олмаси мушакларида оғрик, нафас йўллари катарал яллиғланиши, жигар ва талоғи катталашмаган</p> <p>В) безгак – ўзига хос эпидемиологик маълумот, хуружли иситма – қалтираш, иситма, терлаш, иситма даврийликка хос, анемия белгилари, гепато-ва спленомегалия, қалин қон томчиси усулида текширилганда безгак плазмодийлари топилади.</p>	<p>I. <u>Базис даво:</u> ётоқ тартиби пархез №4 кейинчалик 4а, 4б</p> <p>II. <u>Этиотрон даво</u> – антибиотиклар (левомецетин 0,01-0,02 г/кг 4 маҳал 1 кунда, ципролет, цефамизин 30 мг/кг, ампицилин 100 мг/кг) ва сульфаниламид препаратлари (сульфадиметоксин 12,5 мг/кг, бисептол). Антибиотиклар бутун иситма даврида ва нормал ҳароратининг 7-10 кунигача давом эттирилади) Rp: Tab. Laevomycetini 0.5 D.t.d. № 30 S. 1 та таблеткадан 4 маҳал</p> <p>III. <u>Патогенетик даво:</u> дезинтоксикацион даво Рингер эритмаси, глюкоза 5%, гемодез, реополиглюкин 10-15 мл/кг аъзонинг нохусусий резистентлигини ошириш мақсадида ностероид анаболиклар (метилурацил 0,25 X 3 маҳал 1 кунда, калий оротат 1 таб x2 маҳал 1 кунда ва вакцинотерапия). витамилинли терапия – В<sub>1</sub>- тиамин хлорид 5% (0,2-1,0 мл м/о 1 кунда 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксин гидрохлорид 5% (0,5-1,0 мл м/о 1 кунда 1 маҳал), аскорбин кислотаси – 5% эритмаси (1-2 мл суткада в/и томчилаб)</p> <p>IV. <u>Белги даво</u> тана ҳарорати 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юкори бўлганда – иситма туширувчи препаратлар аналгин 25% - 0,1 мл/хар ёшига, димедрол 1% -0,03 мл/нг тана вазнига, новокаин 0,5% - 1,0 мл гача</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика асослари</u></p> <p>1. Беморни касалхона шароитида алохидалаш 2. Касаллик ўчоғида яқунловчи дезинфекция ўтказиш 3. Беморни касалхонага ётқизгандан сўнг, мулоқатда бўлганларни 21 кун давомида кузатиш, нажас ва пешобини 10 кунда 1 марта бактериологик усул билан текшириш 4. Қорин тифи бактериофаги билан шошилишч профилактика ўтказиш.</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б



## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ботулизм, аниқ шакли, ўрта – оғир кечуви.

**Ёши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 19 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпид.анамнез – консерваланган, гўшт ва гўштли маҳсулотларни истеъмол қилиш,</p> <p>2. Кўзга хос белгилар – диплопия, «кўз олдида тўр пайдо бўлиши, нарсаларни хира кўриш, юқори ковокни тушиб қолиши, қорачикларни кенгайиши, нистагм. Кўз ёши ажралишини бузилиши,</p> <p>3. Назофаренгиал белгилар – оғизнинг куриши, ютишнинг қийинлашиши, товушнинг манқаланиши. Суяқ овкатларни бурундан чиқиши. Овознинг пасайиши, афониягача олиб келади, юмшоқ танглайни осилиб қолиши, тилчани ўрта чизикдан силжиши</p> <p>4. Ботулизмнинг бошланғич давридаги гастроинтестинал синдром – кўнғил айнаш, қусиш, патологик аралашмаларсиз ичнинг суяқ келиши, 1-2 кун давомида ўтиб кейинчалик қабзият ривожланиб, уни бир неча кун давом этиши</p> <p>5. Ваготония белгилари – брадикардия, гипотония, метеоризм</p>	<p>I. Бактериологик усул – нажасни Кито-Тароци мухитига экиш</p> <p>I. Серологик усул – ИФА, латекс агглютинация</p> <p>II. Шубҳа уйғотган маҳсулотлар қолдиғини ва шу билан бирга қусуқ маҳсулотларини, ошқозон чайиндисини текшириш, нейтраллаш реакцияси (сичқонларда биосинама ўтказиш)</p>	<p>Соф мухитда кўзгатувчини ажратиб олиши</p> <p>Антитоксик ва антибактериал антителоларни аниқлаш</p> <p>Хусусий даво муолажаларини бошлашдан олдин токсинларни аниқлаш учун венадан қон олинади. Синама манфий бўлса ботулизм ташҳиси инкор этилмайди, 4 та сичқоннинг қорин бўшлиғига овқат қолдиғини чайинди сув ёки бемор қони зардобини юборамиз, кейин 1 чи сичқонга физиологик эритма, 2-чисига ПБС А типи, 3-чисига – В типи, 4-чисига Е типи юборамиз, юборилган зардоб ва токсин бири бири билан мос келган сичқон тирик қолади</p>	<p>А) Атропин ва беладонна билан захарланганда алахираш, сопор ва кома, кўз қорачикларининг кучли кенгайиши. Кўзгалувчанлик ривожланади.</p> <p>Б) Полиомиелит ва вирусли энцефалитларда сўлакнинг кўп ажралиши, кўз ёшланиши тана ҳароратининг кўтарилиши, катарал белгилар, менингиал белгиларни мусбағлиги. Орқа мия суяқлигида патологик ўзгаришларни бўлиши.</p> <p>В) бошқа сабабларига кўра келиб чиққан овқатдан захарланишда тана ҳароратини кўтарилиш, диспептик ҳолатлар, асаб тизимини зарарланиши (ботулизмга хос бўлмаган ўзгаришлар)</p>	<p>I. <u>Базис даво:</u> уй шароитида дарҳол беморни ошқозонини ювиш, сурги дорилар бериш беморларни дарҳол юкумли касалхонага ётқизиш</p> <p>II. <u>Хусусий даво</u> токсинларни нейтраллаш мақсадида Безредко усули бўйича ботулизмга қарши зардоб юбориш 1 микдори – 25000 ХБ, (А тип 10000 ХБ, Б тип 5000 ХБ, Е тип 10000 ХБ) физиологик эритмада 10 марта суяқтириб, 37°C да иситиб в/и аста-секинлик билан юборилади левомецетин сукцинат 20-30 мг/кг суткасига юборилади Rp: Laevomycetini succinas solubile 0,5 D.t.d. № 30 S. флакон ичидаги моддани 5 мл 0,9% NaCl эритмасида эритиб, кунига 4 маҳал м/о 5 мл дан юборилади</p> <p>III. <u>Белгилар даво:</u> дезинтоксикацион даво (реополиглюкин, гемодез 10-15 мг/кг тана вазнига, плазма 5-10 мл/кг). витаминлар В<sub>1</sub> тиамин хлорид – 5% (0,2-1,0 мл в/м х 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксин хлорид – 5% (0,5-1,0 мл м/о х 1 маҳал), аскорбин кислотаси –5% эритмаси (1-2 мл/суткага в/и) гормонотерапия 3-5 мг/кг преднизолон бўйича прозерин 0,5% эритмаси 0,1 мл/ҳар ёшига. Нафас олиш қийинлашганда – ўпка сунбий вентилияцияси</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хусусий профилактикаси ишлаб чиқилмаган</li> <li>2. маданий оқартув ишларини олиб бориш. Ўчоқда тиббий назоратни йўлга қўйиш (12-14 кун)</li> <li>3. шубҳа уйғотган маҳсулотларни истеъмолдан четлатиш ёппасига касалланиши кузатилганда барча шахсларга профилактика мақсадида БКЗ (ботулизмга қарши зардоб м/о юборилади, касалликни яширин даврини ҳисобга олган ҳолда, 10-12 кунга тиббий назорат ўрнатилади</li> </ol>
100%	-	3	1	3
50%	-	1,5	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0

Максимал балл – 10 б

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Вирусли гепатит А, ўткир сариклик шакли, ўрта-оғир кечуви, сарикликнинг 2-чи куни.

**Ёши :** 5 ёш.

**Тана вазни:** 18 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпиданамнезнинг ўзига хос маълумотлари (сарик бўлган бемор билан мулоқатда бўлиш, болалар боғчасида, уйда, кўшниларида сарик касаллиги қайд этилган ҳолатларни аниқлаш керак, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, ювилмаган мева ва сабзавотларни истеъмол қилиши)</p> <p>2. Ўткир, диспептик, грипсимон ёки аралаш синдромлар билан бошланади</p> <p>3. Кучсиз ривожланган заҳарланиш белгилар</p> <p>4. Ҳар хил намоен бўлувчи сариклик юзага чиқиши билан интоксикация белгилари камайиб боради</p> <p>6. Гепатомегалия</p> <p>7. Ахолия ва холиурия</p>	<p>I. Хусусий - ИФА Кон зардорбида anti- HAV Ig Мни аниқлаш</p> <p>II. Нохусусий 1) биохимик АЛАТ, АСАТнинг ошиши</p> <p>гипербилирубинемия тўғри фракция ҳисобига</p> <p>тимол синамани фаоллигини ортиши</p> <p>2) Ровзинг синамаси Пешобда ўт пигментлари мусбат</p> <p>3) гемограмма Лейкопения нейтропения, лимфоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ секинлашуви</p>	<p>Қонда хусусий антитаначалар пайдо бўлиши</p> <p>АЛАТ N- 0,1-0,68 ммоль/л/час; АСАТ N-0,1-0,48 ммоль/л/час – Цитолиз белгиси курсаткичлари; умумий билирубин N – 20,0 мкмоль/л – холестаз курсаткич</p> <p>N - 0-4 ЕД. Мезенхимал ялиғланиш белгиси курсаткичи</p> <p>Қон зардобиди боғланган билирубин микдори кўпайгани учун</p> <p>Лейкоцитў N – 4,0-9,0 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N – 30-37%, эозинофиллў 0,5-5%. Гемопоз аъзоларининг вирусли инфекцияга хосреакцияси.</p>	<p>А) ВГВ – аста, ёки ярим ўткир холда атралгик ёки астеновегетатив синдром билан бошланиши, сариклик белгиларининг, ортиб бориши билан интосикация белгилари ҳам кучайиб боради, продромал даврида уртикар ёки бошқа аллергик тошмалар тошиши. Тимол синомаси кўрсаткичлари пастлиги, ВГВ маркерлари (HBsAg, anti HBc IgM, ва б.)</p> <p>Б) ВГЕ – касаллик тарқалиши ёз-куз мавсумийликка эга, кўпроқ ўсмир ёшлар (14 ёш ва ундан юқори) касалланади. Ўнг қовурга соҳасида оғрик, интоксикация, давомийлиги 1 хафтадан юқори, нисбатан оғир ўтади. Хомиладорларда кечуви оғир, маркерлар аниқланади (HEV – antiHEV ва Anti HEV IgM</p>	<p>I. <u>Базис даво</u> ётоқ ва ярим ётоқ тартиби стол № 5а ва № 5 кўп миқдорда суюқлик истеъмол қилиш, минерал сув, кампотлар, шарбатлар, соф мевалар истеъмол қилиш кунгил айнашда, қушишда в/и глюкозанинг 5-10% - 10 мл/кг тана вазнига 1 маҳал 2-3 кун мобайнида аскорбин кислотасининг 5% - 2,0 мл эритмаси билан бирга юборилади ўт ҳайдовчи препаратлардан – холосас 1 ч.к. x 3 маҳал 1 кунда, кальций глюконат 0,02 г/кг тана вазнига x 3 маҳал 1 кунда</p> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <p>1. Ўчоқда яқунловчи дезинфекция. 2. Шу инфекцияни юқиш йўлларини бортараф этиш учун тиббий тушунтириш ишларини аҳолига етказиш. 3. Мулоқатда бўлганларни назоратга олиш, ферментини 1 марта текшириш</p>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Вирусли гепатит В, ўткир сариқ шакли, ўрта оғир кечуви, сариқликнинг 2-чи куни.

Ёши : 1,5 ёш.

Тана вазни: 11 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпиданамнезга хос маълумотлар (охирги 6 ой ичида парентерал муолажалар ўтказган). Стационарда, поликлиникада ёки уй шароитида ўтказилган текширувлар ва олинган муолажалар, қон ва унинг ўрнини босувчи препаратлар олганлиги, оилада онаси ВГВ билан оғриб ўтганлиги ёки НbsAg ташувчини оилада борлиги.</p> <p>2. Касалликнинг ярим ўткир ёки аста-секин артралгик ёки астено-вегетатив синдромлар билан бошланиши</p> <p>3. Продромал даврда уртикар ёки бошқа аллергия тошманинг борлиги</p> <p>4. Ривожланган интоксикация</p> <p>5. Сариқликнинг кучайиб боришига кўра кўнғил айнаши, қусиш белгиларининг сақланиб қолиши ёки уларнинг кучайиши</p> <p>6. Ваготония белгилари – брадикардия, метеоризм, оғиз шиллик қаватининг қуриши, гипотония.</p> <p>7. Гепатомегалия баъзан спленомегалия, ахолик нажас, сийдикнинг тўқланиши</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) ИФА Қон зардобида НBsAg ва анти НВсIgM ни аниқлаш</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>1) Биохимик АЛАТ, АСАТ миқдори ошиши</p> <p>билвосита фракцияси ҳисобига гипербилирубинемия</p> <p>тимол синама фаоллигининг ортиши</p> <p>2) Ровзинг синамаси. Пешобда ўт пигментлари мусбат</p> <p>3) гемограмма Лейкопения, нейтропения. лимфоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ сустлашган</p>	<p>Қон зардобида хусусий антиганацалар пайдо бўлиши. Нормада манфий.</p> <p>АЛАТ N 0,1-0,68 ммоль/л/ч, АСАТ N-0,1-0,48 ммоль/л/ч-цитолоиз кўрсаткичлари</p> <p>Умумий билирубин N-20,0 мкмоль/л, Холестаз кўрсаткичлари</p> <p>Нормада 0-4 ЕД. мезенхимал яллиғланиш кўрсаткичи</p> <p>Конда боғланган билирубин пайдо бўлиши натижасида</p> <p>Лейкоцитлар N 4,0-9,0 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N 30-37%. Гемопоз аззоларининг инфекцияга хос хусусий реакцияси.</p>	<p>А) юқумли моноклеоз – ўзига хос учлик белгиси мавжуд (ангина, лимфаденит, гепатоспленомегалия, давомли иситма). Юқори нафас йўлларидаги катарал яллиғланиш, периферик қонда лейкоцитоз, ноаниқ моноклеарлар, ВГВ маркерларининг тахлили манфий натижа беради</p> <p>Б) ВГА – бошланиши ўткир, катарал диспептик белгилар билан, интоксикация сариқликнинг кучайиши билан камаяди, сариқ бўлган бемор билан мулоқатда бўлиши, Анти HAV ни IgM ҳисобига (мусбат бўлиши) аниқланиши.</p>	<p><u>Базис даво</u></p> <p>ётоқ ва ярим ётоқ тартиби стол №5а ва №5 кўп суюқлик, мин сув компот, шарбат, соф мевалар истеъмол қилиш кўнғил айнаши, қусиш бўлганда в/и глюкозанинг 5-10% - 10 мл/кг эритмасига аскорбин кислотасининг 5% -2,0 мл қўшиб юборилади (қунига 1-2 маҳал. Интоксикация белгилари йўқолгунча) Rp: Sol.Glucosi 5% - 200 ml D.t.d. № 2 S. 200 мл дан в/и, 5% аскорбин кислотаси эритмасини 2 мл билан бирга, қунига 1 маҳал ўт хайдовчи препаратлардан холосас 1 ч.қ.қунига х 3 маҳал ичирилади</p> <p><u>Профилактика чоралари</u></p> <p>1. Ўчоқда якуний дезинфекция ўтказиш 2. Мулоқатда бўлганларни назоратга олиш ва конни ферментга бир марта текшириш 3. 3-6 ой давомида беморларни диспансер назоратидан ўтказиш 4. Хусусий профилактикаси (жадвал бўйича) эмлаш</p>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бруцеллез, ўткир септик шакли, декомпенсация босқичи.

**Ёши:** 24 ёш.

**Тана вазни:** 60 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Уйда кўй, сигир парвариш қилишда қатнашади, сут қаймоқ, пишлоқ, кабоб истеъмол қилади. Сут соғувчи бўлиб ишлайди</p> <p>2. Тўлқинсимон иситма, қалтираш, кўп терлаш</p> <p>3. Бўғимдаги оғриқлар учувчан доимий эмас</p> <p>4. Сусти ривожланган захарланиш белгилари</p> <p>5. Лимфа тугунларининг катталаниши, ҳаракатчанлиги, оғриқсизлиги</p> <p>6. Гепатомегалия</p> <p>7. Камдан кам холларда терида аллергик тошмалар (ҳар хил кўринишдаги тошмалар)</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) Бактериологик усул – бруцелларни аниқлаш учун бемор қони гўшт-пептон ёки жигарли бульонга экилади</p> <p>2) Серологик усул - АР, РПГА, КБР – Райт реакцияси билан ўтказилади. Агглютинация титри 1:200 мусбат ҳисобланади - Хедельсон реакцияси –манфий ёки ижобий баҳоланади РПГА реакциянинг титри 1:200</p> <p>3) Бюрне синамаси – тери-аллергик синамаси мусбат (қизариш, шиш оғриқ)</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>Гемограмма:</p> <p>- Лейкопения, лимфоцитоз, эозинопения, ЭЧТ тезлашган.</p>	<p>Нормада гемокультура манфий.</p> <p>Қон зардобиди хусусий антитаначаларни аниқлаш Нормада манфий</p> <p>Нормада: Лейкоцитлар 4,0-9,0 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар 30-37%, эозинофиллар 0,5-5%, ЭЧТ – 2-10 мм/ч Гемопоз аззоларининг бактериал инфекцияга хусусий реакцияси</p>	<p>А) Безгакка хос белгилар – иситма хуружларнинг даврийлиги, камқонлик белгиларининг бўлиши, гепатоспленомегалия, лимфоаденитнинг бўлмаслиги, эритроцитларда плазмодийларнинг аниқланиши (қоннинг «қалин томчи» усули билан текшириш)</p> <p>Б) Қорин тифига хос белгилар: касалликнинг аста-секин бошланиши, тана ҳароратининг зинапоясимон кўтарилиши; доимий ёки ремитирланувчи турдаги иситма, тери қопламларининг рангпарлиги, «тифга хос тил», экзантемали тошма, метеоризм, Образцов, Падалка белгилари мусбат, бактериологик экмада <i>Sal.thyrphi abdominalis</i> аниқланади.</p>	<p>✓ <u>Антибиотиклар</u> – микробларга нисбатан бактериостатик ва бактериоцид таъсир кўрсатади: Бруцеллезни даволашда тетрациклин гуруҳи (террамицин, тетрациклин, биомицин) кенг қўлланилади 0,3 г ҳар 6 соатда. Булардан ташқари стрептомицин м/о 250000 ТБ ҳар 12 соатда яъни 1 кунда 2 марта буюрилади; левомоцилин 0,5 г ҳар 6 соатда; гентамицин 40 мг ҳар 8 соатда м/о юборилади. Антибиотиклар 7-10 кун муддатга буюрилади. Агар юқоридаги антибиотиклардан наф бўлмаса бошқа кенг доирадаги антибиотикларни ҳам буюриш мумкин</p> <p>Рр: Tab.Tetracyclini obductae 0,25 D.t.d. № 20</p> <p>S. 1 таблеткадан 4 маҳал, овқатдан сунг.</p> <p>✓ <u>Қувватни оширувчи даво усули:</u> витаминотерапия В<sub>1</sub>-1,0 м/о, В<sub>6</sub>- 1,0 м/о</p> <p>✓ <u>десенсибиловчи дорилардан</u> (тавегил 1 табл. х 2 маҳал, супрастин 1/2 табл. Х 3 маҳал</p> <p>Рр: Tab.Suprastini 0.025 D.t.d.№ 10</p> <p>S. 1 таблеткадан 2 маҳал</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика асослари</u></p> <p>1. Ветеринар-санитар назорат</p> <p>2. Сут-гўшт махсулотларига тулик термик ишлов бериш</p> <p>3. Иши ҳайвонлар ва уларнинг махсулотлари билан боғлиқ ишчиларни, тирик вакцина билан эмлаш.</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б				

## 5-курс

### Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бруцеллез. Бирламчи сурункали шакли, декомпенсация босқичи.

**Ёши:** 15 ёш.

**Тана вазни:** 38 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Бемор қушхонада ишлайди. Бемор сут, гўшт, пишлок истеъмол қилади. Уйда кўй боқади</p> <p>2. Ўзини 2-3 ойдан бери касал деб ҳисоблайди.</p> <p>3. Касаллик аста-секин тизза ва тўпиқ бўғимларида оғриқ билан бошланган, ҳарорати кўтарилмаган</p> <p>4. Ҳозирги пайтда радикулит ва полиартрит белгилари кучайган, тизза бўғимида шиш, оғриқ ва ҳаракати чекланган</p> <p>5. Периферик лимфа тугунлари ловиядек катталашган ва оғриқсиз</p> <p>6. Кўп терлайди, тана ҳарорати субфебрил ёки меъёрида</p> <p>7. Гепатомегалия</p>	<p><b>I. Хусусий</b></p> <p>1. Бактериологик усул: суяк кўмигидан бруцеллалар культурасини ажратиб олиш (миелокультура) учун озука муҳит сифатида жигар бульони ёки гўшт-пептонли бульонга 1%ли глюкоза ва 4%ли глицерин қўшилган (Первущин-Врублевский муҳити) муҳитга экилади.</p> <p>2. Серологик усул:</p> <p>1) Райта реакцияси: агглютинация реакцияси бўлиб конда бруцеллаларга қарши ишлаб чиқарилган хусусий агглютининларни аниқланадир. Агглютинация титри 1:100-1:200 мусбат ҳисобланади</p> <p>2) Комплементли боғлаш реакцияси (КБР) бруцеллез касаллигида мураккаб реакция усули бўлиб, хусусий реакция титри 1:200 мусбат ҳисобланади.</p> <p>3) Суст гемагглютинация (РПГА) реакцияси 1:200 ва ундан юқори титрда ижобий ҳисобланади</p> <p>4) Хедельсон реакцияси – сифат реакцияси ҳисобланиб ижобий ёки манфий баҳоланади</p> <p>3. Бюрне синамаси: Ташҳисот мақсадида тери орасига бруцеллин юборилади.</p> <p><b>II. Нохусусий</b></p> <p>Гемограмма – конда гипохром анемия, лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, ЭЧТ тезлашган</p>	<p>Нормада миелокультуранинг бак.экмаси манфий</p> <p>Қон зардобида хусусий антитаначаларни аниқлаш нормада манфий</p> <p>Аъзоларнинг қўзғатувчига нисбатан алергик мунособати. Нормада – манфий</p> <p>Гемопоз аъзоларининг бактериал инфекцияга хусусий реакцияси. Нормада Нб – 130-160 г/л, эритроцитлар 4,5-5,0 x10<sup>12</sup>/л, лейкоцитлар 4,0-9,0x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар 30-37%, ЭЧТ 2-10 мм/с</p>	<p>Ревматизмга хос белгилар - кўпинча майда бўғимлар яллиғланади, оғриқ учувчан бўлади, касаллик ўзига хос анамнезга эга – тез-тез ангина билан оғриш, аъзода стрептококк инфекцияларнинг йўқлиги бруцеллез бак. экмасининг ва Райт, РПГА, Хедельсон реакцияларнинг манфий натижаси. Қонда нисбий лимфоцитоз ва ревматизмнинг мусбат бўлиши хосдир.</p>	<p><b>I. <u>Антибиотиклар билан даволаш</u></b></p> <p>✓ левомисетин 0,5 г ҳар 6 соатда 10 кун Rp: Tab. Laevomycetini 0.5 D.t.d. № 30 S: 1 та таблеткадан 4 маҳал</p> <p>✓ тетрациклин 0,3 г ҳар 6 соатда 10 кун</p> <p>✓ стрептомицин 250000ХБ ҳар 12 соатда 10 кун (бактериостатик таъсир кўрсатади)</p> <p><b>II. <u>Вакциноterapia</u></b> (схема бўйича). Бруцеллез вакцинаси бруцелла культурасини қиздириб тайёрланади. Вакцинани т/и,т/о,м/о,в/и юбориш мумкин (Руднев схемаси бўйича юборилади). Курс 8-10 инъекциядан иборат.</p> <p><b>III. <u>Бруцеллиноterapia</u></b>. Бруцеллин (бруцелларнинг бульондаги уч ҳафталик культурасининг филтрати) т/о 2-3 кунда 1 марта юборилиб микдори аста-секин ошириб борилади (бруцилинотерапия фақат вакциноterapiaни қўллаб бўлмайдиган ҳолларда қўлланилади)</p> <p><b>IV. <u>Десенсибиловчи даво</u></b>: тавегил, супрастин 1/2 x 3 маҳал</p> <p><b>V. <u>Ностероид яллиғланишга қарши воситалардан</u></b> брүфен 0,2x2 м, индометацин 1/2 табл. X 2 маҳал, ацетилсалицил кислота 0,25 x 3 маҳал</p> <p><b>VI. <u>Иммуностимуляторлар</u></b>: левомизол 2,5 мг/кг, делагил 0,25 x 3 маҳал</p> <p><b>VII. <u>Витаминотерапия</u></b> В<sub>1</sub> 1,0 мл м/и, В<sub>6</sub>-1,0 м/и.</p> <p><b>VIII. <u>Бруцеллезга қарши иммуноглобулин бруцеллезнинг сурункали шаклида ишлатилади</u></b></p> <p><b>IX. <u>Физиотерапевтик усуллар</u></b>: кўк рангли электр нури, электр ваннаси ва б.қ.</p> <p style="text-align: right;"><u>Профилактика асослари:</u></p> <p>1. Ветеринар-санитар назорат</p> <p>2. Сут-гўшт махсулотларига тўлиқ термик ишлов бериш</p> <p>3. Бруцеллез учрайдиган жойлардаги аҳоли ўртасида текшириш ўтказиб, касал шахслар ҳисобга олинади</p> <p>4. Бруцеллезли чорва хўжаликлариде ишловчи кишиларга бруцеллездан сақланиш чоралари тушинтирилади, улар махсус иш кийимлари билан таъминланади. Ишдан сўнг қўлларни ювиш ва дезинфекция қилишга одатланиш зарур чоралардан бири эканлигини тушунтириш лозим</p> <p>5. Сутни текширмасдан ичиш, гўштни чала пишириб (кабоб) истеъмол қилиш хавфли эканини ҳам аҳолига тушунтириш лозим</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б

## 5-курс

### Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бруцеллез, иккиламчи сурункали шакли, декомпенсация босқичи.

**Ёши:** 13 ёш.

**Тана вазни:** 32 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Уйда майда ёки йирик шохли хайвонлари бор, бемор уларни парвариш қилишда қатнашади.</p> <p>2. Шикоятлари: тана ҳароратининг 37,2-37,4<sup>0</sup>С бўлиши, тизза, болдир, товон бўғимларида, белда оғрик бўлиши, кўп терлаш, кўзгалувчанликка шикоят қилади;</p> <p>3. Бемор 6 ой мобайнида касал, касаллик ҳароратнинг кўтарилиши, эт увишиши, кўп терлаш билан ўткир бошланган, баданида аллергик тошмалар тошган, касалхонада даволанган, бруцеллезнинг, ўткир-септик шакли ташҳиси қўйилган</p> <p>4. Объектив кўрилганда: ҳарорат нормада тери қопламлари нам</p> <p>5. Қўлтиқ ости, чов лимфа тугунлари катталашган оғриксиз, ҳаракати сақланган.</p> <p>6. Артрит кўринишлари – тизза, болдир, товон бўғимлари шишган, оғрикли, ҳаракатлари чекланган</p> <p>7. Периферик асаб тизамининг зарарланиши – бел радикулити белгилари мусбат</p> <p>8. Гепатомегалия</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) Бактериологик усул – бруцелаларни аниқлаш учун бемор кони гўшт-пептон ёки жигарли бульонга экилади</p> <p>2) Серологик усул - АР, РПГА, КБР – Райт реакцияси билан ўтказилади.</p> <p>Агглютинация титри 1:200 мусбат ҳисобланади - Хедельсон реакцияси – манфий ёки ижобий баҳоланади. РПГА реакциянинг титри 1:200, 1:400 мусбат ҳисобланади - Кумбс реакцияси – антитаначалар титри 1:200 мусбат.</p> <p>3) Бюрне синамаси – тери-аллергик синамаси мусбат (кизариш, шиш оғрик)</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>Гемограмма:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Лейкопения,</li> <li>лимфоцитоз,</li> <li>эозинопения,</li> <li>ЭЧТ тезлашган.</li> </ul>	<p>Нормада гемокультура манфий</p> <p>Қон зардобида хусусий антитаначаларни аниқлаш</p> <p>Нормада манфий</p> <p>Нормада:</p> <p>Лейкоцитлар 4,0-9,0 x 10<sup>9</sup>/л,</p> <p>лимфоцитлар 30-37%,</p> <p>эозинофиллар 0,5-5%, ЭЧТ – 2-10 мм/ч</p> <p>Гемопоз аззоларининг бактериал инфекцияга хос хусусий реакцияси</p>	<p>а) Ревматизмга хос белгилар: кўпинча майда бўғимлар яллиғланади, оғрик учувчан бўлади, касаллик ўзига хос анамнезига эга тез-тез ангина билан оғриш, аззода стрептококк инфекцияларнинг бошқа ўчоқларининг борлиги, жинсий аззоларда ва лимфогемопоз аззоларида патологик ўзгаришларнинг йўқлиги, бруцеллез бак.экмасининг ва Райт, РПГА, Хедельсон реакцияларининг манфий натижаси. Қонда нисбий лимфоцитоз ва ревмасынаманинг мусбат бўлиши хосдир.</p>	<p>I. <u>Антибиотиклар билан даволаш</u> (бактериостатик таъсир)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ левомицетин ҳар кг 30-50 мг 7-10 кун</li> <li>✓ тетрациклин 0,3 х ҳар 6 соатда</li> <li>✓ стрептомицин – 250000 ХБ ҳар 12 соатда</li> </ul> <p>II. <u>Антибиотикни</u> 2 курсини ўтказганимиздан сўнг уларга қўшимча схема бўйича вакцинотерапия ўтказилади. Вакцинотерапия учун ўлдирилган бруцелла культурасидан фойдаланамиз м/о 100-200-500 минг микроб таначалари ҳисобидаги миқдорда беморга индивидуал миқдорда юборилади, курс 8-10 инъекциядан иборат</p> <p>III. <u>десенсибиловчи дори</u>лардан (тавегил 1 таблетка х 2 маҳал, супрастин 1/2 табл. Х 3 маҳал</p> <p>IV. <u>ностероид яллиғланишига қарши воситалардан</u> (бруфен 0,2 г х 2 маҳал, индометацин 1/2 табл. Х 2 маҳал, аспирин 0,25 х 3 маҳал</p> <p>V. витаминотерапия В<sub>1</sub> – 1,0 м/о; В<sub>6</sub> – 1,0 м/о</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика асослари</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ветеринар-санитар назорат</li> <li>2. Сут-гўшт маҳсулотларига тулик термик ишлов бериш</li> <li>3. Йши хайвонлар ва уларнинг маҳсулотлари билан боғлиқ ишчиларни тирик вакцина билан эмлаш.</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б				

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: 3 кунлик безгак.

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 30 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. 3 Хафта олдин безгак касаллигига нисбатан эпидемиологик вазият ёмон ўчоқда бўлган</p> <p>2. Касаллик ўткир бошланган, холсизлик, бош оғриғи, бутун танада қакшаб оғриқ аломатлари борлиги, ҳароратнинг кўтарилиши билан бошланган</p> <p>3. Ҳар 48 соатда такрорланиб турувчи иситма хуружи ва иситмасиз ўтадиган давр кузатилган</p> <p>4. Иситма хуружида 3 давр ажратилади: эт увишиши, қалтираш, иссиқ чиқиш ва терлаш, бош айланиши, тахикардия, «қарсаксимон» юрак тонлари эшитилади</p> <p>5. Гепатоспленомегалия, кўз шиллик қаватларининг субиктериклиги, пешоби ва нажаси рангини тўқлашганлиги.</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) Қалин томчи ва қон суртмасини тайерлаб Романовский-Гимза усули билан бўялади ва микроскоп остида текширилади.</p> <p>2) Серологик усул РПГА,ИФА -</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>Гемограмма:</p> <p>- анемия,</p> <p>- ЭЧТ тезлашган,</p> <p>- анизоцитоз, Жоли таначалари</p>	<p>Плазмодийлар ҳар хил ривожланиш босқичларида эритроцитларга кириб, эритроцит ҳажми катталашади («узук тоши» кўринишида)</p> <p>Хусусий антитаначаларнинг ҳосил бўлиши.</p> <p>анемия – эритроцитларга безгак плазмодийларининг кириши ҳамда бирикаши натижасида эритроцитлар ёппасига парчаланади ва гипохром турдаги камқонлик ривожланади ЭЧТ тезлашади – паренхиматоз аъзоларининг лимфоид ва ретикуляр хужайралари эритроцитлар парчаланишидан ҳосил бўлган маҳсулотларни камраб олиши ҳисобига юзага келади.</p> <p>Анизоцитоз, Жоли таначалари – касалликнинг ўткир даврида қонда етилмаган ёш эритроцитлар кўпайиши ҳисобига эритроцитларнинг ёппасига парчаланиши натижасида эритроцитларнинг қайта тикланиши камади.</p>	<p>А) Қорин тифига хос – доимий, узоқ давом этувчи иситма, касаллик аста-секин бошланиб, ҳарорат занапоясимон кўтарилиб боради, нисбий брадикардия, пульс дикротияси, тифга хос тил», Образцов, Падалка белгилари, метеоризм, қабзият ва касалликка хос тошма борлиги</p> <p>Б) бруцеллезга хос – касалликка хос эпиданамнез, ремиттир ва интермиттир иситма, ҳаракат-таянч, асаб ва жинсий аъзоларга хос зарарланиш белгиларининг борлиги.</p>	<p>✓ <u>гематошизотрон воситалар</u> – делагил – 1чи суткада 1,0 гр. ҳар 6-8 соат 0,5 г (ҳаммаси бўлиб 6 табл. кейин 0,5 S таблеткадан х 1 сут 1 маҳал даво муддати 3 кун)</p> <p>✓ <u>цистошизотрон воситалар</u> – примахин – ичишга 15 мг х 1 кунда 14 кун давомида; хиноцид – 30 мг Х 1 кунда 10 кун давомида Rp:Tab.Primachini 0,003 D.t.d. № 20 S. 1/2 таблеткадан, кунига 1 маҳал</p> <p>✓ <u>жадал инфузион даво</u> – кристаллоид ва калоид препаратлар билан олиб борилади – 10-15 мл/кг тана вазни ҳисобидан: полиглюкин, реополиглюкин</p> <p>✓ <u>антигистамин препаратлар</u> – димедрол, супрастин, кларетин</p> <p>✓ <u>диуретиклар</u>: лазикс.</p> <p>✓ <u>бўйрак этишмовчиликда</u> – гемабсорбция, гемодиализ</p> <p>✓ <u>камқонлик кучли ривожланганда</u> – феррум-лек, витамин В<sub>12</sub>, оғир ҳолатларда – донор қони билан гемотрансфузия қилинади</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дезинсекция</li> <li>2. Сан-оқартув ишларини олиб бориш</li> <li>3. Мулоқатда бўлганларни текшириш, безгак вакцинаси билан эмлаш; безгак вакцинасининг 3 тури 1) спорозит вакцинаси – безгак юқишини олдини олади, аъзода чивин орқали тушган спорозитни ўлдириш хусусияти пайдо бўлади; 2) мерозит вакцинаси – безгак плазмодийларини жинссиз шаклларини ўлдиради; 3) гаметоцид вакцинаси – касалликдан химоя қилмайди, аммо гаметоцид ташувчиларни касаллантормайди.</li> <li>4. Хусусий профилактика мақсадида гематошизотрон воситалар (хингамин, фансидар, хининг) эпид.ўчоққа киришдан 30-35 кун олдин ичилади ва безгак ўчоғида бўлиш даврида ҳам давом эттирилади (2-3 йил) ва эпид ўчоқдан қайтгандан сўнг яна 4-8 ҳафта ҳафтасига 1-2 марта ёки кунора ичиб турилади. 2 йил давомида диспансер назоратида бўлади.</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўзбекистон геморрагик иситмаси, ўрта-оғир кечуви .

Ёши: 20 ёш.

Тана вазни: 62 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1.Эпид.анамнез – 3 кун олдин каналар кўп бўлган жойда бўлган.</p> <p>2. Ўткир, бирданига умумий захарланиш белгилари (титраш, юкори ҳарорат, бош оғриғи, қўлоёқларда, белда оғрик бўшашиш) билан бошланиш.</p> <p>3. Териси рангпар, юзи кепчиган, кизарган.</p> <p>4. 2-3 кунига келиб диаметри 1-2 ммдан 2,5 см гача бўлган геморрагик тошмалар тошиб, улар теридан кўтарилмаган шакли эса думалоқ ёки ҳар хил бўлиши мумкин, тошмалар сони кам. Муолажалар килинган жойларда қон қуйилишлар бўлади.</p> <p>5. Қон қусишлар, бурундан, бачадондан, томоқдан, милклардан қон кетиши</p>	<p>VIII. Хусусий усуллар: Серологик - КБР Антителолар титри – 1:80</p> <p>IX. Нохусусий Гемограмма Анемия, лейкопения, лимфоцитоз, нейтропения, анэозинопения, ЭЧТ ошган</p>	<p>Нормада манфий</p> <p>Нормада Hb – 120-130 г/л, эритроцитлар – 3,7-4,5x10<sup>12</sup>/л лейкоцитлар N-4,8-10,8 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар 30-37%, эозинофиллар 0,5-5%.</p>	<p>А) Менингококцемия: жуда ўткир бошланиши, кучли бош оғриши, тўхтатиб бўлмайдиган қусиш. Тана ҳароратининг жуда юкорилиги, юлдузчасимон геморрагик тошмаларнинг тошиши, кўпроқ думба ва сон соҳасида. Тошмалар теридан кўтарилиб туради, каттиқ. Гемограммада: лейкоцитоз, нейтрофиллар чапга силжишган, анэозинофилия, ЭЧТ тезлашган. Қондан тайёрланган суртма бактериоскопиясида диплококклар топилади.</p> <p>Б) Қорин тифи: Аста-секин бошланади, тана ҳарорати зинапоясимон кўтарилади, нисбий брадикардия, пульс дикротияси. Касалликнинг 8-10 кунда қорин соҳасида сийрак розеолез тошмалар пайдо бўлади. Тили жигар ранг караш билан қопланган четлари ва учи карашсиз. Метеоризм, Образцов, Падалка белгилари ижобий. Бемор ланж, ётоқлайди, саволларга қийналиб жавоб беради. Гемограммада: лейкопения, анэозинофилия, нисбий лимфоцитоз, нейтропения, таёкча ядролар томонга силжиши. Гемокультурада, уринокультурада, копрокультурада S. Abdominalis топилади. Видал реакцияси ижобий.</p>	<p>I. <u>Этиотроп давоси йўқ.</u> Касалликни ўтказган беморлар қонидан тайёрланган зардоб ёки плазма юбориш 150-200 мл.</p> <p>II. <u>Патогенетик даво:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Қатъий ётоқ тартиби, касаллик охиригача</li> <li>✓ Дезинтоксикацион даво (полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, альбумин) Rp: Sol.Glucosi 5% - 200 ml D.t.d. № 2 S. 200 мл дан в/и, кунига 1 махал</li> <li>✓ Пархез, сутли овқатлар, сабзавотлар буюрилади.</li> <li>✓ Геморрагик синдромни йўқотиш (янги қон, қон компонентлари ёки қоннинг ўрнини босувчи препаратлар – керакли микдорда. Аминокапрон кислотаси 50-100 мг гача в/и, 10%ли кальций хлор эритмаси 10 мл в/и, гепарин 5000-10000</li> <li>✓ Глюкокортикостероидлар (преднизалон 60-120 мг в/ига 8-15 кун давомида)</li> <li>✓ Витаминлар С, В гуруҳдаги ва РР)</li> <li>✓ Протеаз ингибиторлари: Контрикал 50000 ЕД</li> </ul> <p>III. <u>Белгилар даво:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Юрак-қон томир препаратлари</li> <li>✓ МНТ тонусини кўтарувчи препаратлар (женьшень, хитой лимонники ва х.к.)</li> <li>✓ Антианемик препаратлар (Вит В<sub>12</sub> 100 мг м/о. Феррамид 0,2 X 3 м. ва х.к.)</li> </ul> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дезинсекция</li> <li>2. Каналардан химоя қилувчи маҳсус кийим</li> <li>3. Тиббий ходимлари ҳамма муолажаларни резина қўлқопларда бажариши лозим.</li> <li>4. Бемор ажратмалари 3% ли хлорамин ёки 5% ли карбол кислотаси, 5% лизол ёрдамида зарарсизлантирилади.</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б				



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўлат, бубон шакли, ўрта-оғир кечуви.

Ёши: 9 ёш.

Тана вазни: 29 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Касаллик ўткир бошланади.</p> <p>2. Заҳарланиш белгилари яққол ривожланган бўлади (юқори ҳарорат, бош оғриғи, қалтираш, миалгия, бош айланиши)</p> <p>3. Нейротоксикоз белгилари (қўзғалувчанлик, сергаплик, галлюцинация, ҳаракат координациясини бузилиши)</p> <p>4. Патогномик белгилар – юз ва конъюктива қизарган, лаблари қуруқ, тили оҳаксимон қараш билан қопланган. Гаплари ноаниқ, англаб бўлмайди, қусиш «кофе қуюқмаси» кўринишида бўлади</p> <p>5. ЮҚТС – тахикардия, дикротия, гипотония, юрак чегаралари кенгайган, юрак тонлари бўғиқ</p> <p>6. Лимфаденит – чов лимфа тугунларининг катталашиви, кам оғриқли (мажбурий холат), атрофдаги клетчатка билан қўшилган, ҳаракатсиз, бубон усти териси тарангланган, қизил рангда, линфангаит кузатилмайди..</p>	<p>1. Бактериоскопик усул. Грамм-манфий овалсимон, биполяр бўяладиган бактерияларни мусбат шароитда аниқлаш</p> <p>2. Бактериологик усул: Қўзғатувчини соф культурасини ажратиш олиш. Агарли пластинкада тўқ сариқ рангда донатор, тўдалар ҳосил қилиб, маркази кўтарилган, ясси, фстонли тиник периферик зонага эга («каштали рўмолча» кўринишида) I.Pestis аниқланади.</p> <p>3. Биологик усул: текшириладиган материал билан сичқонни зарарлаш, мусбат натижада ҳайвон 5-7 кунда ўлади.</p> <p>4. Серологик усул: хусусий антитаначаларни аниқлаш, қонни РПГА усули билан текшириш (ташҳис титри 1:40)</p>	<p>N да аниқланмайди.</p> <p>N ўсмайди</p> <p>N –ҳайвон ўлмайди</p> <p>N манфий бўлади.</p>	<p>А) Бруцеллезни септик-метастатик шакл: хос қалтираш, юқори тана ҳарорати, кўп терлаш, гепатоспленомегалия, лимфатугунларини катталашиви, оғриқсиз, ҳаракатчан, териси ўзгармаган, ҳаракат-таянч, жинсий асаб ва б.қ. аъзоларни яллиғланиши. Эпид.анамнез – беморни ҳайвон билан мулоқатда бўлиши, сут, бринза, қаймоқ истемол қилиш. Райт-Хедельсон реакциялари мусбат.</p> <p>Б) Юкумли мононуклеоз – узок давом этувчи иситма, ҳамма периферик лимфа тугунларини катталашиви, асосан бўйин, ўмров-сурғичсимон ўсимта соҳасидаги лимфа тугунлари – эластик, бир-бири билан қўшилмаган, ҳам оғриқли. Териси ўзгармаган, оғиз-ҳалқум, бурун-ҳалқум зарарланиши, гепатоспленомегалия, гемограмма – ноаниқ мононуклеар борлиги, Паул-Бунелл серологик реакцияси мусбат.</p>	<p>I. <u>Этиотрон даво.</u> Стрептомицин м/о 30 мг/кг. Даво муддати 3-5 кун нормал ҳароратгача. Rp: Streptomycini sulfatis 0,5 D.t.d. № 10 S. флакон ичидаги моддани 2 мл 0,5% новокаинда эритилиб, кунига 2 маҳал м/о 2 мл дан юборилади</p> <p>II. <u>Дезинтоксикацион даво</u> – гемодез, реополиглюкин, 10% глюкоза эритмаси, стандартли эритмалар (трисол, квартасол ва б.к.) 10-15 мл/кг ҳар тана вазни ҳисобидан.</p> <p>III. <u>Витаминли даво</u> В ва С гуруҳлари.</p> <p>IV. <u>Симптоматик даво:</u> ✓ юрак қон томирга таъсир қилувчи препаратлар - корглюкон ✓ сийдик ҳайдовчи – лазикс. <u>Профилактика асослари</u></p> <p>1. бемор ларни касалхонага ётқизиш 2. ўлатга шубҳа қилинган ва мулоқатда бўлганларни алоҳидалаш 3. кунли ва якуний дезинфекция, дезинсекция, дератизация 4. EV қуруқ вакцинасини билан эмлаш.</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Куйдирги, карбункулёз шакли, ўрта-оғир кечуви.

Ёши: 7 ёш.

Тана вазни: 24 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Қассоб, 14 кун олдин мол сўйишда қатнашган.</p> <p>2. Касаллик терида қизил кичима доғ пайдо бўлиши билан бошланган, кейинчалик бу доғ пуфакчага айланган ва ёрилган, ўртада туби қора яра ҳосил бўлиб, атрофи яллиғланиш чизиғи бўйлаб пуфакчалар ҳосил қилган (карбункул)</p> <p>3. Некроз ўчоғида оғрик йўқ.</p> <p>4. Карбункул жойлашган жойидаги суюқлик, перкуссион болғача билан урилганда «лик-лик симон» қалтирайди (Стефанский белгиси).</p> <p>5. Захарланиш белгилари (тана хароратининг кўтарилиши, бош оғриғи, уйқунинг бузилиши, иштаханнинг пасайиши)</p> <p>6. Лимфаденит</p>	<p>I. Хусусий Ташҳисот:</p> <p>1. Бактериоскопик ва бактериологик усул: карбункул таркиби, қон, пешоб, балғам, нажасни микроскоп остида кўриш ва озуқа муҳитларга экиш (гўштли-пептонлик агар ёки гўштли-пептонли бульон). Қўзғатувчини соф культурасини ажратиб олиш учун, граммуқбат таёқча, занжирсимон кўринишда <i>V.antracis</i> аниқланади; Петри косачаларида уларнинг колониялари «медуза боши» шаклида кўринади; Пробиркада эса пахта қумоғи кўринишида бўлади</p> <p>2. Биологик усулида эса мойил ҳайвонларга юқитирилади (оқ сичқонлар, денгиз чўчкалари) 10% 0,1-0,2 мл ҳажмда текширилаётган материал олинади. Натижа муқбат бўлганда зарарланган ҳайвонлар 1-3 кундан кейин ўлади.</p> <p>3. Тери-аллергик синама, касаллик ўтказган ёки куйдирги вакцинаси билан эмланганларда, аъзонинг куйдирги антигенига сезгирлигини аниқлашга асосланган бўлиб, 0,1 мл миқдордаги антраксин бемор қўли териси орасига юборилади. Шу вақтни ўзида 2чи қўл терисига контрол суюқлик (физ. эритма) шу миқдорда юборилади. 2-48 соатдан сўнг, қизарган ва шишган жойнинг сатҳи 16-40 мм гача пайдо бўлса реакция муқбат ҳисобланади.</p> <p>4. Серологик усул – Асколи бўйича преципитация реакцияси – текширилаётган материалда куйдирги бациллаларини антигенини аниқлашга асосланган. Материал физ. эритмада 10-15 дақиқа қайнатилади, филтрланади, филтрат преципитатга қаватлаб жойланади – ингичка пробиркага зардоб қуйилади.</p> <p>5. Люминисцент – серологик таҳлил – куйдирги таёқчаларини вегетатив ва спора шакллари аниқлашга асосланган – суртма культурадан люминесцент-адсорбланган зардоб билан ажратиб тозаланади. Натижа муқбат бўлса куйдирги спораларининг иссиқликка чидамли хусусий турига хос антигенлари аниқланади.</p> <p>II. Нохусусий усул: Гемограммада: алоҳида ўзгаришлар бўлмайди, лейкоцитоз, лейкопения, нормоцитоз</p>	<p>Нормада - аниқланмайди.</p> <p>Биосинама манфий бўлганда тажрибадаги ҳайвонлар ўлмайди</p> <p>Синама манфий, шиш бўлмайди</p> <p>Реакция манфий бўлса суюқлик чегарасида ҳалқа ҳосил бўлмайди.</p> <p>Реакция манфий бўлса ёғду бўлмайди.</p>	<p>А) Сарамас – яллиғланган тўқима, соғлом тўқимадан яллиғланиш чизиғи билан яққол чегараланган бўлиб кизариш кичишиш, пуфакча (буллез шакли, флегмона) борлиги билан куйдиргидан фарқ қилади.</p> <p>Б) Ўлат, тери шакли – захарланиш белгилари яққол намён бўлади, яра оғриқли бўлиб, регионар бубон ҳосил бўлади. Яра атрофидаги шиш кам ривожланганлиги билан фарқланади.</p> <p>В) Фурункул ва карбункул – яллиғланиш кучли, марказида йиринг, шиш кам намён бўлиб, оғрик кучли бўлади.</p>	<p>I. <u>Этиотроп даво</u></p> <p>✓ пенициллин 400 000-500 000 Ед/кг Rp: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ED D.t.d.№ 20 S. флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаинда эритилиб, кунига 4 маҳал м/о 5 мл дан юборилади</p> <p>✓ цефопин 40-60 мг/кг ✓ левомецетин 50 мг/кг ✓ гентамицин 2 мг/кг</p> <p>Даво муддати 7-10 кун давомида куйдиргига қарши иммуноглобулин (20-50-60 мл/суткага) билан бирга ўтказилади.</p> <p>II. <u>Патогенетик даво</u>:</p> <p>✓ дезинтоксикацион даво (тузли эритмалар, пастмолекулали ва юқори молекулали қон ўрнини босувчи воситалар) ✓ витаминли даво ✓ белгили даво муолажалари ўтказилади.</p> <p>III. <u>Профилактик асослари</u>:</p> <p>1. Ветеринар-санитар хизматлари (касал ҳайвонларни аниқлаш, алоҳидалаш, даволаш, ноқулай шароитдаги қишлоқ-хўжалик ҳайвонларни эмлаш, ҳайвон маҳсулотларига ишлов беришни, уларни сақланишни назорат қилиш)</p> <p>2. Тиббий-санитария чора-тадбирлари куйдирги ўчоғида эпид. текширув, кунли ва якуний дезинфекция ўтказиш, беморларни ўз вақтида аниқлаш, касалхонага ётқизиш ва даволаш;</p> <p>3. Жадал профилактика – мулоқатда бўлганларга нисбатан олиб борилади (тетрациклин, ампициллин, рифампицин) – ёшига мос миқдорда белгиланади; 5 кун давомида</p> <p>4. Эпид.кўрсатма асосида 14-ёшдан 60 ёшгача бўлганларни тирик куйдирги вакцинаси (СТИ) билан фаол эмлаш, тери орасига ёки тери ичига 0,5 мл миқдорда.</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қоқшол, ўрта-оғир кечуви.

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 30 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>6. Эпид.анамнезида – жароҳатнинг бўлиши (майший, қишлоқ хўжалиқдан)</p> <p>7. Жароҳатланган жойда симиллаган оғрик, тиришишларнинг бўлиши.</p> <p>8. Тризм – оғиз очилишининг қийинлашуви (чайнов мушакларининг зарарланиши)</p> <p>9. Сардоник тиржайиш – мимик мушакларнинг зарарланиши. Беморнинг қошлари юқорига кўтарилган, оғиз бурчаклари пастга қараган.</p> <p>10. Дисфагия (ютишни қийинлашуви)</p> <p>11. Опиסתотонус – боши орқага ташланган, танаси ёйсимон эгилган (бемор асосан энса ва товонларига тиралган).</p> <p>12. Клоник-тоник тиришишлар (бутун танада)</p> <p>13. Юқори ҳарорат</p>	<p>1. Асосан клиник-эпидемиологик далилларга асосланиб ташҳис қўямиз</p> <p>2. Микробиологик ташҳисотга асосланган лаборатор усуллар, ретроспектив ҳарактерга эга бўлади. Бунда биоматериални маҳсус муҳитларга (Мартўнов бульонига, Лергу-Рамон бульонига ва х.к.) экилади. Бундай муҳит вазелин ёғи қавати остида 10-15 кун давомида инкубацияланади</p> <p>3. Гемограммада: нейтрофилли лейкоцитоз. Кучли бўлмаган анемия.</p>	<p>Агар текширилаётган материалда грамусбат, юмалок терминал спорали таёқчалар топилса, у ҳолда тетаноспазминни топиш учун биосинама қўлланилади. Бунинг учун сичқон ёки денгиз чўққаларидан фойдаланилади.</p>	<p>А) Қутуриш учун хос хайвонлар тишлаган жойнинг бўлиши, гидро-, акустико-, аэро-, фотофобияларнинг бўлиши, кучли сўлак ажралиши, агрессив ҳолат, нейронларда Бабеш-Негри таначаларининг топилиши.</p> <p>Б) Ботулизм учун хос: консерваланган сабзавотлар, гўшт, балиқ маҳсулотларини истеъмол қилганлиги, диарея белгилари бўлиши, офтальмологик белгиларнинг (диплопия, птоз, страбизм, анизокория) бўлиши. Нозоглоссо-фарингологик белгиларининг бўлиши. нафас ва тана мушакларининг параличлари.</p>	<p>I. <u>Тезлик билан касалхонага ётқазил</u></p> <p>II. <u>Жароҳат жойини кесиб</u>, ёт жисмларини олиб ташлаш, жароҳатланган жойдан токсинни сўрилишини камайтириш, мақсадида жароҳатининг атрофи қоқшолга қарши зардоб билан (3-10000МЕ) «тешиб» чиқилади.</p> <p>III. <u>Қоқшолга қарши зардобни</u> Безредко усули билан 80-100 000 МЕ бир марта юборилади. Қоқшолга қарши фаол иммунитет ривожланиши учун тери остига қоқшолга қарши анатоксин 0,5-1,0 млдан 3 марта 5-7 кун оралатиб қилинади.</p> <p>IV. <u>Қоқшол таёқчаларининг вегетатив шакларини</u> йўқотиш учун юқори миқдорда пенициллин (200000 ЕД/кг) в/и 6 маҳал ёки тетрациклин 30-40 мг/кг (қунига 2 дан г кўп эмас) 4 маҳал буюрилади. Rp: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ED D.t.d.№ 20 S. флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаида эритилиб, қунига 4 маҳал м/о 5 мл дан юборилади</p> <p>V. <u>Тиришишларни камайтириш мақсадида миорелаксантлар буюрилади.</u> Диазепам в/и ёки м/о 0,1-0,2 мг/кг миқдорда ҳар 3-6 соатда. <u>Профилактика чоралари:</u> 1. Тери коплами́ни жароҳатлардан асраш 2. Жадал профилактика мақсадида 0,5 мл анатоксинни тери остига юбориш</p>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қутириш. Авж олган даври.

Ёши: 5 ёш.

Тана вазни: 18 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Бир ой олдин оёғини дайди ит тишлаган</p> <p>2. Гидрофобия, аэрофобия, акустикобобия хуружлари</p> <p>3. Хулқатворида қизиққонлик-агрессивлик (сабабсиз қичкириш, ўзини қўйишига жой топа олмаслик, кийимларини йиртиши, тимдалаш, туплаш, ўзини ва ёнидагиларни уриш)</p> <p>4. Қўп сўлак ажралиши, ёпишқоқ тер чиқиши, тана ҳароратининг юқорилилиги, тахикардия, гипотония, хансираш, олигоурия</p> <p>5. Эс-хушнинг хиралашиши оқибатида ваҳимали эшитиш ва кўриш, галлюцинациялари</p>	<p>I. Хусусий усул - флюоресцентли антителолар ёрдамида аниқлаш</p> <p>- биологик усул</p> <p>Кутириб ўлган бемор ва хайвонларни бош миясини гистологик текшириш</p>	<p>Кутириб ўлган одам ва хайвон миясининг аммон шохи деб аталувчи қисми ва узунчоқ мия, сўлак безларида вирус антигенларини аниқлаш мумкин</p> <p>Янги туғилган сичқонларнинг орқа мия суюқлигини ва сўлагини интрацеребрал йўл билан зарарлантириб, вирусни ажратиб олиш.</p> <p>Бабеш-Негри таначаларини аниқлаш</p>	<p>А) Қоқшол – анамнезида жароҳатни ифлосланган тупроқ тутиши. Жароҳат атрофининг тортишиши, тризм (мимик мушакларнинг тортилиши) – «сардоник кулги», ютинишнинг қийинлашиши, ҳамма гуруҳ мушакларининг (фақат қўл ва оёқ бармоғидан ташқари) тез-тез ва жадал талвасаси</p> <p>Б) ботулизм - анамнезда консерва маҳсулотларини истеъмол қилиш, касалланиш гуруҳли хусусиятга эга, ўта ҳолсизлик, бош айланиши, кўз олди хиралашиши («булут» тўр пайдо бўлиши) нарсаларни кўзга иккита бўлиб кўриниши, мидриаз, анизокория, ярим птоз, птоз белгиларини аниқланиши, товушни пасайиши, ютишнинг қийинлашиши, қалқиб кетиш., юмшоқ танглайни осилиб қолиши, тилчанинг ўрта чизикдан силжиши, скелет мушакларининг ҳолсизлиги</p>	<p>I. <u>Қутиришнинг хусусий давоси йўқ</u></p> <p>II. <u>Белгилли даво</u></p> <p>✓ Талвасага қарши даво (седуксен 0,5% - 0,15-0,3 мг/кг в/и, ГОМК 100-150 мг/кг тана вазнига в/и)</p> <p>Rp: Sol.Seduxeni 0,5% D.t.d. № 10 S. 1 мл дан м/о.</p> <p>✓ Оғриқ қолдирувчи (анальгин 5-10 мг/кг 3-4 маҳал 1 кунга), наркотик аналгетиклари</p> <p>✓ Беморни алоҳида палатага ётқизиш, ётқизилган хонада ҳар хил таъсирлантирувчи воситалар бўлмаслиги лозим</p> <p>✓ Овқатлантириш ва йўқотилган суюқликларни қайта тиклаш мақсадида парентерал йўл билан тузли эритмалар, плазма ўрнини босувчи воситалар, глюкоза эритмаси юборилади</p> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>кутиришга қарши кураш - бу касалликни итлар орасида йўқотишга қаратилган бўлиши керак</li> <li>дайди ит ва мушукларни ветеринария хизмати назоратида бўлиши, уларни вақти билан эмлаб туриш</li> <li>хайвонларни чегарадан олиб ўтишда ҳалқаро қоидаларга риоя қилиш</li> <li>одамлар орасида қутиришга қарши антирабик вакцина билан профилактик эмлаш</li> <li>пассив иммунизация мақсадида одам плазмасидан тайёрланган антирабик иммуноглобулиндан фойдаланиш</li> <li>антирабик вакцина билан эмлаш.</li> <li>антирабик гаммаглобулин буюриш (гипериммун от зардоб)</li> </ol>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сарамас, бирламчи-эритематоз шакли. Урта-оғир кечуви.

**Ёши:** 12 ёш.

**Тана вазни:** 32 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпид.анамнези – бемор 5 кун аввал қўлини миҳ билан жароҳатлаган.</p> <p>2. Касаллик ўткир бошланган</p> <p>3. Зарарланиш белгилари яққол ривожланган. Ҳарорат 39-40<sup>0</sup>С, тили қуруқ, караш билан қопланган, холсизлик, тахикардия, юрак тонлари бўғиқлашган. Қусиш, уйқусизлик, бутун танада оғрик.</p> <p>5. Маҳаллий ўзгаришлар – ўнг қўл терисида қизариш, четлари нотекис чегараланган. Териси шишган, оғрикли. Терини зарарланиб, қизарган жойи шишган, чегараси текис бўлмайди ва терининг соғлом қисмидан яққол ажралиб туради, қизарган тери юзасида пуфакчалар бўлади</p> <p>6. Маҳаллий лимфаденит</p>	<p>Нохусусий</p> <p>- гемограмма – нейтрофилларнинг чапга силжиши билан бироз лейкоцитоз. ЭЧТ бироз ошган.</p>	<p>Лейкоцитлар нормада 4-9x10<sup>9</sup>/л ЭЧТ N- 2-10 мм/с. аъзоларнинг бактериал инфекцияга хусусий реакцияси</p>	<p>А) Куйдиргининг карбонкулез шаклига хос – юзаси ярали қўп миқдордаги сероз-геморрагик суюклик билан тўлган экссудациядан иборат. Пуфакча ёрилгач, ўрнида яра пайдо бўлади, бу яра тез қотиб, қурийди ва қўнғир рангли қўтир билан қопланади. Қора қўтир оғримайди, аста-секин катталашиб боради. Қора қўтир атрофида майда пуфакчалар пайдо бўлади. Куйдирги карбункули атрофидаги анча жой шишиб чиқади. Карбункул оғримайди.</p> <p>Б) Ўлат, тери шакли – тери атрофи яққол қизарган, яра таги яллиғланган, сарғиш рангдаги экссудат билан тўлган, кучли оғрик бор. Тери яралари узок вақт давом этади ва секин тузалади, чандиқ ҳосил қилади.</p>	<p>I. <u>Қўрсатма асосида касалхонага ёттиқиши</u></p> <p>II. <u>Этиотроп даво:</u></p> <p>✓ антибиотиклар пенициллин қатори 100-150 минг ТБ/кг 7-10 кун Rp: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ED D.t.d.№ 20 S. флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаинда эритилиб, кунига 4 маҳал м/о 5 мл дан юборилади</p> <p>✓ сульфаниламидлар – бисептол 480 1 таб 2 маҳал овқатдан кейин, невиврамон</p> <p>III. <u>Десенсибиловчи даво</u> – супрастин 1-2 табХ2 маҳал, тавегил, фенкарол, диазолин.</p> <p>IV. <u>Дезинтоксикацион даво:</u> глюкоза эритмаси. Гемодез 10-15 мл/кг, реополиглюкин, ККБ 50 мг в/и физиол эритмада.</p> <p>V. <u>Маҳаллий даво - малхам</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тери қопламанинг бутунлигини химоя қилиш</li> <li>2. Стрептококк инфекциянинг сурункали учоқларини санация қилиш</li> <li>3. Совуқ қотиш, жароҳатни олдини олиш</li> <li>4. Аъзония химоя кучини ошириш мақсадида овқатланиши тўғри йўлга қўйиш.</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Тошмали тиф. Ўрта-оғир кечуви.

Ёши: 24 ёш.

Тана вазни: 64 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Педикулез борлиги ёки иситмалаётган бемор билан мулоқатда бўлиш</p> <p>2. Касаллик ўткир бошланиб тана ҳароратининг 39-40°C гача тез кўтарилиши</p> <p>3. Заҳарланиш белгиларнинг яққол намоён бўлиши (бош оғриги, кўнгил айниш, ҳолсизлик)</p> <p>4. Нейротоксикоз белгилари – безовталиқ, уйқусизлик, эшитув, кўрув сезгирлигини ошиши, эйфория, галлюцинация, тажавузкорлик, атрофни ва вақтни англай олмаслик.</p> <p>5. Ўзига хос ташқи кўриниши: юзини керкиб ва қизариш (айрим вақтда бўйни ҳам), кўзларнинг ёниши, кўз оқ пардасининг қизариши (куён кўз), «қизарган юзда Қизарган кўз»), лаблари қиб-қизил ва қуруқ, териси қуруқ ва иссиқ</p> <p>6. Розенберг-Винокуров_Лендорф белгиси – юмшоқ танглайда майда қон қуйилиш кўринишдаги тошма (касалликнинг 2-3 кунда пайдо бўлади)</p> <p>7. Ўзига хос ҳарорати чизиғи касалликнинг 4-5 ва 8-9 чи ва 12-13 чи кунларида «кесиклар» бўлиши</p>	<p>I. Нохусусий</p> <p>1) гемограмма – лейкоцитоз, нейтрофиллез, лимфопения, анэозинофилия, Тюрк плазматик хужайралари, ЭЧТ - ошиши</p> <p>2) уринограмма – олигоурия, протеинурия, цилиндрурия</p> <p>II. Хусусий</p> <p>1) Вейл-Феликс реакцияси, 1:200 ва ундан юқори титрда мусбат</p> <p>2) Комплементни боғлаш реакцияси (КБР) 1:100 ва ундан юқори титр мусбат</p> <p>3) НГАР (РНГА) 1:100 ва ундан юқори титр мусбат</p>	<p>Гемопоз аззолига токсик таъсир. Нормада Нв – 130-160 г/л, эритроцитлар 4,5-5,0 x10<sup>12</sup>/л, лейкоцитлар 4,0-9,0X 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар 30-37%, ЭЧТ 2-10 мм/с</p> <p>«Токсик буйрак» белгиси</p> <p>Риккетсиянинг хозирги ҳолатида ёт антигенга нисбатан хусусий антитаначаларнинг ҳосил бўлиши. N – манфий</p> <p>Комплементни боғловчи антитаначалар ҳосил бўлиши. N- манфий</p> <p>Қўй эритроцитларига ёпишган Провачек риккетсияларининг гаптенлари ёрдамида хусусий антитаначаларини аниқлаш</p>	<p>A) <u>Қорин тифига</u> хос – касалликнинг аста-секин бошланиши, ваготония белгилари – рангпарлик, метеоризм, брадикардия, адинамия, «тифга хос тил», Падалка, Образцов белгилари, касалликнинг 8-9 чи кунларида розеолез тошма тошиши, тошмани қоринда, кўкрак қафасида жойлашганлиги.</p> <p>B) <u>Менингококцемия</u> – касаллик тўсатдан бошланади, кучли бош оғриги, тўхтовсиз қусиш, юқори тана ҳарорати, геморрагик тошма – юлдузсимон шаклда, кўпроқ думба соҳасида ва сонда, тери сатҳидан кўтарилган, қаттиқ. Гемограмма – лейкоцитоз, нейтрофиллез чапга силжиган, анэозинопения, ЭЧТ юқори, қон суртмасида (бактериоскопияда) диполокларини аниқлаш мумкин.</p>	<p>I. <u>Ётоқ тартиби ва тўғри парваришлаш</u></p> <p>II. <u>Этиотрон даво</u> – антибиотиклар – тетрациклин 10-15 мг/кг/сут per os, левомецетин 30-50 мг/кг/сут per os, оғир ҳолатларда доксициклин 100-200 мг/сут, болаларга 50 мг/сут. Rp: Tab.Tetracyclini obductae 0,25 D.t.d. № 20 S. 1 таблеткадан 4 маҳал, овқатдан сунг.</p> <p>III. <u>Патогенетик даво:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Дезинтоксикацион даво: гемодез, 5% глюкоза эритмаси, тузли эритмалар 10-15 мг/кг</li> <li>✓ Юрак-қон томир бузилишларини коррекция қилиш мақсадида 1 мл 1 мезатон эритмаси, корглюкон – 1 мл 0,06% эритмаси, 10% глюкоза эритмаси, преднизалон 90 мг гача в/и томчилаб юбориш мумкин</li> <li>✓ Иситма тушурувчи воситалар - Тана ҳарорати кўтарилганда 38,5°C ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 мл гача ёки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига.</li> <li>✓ Психомотор воситалар бромидлар, барбитуратлар, аминазин, седуксен 0,5% эритмаси (0,15-0,3 мг/кг тана вазнига), натрий оксибутират (50-100 мг/кг)</li> </ul>

<p>8. Спленомегалия, касалликнинг 2-чи ҳафтасидан гепатомегалиянинг ҳам юзага келиши</p> <p>9. Бульбар белгилари – тил девиацияси, дизартрия, Говоров-Годелье белгиси (тилни олд тишлардан ташқарига чиқара олмаслик). Бурун-лаб учбурчагининг текисланиши</p> <p>10. Қон томир ўтказувчанлигининг ошиши ҳисобига – «жгут» ва «чимчилаш» белгилари Киари-Авцин белгисини ижобийлиги</p> <p>11. Касалликнинг 4-5 кунда розеолез-петехиал тошма тошиши, тошма полиморф бўлиб бир вақтнинг ўзида кўкрак ва тананинг ён бошида пайдо бўлиши</p> <p>12. «Фулигиноз» тил – қуруқ, тўқ жигарранг караш билан қопланган</p> <p>13. ЮҚТТ – тахикардия, гипотензия, юрак тонлари бўғиқлашган.</p>				<p align="center"><u>Профилактика асослари:</u></p> <p>1. Беморни ҳарорати тушгач яни 12 кун давомида алохидаланг</p> <p>2. Мулоқатда бўлганларни 25 кун мобайнида кузатиш ва ҳароратни ҳар куни ўлчаш</p> <p>3. Мулоқатда бўлган шахсларни тозалиқдан ўтказиш ва битга текшириш</p> <p>4. ўчоқда яқунловчи дезинфекция ва дезинсекция</p> <p>5. қуруқ, тошмали тиф вакцинаси ёрдамида хусусий профилактика.</p>
100%      -      3	1	2	1	3
50%      -      1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ      -      0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бўғма, томоқ оролчасимон шакли

**Ёши:** 5 еш

**Тана вазни:** 20 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпидемиологик анамнез далиллари. Бўғма билан оғриган бемор ёки бўғма кўзгатувчисининг токсик штаммини ташиб юрувчиси билан мулоқат.</p> <p>2. Муртак безларида тўқималар билан маҳкам бирлашган кулранг кўринишдаги пардани оролчасимон жойлашганлиги.</p> <p>3. Парда кўчирилганда тўқималар қонайди, парда буюм ойначалари орасида эзилмайди, сувда чўқади.</p> <p>4. Регионар лимфа тугунлари катталашади–пайпасланганда ҳаракатчан ва оғриқсиз.</p> <p>5. Тана ҳарорати оғирлик даражасига мос бўлмаган ҳолда 38-39<sup>0</sup>га кўтарилиб, қиска муддат (2-3 кун) давом этади</p> <p>6. Заҳарланиш белгилари: холсизлик, тез чарчаш, иштаҳани пасайиши.</p> <p>7. Тана ҳароратининг кўтарилиши билан мос бўлмаган тахикардия, юрак тонларининг бўғиқланиши.</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) бактериологик усул – томоқнинг бўғма қопламаси жойлашган жойдан суртма олиб</p> <p>Клаубергнинг қонли-телуритли эллектив мухитга ёки Лефлер мухитига экиш</p> <p>2) серологик усул – антителоларни нейтраллаш реакцияси (РНА) РПГА,РА,ИФА</p> <p>Антитаначалар титри 1:80</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>1. коннинг умумий тахлили: лейкоцитоз, нейтрофиллез чапга силжиган, миелоцитларгача. ЭЧТ ошиши 20-30 мм/с</p> <p>2. уринограмма – оксил, эритроцит, цилиндрлар миқдорини ошиши</p>	<p>Коринобактериялар ни ажратиб олиш</p> <p>Қонда хусусий антитаначаларнинг тўпланиш. Нормада – манфий.</p> <p>Лейкоцитлар N – 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N 30-37%. Гемопоз аззоларининг бактериялар таъсирига жавоби</p> <p>«токсик буйрак» холати.</p>	<p>А) ҳалқум бўғмасининг лакунар ангинадан фарқи – лакунар ангина – ютинганда бироз оғриқли, муртак безларининг шиллиқ қаватларининг қизариши, қопламалар муртакнинг лакуналарида жойлашган бўлиб, оқ-сарғиш рангда, кўчирганда осон кўчади, буюм ойначалари орасида осон ишқаланади ва сувда чўқмайди, қоплама фибринли хусусиятга эга эмас. Тонзилляр лимфа тугунлари катталашган, қаттиқлашган, пайпасланганда оғриқли, ўзига хос заҳарланиш белгилари ва юқори тана ҳарорати.</p> <p>Б) Бўғмадан фоликуляр ангинанинг фарқи – юқори тана ҳарорати, заҳарланиш белгиларининг яққол намоён бўлиши ва томоқда оғриқ, ҳалқум шиллиқ қаватининг қизариши, муртак безларининг шишганлиги, эгри-бугри юзаларида шиллиқ ости қаватида сарғиш рангдаги фолликулаларда йиринг пайдо бўлиши, регионар лимфа тугунларида ўзгариш деярли йўқ, тана ҳарорати нормал ёки субфебрил</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ оғирлик даражасидан қаътий назар ётоқ тартиби белгиланади</li> <li>✓ калорияли овқатланиш буюрилади (сут маҳсулотлари – творог, қатик, мева-сабзавотлар)</li> <li>✓ кўп суюқликлар ичиш (мева шарбатлари, сут, лимонли чой, ўт дамламалари)</li> </ul> <p>II. <u>Хусусий даво</u></p> <p>Безредко усули бўйича бўғмага қарши зардоб юбориш 10-15 минг АБ миқдорда (ўртача миқдори бир курсга 10-20 минг АБ).</p> <p>Rp: Seri antidiphtherici concentrati depurati «Diaferm» 10 000 АБ</p> <p>D.t.d. № 10</p> <p>S. м/о юборилади, оғир ҳолатларда в/и схема бўйича</p> <p>III. <u>Патогенетик даво</u> –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Дезинтоксикацион даво – реополиглокин, гемодез 10-15 мл/кг тана вазни ҳисобидан, плазма 5-10 мл/кг</li> <li>✓ Гормонотерапия – преднизолон 2-3 мг/кг, гидрокортизон 5-10 мг/кг</li> <li>✓ Витаминотерапия: В<sub>1</sub> тиамин хлорид 5% (0,2-1,0 мл м/о 1 кунда 1 маҳал), В<sub>6</sub> – пиридоксин гидрохлорид 5% (0,5-1,0 мл м/о), аскорбин кислотаси 5% эритмаси (1-2 мл 1 суткада в/и томчилаб)</li> <li>✓ Десенсибиловчи терапия – пипольфен 2,5% эритмаси 0,1 мл/ешига ҳисобидан, супрастин 2% эритмаси 0,2-0,3 мл/кг тана вазнига 1 суткада</li> <li>✓ Миокардит белгилари пайдо бўлса – кокарбоксилаза 50-100 мг</li> </ul> <p><u>Профилактика асослари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ўчоғда 1% ли хлорамин эритмаси билан якуний дезинфекция</li> <li>2. бўғма билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлганларни текшириш</li> <li>3. мулоқатда бўлган болаларни болалар боғчасига боришни тақиқлаш (бактериал текшириш тахлиллари натижасининг 7-чи кунигача)</li> <li>4. бактерия ташувчиларни аниқлаб даволаш мақасида касалхонага ётқизиш</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.



### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Аденовирусли инфекция, ўрта оғир шакли, касалликни 3 куни.

**Ёши:** 3 еш.

**Тана вазни:** 15 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1.Эпид.анамнез – ўхшаш бемор билан мулокатда бўлиши.</p> <p>1.Касалликни ўткир, юқори ҳарорат билан бошланиши.</p> <p>2.Юқори ва 5 кундан ортик давом этадиган фебрил ҳарорат.</p> <p>3.Пардали конъюктивит, ринит ва фарингит.</p> <p>4.Томоғи кизарган, муртак безлари шишган.</p> <p>5.Гепатоспленомегалия ва лимфаденит.</p> <p>6.Қоринда оғрик ва ич кетиши.</p> <p>7.Заҳарланиш белиглари.</p>	<p>1.Иммунофлюоресценция усули</p> <p>2. Вирусологик</p> <p>3. РСК, РТГА, РНГА жуфт зардоб усулида Антителоларни титрини 1:80 ёки 4 баробар ва ундан юқори ошиши</p> <p>4. ПЦР (Полимераз занжир реакцияси).</p> <p>5. Иммуноферментли анализ</p> <p>Вирусологик текширувларнинг кўп вақт талаб қилишини инobatта олиб, Ташҳис клиник-эпидемиологик далилларга асосланиб қўйилади</p>	<p>Вирус антигенларини нафас йўллари эпителийси хужайларидан ажратиб олиш</p> <p>Вирусларни тўқима хужайралари культурасидан ажратиб олиш</p> <p>Қонда хусусий антитаначалар тўпланиш. Нормада манфий</p> <p>Нафас йўллари ажратмаларида вирус ДНКсини аниқлаш</p> <p>IgM синфидаги антителоларни аниқлаш</p>	<p>А)ЎРВИни аденовирусли инфекциядан фарқи. ЎРВИ – кўз шиллик қаватининг яллиғланиши, асосий клиник белгиларининг бир вақтда юзага келмаслиги, лимфа тўқималаридаги яққол ривожланган реакцияси, юқори нафас йўллари ва халқумдаги экссудатив яллиғланишга хос ўзгариш</p> <p>Б) юқумли моноклеоз – бўйин ва бўйин орқасидаги лимфа тугунларининг катталашиши, намоён бўлган катарал яллиғланиш, бурун орқали нафас олишинг қийинлашуви – бурун халқум муртакларининг яллиғланиши натижасида, ангинанинг ривожланиши, жигар ва талокнинг катталашиши, қонда – лимфоцитар лейкоцитоз ва кўп микдорда атипик моноклеарларнинг бўлиши.</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <p>✓ даво-чоралари кўп ҳолларда уй шароитида олиб борилади. Шундай ҳолатларда беморни албатта бошқа оила аъзоларидан алоҳидалаш лозим</p> <p>✓ оғирлик даражасидан қаътий назар ётоқ тартиби буюрилади</p> <p>✓ калорияли овқатланиш тавсия этилади (сут маҳсулотлари – творог, қатик, мева-сабзавотлар)</p> <p>✓ кўп суюқликлар ичиш (мева шарбатлари, сут, лимонли чой, ўт дамламалари)</p> <p>II. <u>Махсус даволаш</u></p> <p>✓ 1-2 мг/мл концентрацияли дезоксирибонуклеазани бурунга (5-10 томчидан ҳар 2 соатда) ёки кўзга томизиш (2 томчидан). Янги тайерланган 0,2% ли оксалин эритмасини кунига 3 маҳал бурунга томизиш</p> <p>III. <u>Белгилли даво</u></p> <p>✓ тана ҳарорати 38,5<sup>0</sup> дан юқори бўлганда парацетамол 7-10 мг/кг дан буюрилади</p> <p style="padding-left: 20px;">Rp: Paracetamoli D.t.d. № 10 S. 1/2 таблеткадан ичишга</p> <p>✓ нафас олиш қийинлашганда – санорин, болалар нафтизини, 2% протаргол эритмаси, 20% сульфацил натрий кўз конъюктивасига томизилади</p> <p>IV. <u>Профилактика асослари:</u></p> <p>1. Беморни эрта алоҳидалаш</p> <p>2. Хонани тез-тез шамоллатиш, хонани намлаб артиш</p> <p>3. Оиланинг бошқа аъзоларини ниқоб тақиб юришларини таъминлаш</p> <p>4. Кучсиз хлорли эритма билан намлаб тозалаш</p> <p>5. Идиш товоқларни, оқликларни, кийимларни қайнатиш</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Эпидемик паротит, типик шакли, ўрта оғир кечиши.

**Ёши:** 6 ёш.

**Тана вазни:** 20 кг.

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпиданамнез – болалар боғчасида тепки билан касалланган бола билан мулоқатда бўлган.</p> <p>2. Ўткир бошланиши, тана ҳароратини 39-39,5<sup>0</sup>С кўтариллиш ва захарланиш белгиларини бўлиши.</p> <p>3. Оғизни очганда ва қаттиқ овқат чайнаганда кулоқ олдида оғрик.</p> <p>4. Бир томонда –кўпинча иккала томонда кулоқ олди сўлак безларининг катталаниши. Пайпаслаганда хамирсимон консистенцияда, шишган, териси таранглашган, яллиғланиш белгилари йўқ.</p> <p>5. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва стенон ёрикчаси атрофида шиш ва кизариш (Мурсу белгиси мусбат).</p> <p>6. Ретромандибулар чуқурча соҳасида босиб кўрилганда оғрик (Филатов белгиси).</p>	<p>1. Умумий қон тахлили Нормоцитоз ёки лейкопения лимфоцитоз, ЭЧТ нормада</p> <p>2. Вирусологик усул Касалликнинг 3-4 кунда бурун ҳалқум шиллиғидан, қон, ликвордан (тирик тўқима мухитида) вирусни ажратиш олиш</p> <p>3. Серологик усул КБР, РТГА, РА жуфт зардоблар билан. Бир марта текширувдан сўнг Ташҳис титрини 1:80 ёки 10-12 кундан кейин бу титр миқдорини 4 мартадан ортиши Ташҳисотнинг вирусологик усулини мураккаб томонларини ҳисобга олган ҳолда Ташҳис асосан клиник эпидемиологик маълумотларга асосланган ҳолда қўйилади</p>	<p>Лейкоцитлар N-4,0-9,0 x10<sup>9</sup>/л, Лимфоцитлар N – 20-37%, СОЭ N 0-10 мм/час. Гемопоз аъзоларининг вирусли инфекцияга хусусий реакцияси</p> <p>Қонда хусусий антитаначалар тўпланиши. Нормада манфий.</p>	<p>А) йирингли паротит бактериал инфекция оқибатида юзага келади (септик ҳолат, оғиз бўшлиғининг йирингли, инфекцияси, гайморит). Тана ҳарорати юқори бўлиб, сўлак безлари соҳасида кучли оғрик пайдо бўлади, марказида флюктуация аниқланади. Периферик қонда нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашган</p> <p>Б) юқумли мононуклеозда асосан лимфа тугунлари катталаниб (сўлак безлари эмас), муртак безлари, жигар ва талок каталашади, қонда лейкоцитоз ва ноаник мононуклеарлар аниқланади</p>	<p><u>I. Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ даволаниш кўпинча уй шароитида олиб борилади</li> <li>✓ ётоқ тартиби (бемор ҳолатининг оғирлигидан қатъий назар 7-10 кун давомида)</li> <li>✓ сифатли овқатланиш, кўпроқ сут-қатик, сабзавот мевалардан тайёрланган таомлар</li> <li>✓ кўп суюқлик ичиш (мева шарбати, сут, лимонли, чой, ўт дамламалари)</li> <li>✓ зарарланган сўлак беши соҳасини – қуруқ иссиқ қилиш (пахта қўйиб рўмолча ўраш)</li> </ul> <p><u>II. Маҳсус даво йўқ</u></p> <p><u>III. Белгилли даво:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Тана Ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/хар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 мл/гача еки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Rp: Analgini 50% D.t.d. № 10 S. 0,4 мл дан м/о</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Беморни вақтида алоҳидалаш</li> <li>2. Хонани шамоллатиш, хонани намлаб тозалаш</li> <li>3. Оиланинг соғлом аъзолари 4 қаватли докали никоб тақиб юришлари лозим</li> <li>4. Идиш товоқларини, кийимларини қайнатиш</li> </ol>
100%    -    3	1	2	1	3
50%    -    1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ    -    0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қизилча

Ёши: 4 ёш

Тана вазни: 16 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Тошмаси бор бемор билан мулоқат</p> <p>2. Қасалликни тошма тошиши билан бошланиши</p> <p>3. Кучли бўлмаган захарланиш белгиларини бўлиши</p> <p>4. Тошмалар майда доғсимон кўринишга эга бўлиб касалликнинг 1-2 кунда аввал юзда кейин буйинда ва тезлик билан танага тарқалиши билан характерланади. Кўпроқ орқада, думбаларда, оёқ ва кўлларнинг ёзилувчи соҳаларида тошади. Тошмалар доғли-папулалар шаклида кўриниб чегараси текис, бир-бирига қўшилмайди. Тошмалардан сўнг из қолмайди.</p> <p>5. Энса лимфатугунларини катталашуви.</p>	<p>I. Хусусий усул - вирусологик усул</p> <p>- серологик усул (РПГА, РСК ва РИФ қўш зардобларда). Қондаги хусусий антитаначалар миқдорини касаллик давомида 4 баровар ва ундан ортиқ ортиши</p> <p>II. Нохусусий - гемограмма Лейкопения нейтропения нисбий лимфоцитоз, моноцитоз ЭЧТ – N. Плазматик хужарарнинг пайдо бўлиши (N – бўлмайди)</p>	<p>Вирусни томоқ чайиндисидан, қондан, нажасдан ажратиб олиш</p> <p>Қонда хусусий антитаначалар пайдо бўлиши.</p> <p>Лейкоцитлар N- 4,8-10,8 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофиллар N – 60%, моноцитлар N 5-10%, плазматик хужайралар нормада бўлмайди.</p>	<p>А) Қизамиқга – яққол намоён бўлган катарал белгилар (ринит, конъюктивит, куруқ йўтал), кучли ривожланган захарланиш белгилари, Бельский-Филатов белгисининг ижобийлиги, тошмаларни касалликни 4-5 кунда босқичма-босқич тошиши, бир-бирига кўшилиш хусусиятига эга бўлганлиги ва ўзидан сўнг пигментация қолдириши хос</p> <p>Б) Скарлатинага – касаллик ўткир бошланиши, тошмалар касалликни 1-2 кун тошиши, тошмалар майда нуктасимон бўлиши ва кўпроқ физиологик бурмалар соҳасида бўлиши ва оғиз-бурун уч бурчагида бўлмаслиги (Филатов белгиси), тошмадан сўнг терини пўст ташлаши, «алангасимон томоқ» мавжудлиги, оқ дермографизм белгиси ижобийлиги хос.</p>	<p>1. Асоратланмаган қизилчани клиникада даволаш шарт эмас</p> <p>2. Ётоқ тартиби 3-4 кун</p> <p>3. витаминлар (пиковит 1 драже x 3 маҳал кунига), ревит 1 драже 2-3 маҳал кунига ва бошқалар. Rp: Dragee «Revitum» D.t.d № 50 S. 1 дражедан, кунига 3 маҳал</p> <p>Профилактикаси:</p> <p>1. Мулоқатда бўлган болаларни алоҳидалашга зарурият йўқ.</p> <p>2. Беморни тошма тошиши билан 5 кунга алоҳидалаш зарур.</p> <p>3. Ўчоқда дезинфекция ўтказилмайди.</p>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бўғма, тарқоқ шакли, ўрта оғир кечуви.

Ёши: 5 ёш.

Тана вазни: 18 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даво сандартлари		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпидемиологик анамнез маълумотлари – бўғма билан касалланган бемор ёки бўғма таёқчаларининг токсиген штамларини ташиб юрувчи бактерияташувчилар билан мулоқатда бўлиш</p> <p>2. Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38-39<sup>0</sup>С, умумий захарланиш белгилари, рангпар, холсизлик, оғиз-ҳалқумга хос маҳалий ўзгаришларнинг пайдо бўлиши</p> <p>3. Томоқдаги қизариш кўкимтир тусга эга бодомча (муртак) безларда, танглай равоқларида, тилчада, юмшоқ танглайда фибриноз парданинг бўлиши</p> <p>4. Регионар лимфа тугунларининг катталашishi пайпасланганда кам оғриқли</p> <p>5. Атрофдаги тўқималарга зич ёпишган хира-қулранг қоплама кўчирганда қонайди, 2та буюм ойначаси орасида суркалиб кетмайди. Оғиз ҳалқум шиллик қаватнинг қизариши яққол кўзга ташланади, муртаклар, танглай, тилча шишган</p> <p>6. Лимфа тугунларининг катталашishi, қаттиқлашishi оғриқли бўлиши</p> <p>7. Тахикардия – аъзонинг ҳарорат муносабатига мос келмайди, юрак тонлари бўғик</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) бактериологик усул – томоқнинг бўғма қопламаси жойлашган жойдан суртма олиб Клаубергнинг қонли-телуридли эллектив мухитга ёки Лефлер мухитига экиш</p> <p>2) серологик усул – РНА, нейтраллаш реакцияси РПГА,РА,ИФА Антитаначалар титри 1:80</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>1) қоннинг умумий таҳлили: лейкоцитоз, нейтрофиллез чапга силжиган, миелоцитларгача ЭЧТ ошиши 20-30 мм/ч</p> <p>2) уринограмма – оқсил, эритроцит, цилиндрлар миқдорини ошиши</p>	<p>Коринобактериялар арни ажратиб олиш</p> <p>Қонда хусусий антитаначаларнинг тўпланиши. Нормада – манфий.</p> <p>Лейкоцитлар N – 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N-30-37%. Гемопоз аззоларининг хусусий реакцияси</p> <p>«токсик буйрак» ривожланиши мумкин.</p>	<p>А) жойлашган ҳалқум бўғмасининг лакунар ангинадан фарқи – лакунар ангина – ютинганда бироз оғриқли, муртак безларининг шиллик қаватларининг қизариш, қопламалар муртакнинг лакуналарида жойлашган бўлиб, оқ-сарик рангда, кўчирганда осон кўчади, иккита буюм ойначалари орасида осон ишқаланади ва хоказо, қоплама фибринли хусусиятига эга эмас. тонзиллар лимфа тугунлари катталашган, қаттиқлашган, пайпасланганда оғриқли, ўзига хос захарланиш белгилари ва юқори тана ҳарорати.</p> <p>Б) бўғмадан фоликуляр ангинанинг фарқи – юқори тана ҳарорати, захарланиш белгиларининг яққол намоён бўлиши ва томоқда оғриқ, ҳалқум шиллик қаватининг қизариши, муртак безларининг шишганлиги, эгри-бугри юзаларида шиллик ости қаватида сарғиш рангдаги фоликулаларда йиринг пайдо бўлиши, регионар лимфа тугунлари катталашган</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ агар бўғмага шубҳа уйғонса дарҳол касалхонага ётқизиш керак.</li> <li>✓ Қабғий ётоқ тартиби, беморни транспортировка қилиш, овқатлантириш, туалет, окликларни алмаштириш муолажалар асоратни олдини олиш мақсадида ётган жойда амалга оширилади.</li> <li>✓ Беморнинг овқатланиш тартиби – овқат албатта суюк ёки ярим суюк бўлиши ва оқсил, ёғ, углеводлар нисбати меъёрида бўлиши керак</li> </ul> <p>II. <u>Хусусий даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Безредко усули бўйича бўғмага қарши зардоб юбориш 30-40 минг АБ (антитоксик бирлик) миқдорда (доза) (ўртача миқдори бир курсга 30-60 минг АБ).</li> <li>Rp: Seri antidiphtherici concentrati depurati «Diaferm» 10 000 АБ</li> <li>D.t.d. № 10</li> <li>S. м/о юборилади, оғир ҳолатларда в/и схема бўйича</li> </ul> <p>III. <u>Патогенетик даво</u> –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Дезинтоксикацион даво – реополиглюкин, гемодез 10-15 мл/кг тана вазни ҳисобидан, плазма 5-10 мл/кг</li> <li>✓ Гормонотерапия – преднизолон 2-3 мг/кг, гидрокортизон 5-10 мг/кг</li> <li>✓ Витаминотерапия: В<sub>1</sub> тиамин хлорид 5% (0,2-1,0 мл м/о 1 кунда 1 маҳал), В<sub>6</sub> – пиридоксин гидрохлорид 5% (0,5-1,0 мл м/о), аскорбин кислотаси 5% эритмаси (1-2 мл 1 суткада в/и томчилаб)</li> <li>✓ Десенсибиловчи терапия – пипольфен 2,5% эритмаси 0,1 мл/ешига ҳисобидан, супрастин 2% эритмаси 0,2-0,3 мл/нг тана вазнига 1 суткада</li> <li>✓ Миокардит белгилари пайдо бўлса – кокарбоксилаза 50-100 мг</li> </ul> <p><u>Профилактика асослари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ўчоғда 1% ли хлорамин эритмаси билан якуний дезинфекция</li> <li>2. бўғма билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлганларни текшириш</li> <li>3. мулоқатда бўлган болаларни болалар боғчасига боришини тақиқлаш (бактериал текшириш таҳлиллари натижасининг 7-чи кунигача)</li> <li>4. бактерия ташувчиларни аниқлаб даволаш мақсадида касалхонага ётқизиш</li> <li>5. фаол иммунитет ҳосил қилиш мақсадида АКДС вакцинаси билан эмлаш 2 ойликдан бошланади, кейин 3, 4, 16 ойликда эмлаш давом эттирилади.</li> </ol>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Скарлатина, аниқ шакли, ўрта оғирликда

Ёши: 5 ёш

Тана вазни: 15 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳис маълумотлари		Қиесий ташҳис	Даво стандартлари		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпиданамнез – ангина билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлиш</p> <p>2. Касалликни ўткир бошланиши, тана ҳарорати 38-40°C ва интоксикация белгилари</p> <p>3. Касалликнинг 1-чи ёки 2-чи кунда қизарган терида майда нуктасимон тошма пайдо бўлиб, табиий бурмалари соҳасида бири-бири билан қўшилган гиперемия тери фонида</p> <p>4. Бурун-лаб учбурчаги оқиш, юзлари қизарган (Филатов белгиси)</p> <p>5. Тонзиллит белгилари (катарал. фоликуляр, лакунар) томоқда қизариш («алангаланган томоқ»)</p> <p>6. Оқ дермаграфизм</p> <p>7. Касалликнинг биринчи кунларидан симпатикотония белгилари (тахикардия ва артериал қон босимнинг кўтарилиши)</p> <p>8. х9. афтанинг охири кунларида ваготония белгилари (брадикардия, юрак чегараларининг кенгайиши, функционал систолик шовкин). Артериал қон босимнинг пасайиши.</p> <p>10. Тил қуюқ оқ караш билан қопланган (ўткир даврида касалликнинг 2-3 кундан бошлаб караш ўрнини қизиллик эгаллайди, тил сўргичлари катталашган «малинасимон тил»)</p> <p>11. 1-чи ҳафтанинг охири 2-чи ҳафтанинг бошида бадан терисида–кепаксимон қипикланиш, кафт ва панжада пластинасимон қипикланиш кузатилади</p>	<p>I. хусусий</p> <p>1) бактериологик усул – томоқдан шиллик олиб экиш</p> <p>2) серологик реакция</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>1) гемограмма</p> <p>Лейкоцитоз таёкча ядроли чапга силжиши, эозинофилия (N-0,5-5%), ЭЧТ ошиши</p>	<p>A гуруҳига мансуб Ғ-гемолитик стрептококкнинг соф культурасини ажратиб олиш</p> <p>Қонда антистрептолизин-О титрини аниқлаш</p> <p>лейкоцитлар N-4,8-10,8 х 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар 30-37%, эозинофиллар 0,5-5%. Гемопоз аззоларининг бактериал инфекцияга жавоби</p>	<p>A) Қизамиқ – ўткир бошланади. Юқори ҳарорат, ларинготрахеит, конъюнктивит, ринит, шиллик каватдаги «Филатов-Коплик_Бельский» доғлари, макуло-папулез тошма, тошмалар тошишининг босқичлилиги. Бир-бири билан қўшилиши. Тошмадан сўнг пигментация.</p> <p>Б) псевдотуберкулез – тошмалар полиморф хусусиятга эга, хажми катта, асосан буғимлар атрофида, тошмалар кўпинча кул бармоқларида жойлашади. Ундан ташқари панжада юзда, бурун лаб учбурчагида ҳам жойлашади. Оғиз ҳалқумда ўзгариш камроқ намоён бўлади. Жигар ва талогни катталашуви, артралгия, терининг қичишиши, қоринда оғрик, ичнинг бузилиши, сариқлик скарлатинага хос эмас.</p>	<p>Беморни алоҳидалаш</p> <p>I. <u>Этиотрон даво</u> – пенициллин (50-100 минг ЕД кг/сут). Курс давомийлиги 5-7 кун; ампициллин (50-100 минг ЕД/кг кунда) Rp: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ED D.t..d.№ 20 S. флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаинда эритилиб, кунига 4 маҳал м/о 5 мл дан юборилади</p> <p>II. <u>Белгилли даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ дезинтоксикацион даво – 10%ли глюкоза, реополиглюкин – 10 мл/кг 1-2 кун давомида кўп суяклик ичиш</li> <li>✓ десенсибиловчи даво (пипольфен 2,5% эритмаси 0,1 мл/ешига; супрастин 2% эритмаси 0,2-0,3 мг/кг тана вазнига 1 суткага</li> <li>✓ витаминотерапия В<sub>1</sub> тиамин хлорид 5% (0,2-1,0 мл м/о х кунига 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксина гидрохлорид 5% (0,5-1,0 мл м/о кунига 1 маҳал), аскорбин кислотаси 5% эритмаси 1-2 мл суткага в/и)</li> <li>✓ оғиз-ҳалқумни фурациллин ёки мойчечак дамламаси билан ғарғари қилиш</li> </ul> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. беморни 7-10 кун алоҳидалаш. Бошқа стрептококк инфекция касаллиги билан (ангина, фарингит, стрептодермия) оғриган беморларни 22 кун алоҳидалаш</li> <li>2. Ўчоқда – доимий жорий дезинфекция.</li> <li>3. Болаларни богчага касаллик бошланишидан 22 кун ўтгач қўйилади.</li> <li>4. Мулоқатда бўлганларни 7 кун давомида алоҳидалаш зарур.</li> </ol>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сув чечак, аниқ шакли, ўрта оғир кечуви.

**Ёши:** 4 ёш

**Тана вазни:** 16 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳис маълумотлари		Қиесий ташҳис	Даво стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпиданамнез – сув чечак билан оғриган ёки белбоғсимон лишай билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлиш</p> <p>2. Ўткир бошланиши тана ҳароратини 39-39,5<sup>0</sup>С гача кўтарилиши ва захарланиш белгиларини кузатилиши</p> <p>3. 1-2 кунда ўзига хос тошма тошиши</p> <p>4. Тошма-везикуладан (пуфакчадан) иборат бўлиб, сохта полиморфизм аниқланади (макула-папула-везикула-катқалоқ)</p> <p>5. Везикулалар думалоқ шаклда бўлиб, асосида инфилтрат бўлмайди, гиперемияланган халқа билан ўралган, бир камерали. Маркази киндиксимон ботикга эга</p> <p>6. Тошмалар доимо бошнинг сочли қисмида аниқланади.</p> <p>7. Тошма кафтда ва панжада бўлмайди</p> <p>8. Тана ҳароратининг кўтарилиши билан бир вақтда, янги тшмаларнинг пайдо бўлади</p>	<p>1. Қоннинг умумий тахлили Лейкопения лимфоцитоз билан ЭЧТ нормада</p> <p>2. Кумушли Морозов усули бўйича везикула таркибидан Арагана таначаларини аниқлаш</p> <p>3. Тўқма хўжарайраси мухитида пуфакча таркибидан вирусни аниқлаш</p> <p>4. Жуфт зардобларда КБР Антителолар титри 4 маротаба ортиши Ташҳисотнинг вирусологик усулининг мураккаб томонларини ҳисобга олган холда Ташҳис асосан клиник эпидемиологик маълумотларга асосланган холда қўйилади.</p>	<p>Лейкоцитлар N= 4,8-10,8 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N – 30-37%, эозинофиллар N 0,5-5%. Гемопоз аззоларининг вирусли инфекцияга хусусий реакцияси</p> <p>Везикула суюқлигидан тайёрланган суртмада вируснинг топилиши</p> <p>Қон зардобида хусусий антитаначаларни ҳосил бўлиши</p>	<p>А) импетигони сувчечакдан фарқлашда асосан эътибор бериш лозим – тошма юзда, қўлда жойлашади. Пуфакчалар таркиби сарғимтир йирингдан иборат бўлиб, тез ёрилади ва қалин катқалоқ ҳосил қилади.</p> <p>Б) Строфулюсни – сувчечакдан фарқи тана ҳарорати кўтарилмайди, тошма элементлари кучли кичийди, қаттиқ бўлади, асосан думба, орқада, оёқ-қўлларнинг ён юзаларида жойлашади</p> <p>В) оддий герпес эрта ёшдаги болаларда учрайди, оғир кечади. Гуруҳли пуфакчали тошмалар тошади. Улар бир бирига қўшилиб, ёпишган катқалоқ ҳосил қилади. Жигар, талоқ катталашади. Лимфа тугунларига хос реакция юзига келади</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ боланинг гигиеник ҳолатига эътибор бериш, кўрпа-тўшаклар, кийим, кўрпа, қўл тозаланиши сақлаш</li> <li>✓ везикулаларга 1% бриллиант кўкининг спиртли эритмасидан ёки 2% калий перманганат эритмасидан суртиш</li> <li>✓ фурациллин эритмаси билан оғизни чайиш (1:5000) оғиз шиллиқ қаватини ингалипт билан тозалаш</li> </ul> <p>II. <u>Этиотроп даво ўтказилмайди</u></p> <p>III. <u>Патогенетик даво</u></p> <p>- Тана Ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 млгача еки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига.</p> <p>Rp: Analgini 50% D.t.d. № 10 S. 0,4 мл дан м/о</p> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. беморни уйда, охириги тошма пайдо бўлгандан сўнг 5 кунгача аллоҳидалаш</li> <li>2. мулоқатда бўлганларни 11-21 кунга мулоқатда бўлган вақтдан бошлаб аллоҳидалаш</li> <li>3. болалар жамоасида 21 кун давомида карантин ўрнатиш</li> <li>4. махсус гамма глобулин юбориш билан пассив иммунитет ҳосил қилиш</li> <li>5. дезинфекция ўтказилмайди, хоналарни намлаб артиш етарли ҳисобланади.</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Грипп, аниқ шакли, ўрта-оғир кечуви, касалликнинг 3-чи куни. **Ёши:** 9 ёшда. **Тана вазни:** 28 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлар	Ташҳис маълумотлари		Қиёсий ташҳис	Даво стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпиданамнез –«шамоллаган бемор» билан мулоқатда бўлиш</p> <p>2. Ўткир бошланиши</p> <p>3. Интоксикация белгиларининг борлиги, тананинг қакшаши, бош оғриги айниқса пешона соҳасида, кўз олмасида ва мушакларда оғриқ, гипертермия – ҳарорат 38-39<sup>0</sup>С (2 кун давомида)</p> <p>4. Томоғи қизарган, орқа деворида майда фолликулалар бўртиб туриши.</p> <p>5. Куруқ йўтал ва тўш соҳасида оғриқ (трахеит).</p> <p>6. Бурни битиши ва сероз суюқликлар оқиши (ринит).</p> <p>7. Конъюнктиваларида майда томирларни кенгайтиши</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) риноцитоскопия</p> <p>2) серологик усул РПГА,КБР,РА жуфт зардобларда Антитело титрининг 4 марта ошиши</p> <p>3) вирусологик усул – товук эмбрионида грипп вируси культурасини ўстириб олиши</p> <p>4) жадал ташҳис – иммуно-флюоресцент усул</p> <p>Ташҳис қўйишида вирусологик усулни мураккаблигини ҳисобга олиб клиник-эпидемиологик маълумотларга асосланади</p>	<p>Цилиндрик эпителий хужайраларда РНК цитоплазматик киритмаларни аниқлаш.</p> <p>Хусусий антителалар ҳосил бўлиши</p> <p>Томоқ суртмасидан вирусни ажратиб олиш</p>	<p>А) қорин тифига кўпинча адинамия, бифарқлик, рангпарлик, нисбий брадикардия, гипотония, тиф симон тил, метеоризм, гепатоспленомегалия ва розеолез тошмалар хос</p> <p>Б) вирусли гепатит А га қориндаги оғриқ, астено вегетатив белгилар, гепатоспленомегалия, сийдикни тўқ қизил бўлиши ва нажасни оқариши хос.</p>	<p>I. <u>Базис даво:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ беморни уйда алоҳида парваришлаш</li> <li>✓ стол – пархез № 15</li> <li>✓ кўп миқдорда суюқлик, мева, сабзавот шарбатлари, лимонли чой, истеъмол қилиш</li> </ul> <p>II. <u>Этиотроп даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ лейкоцитар интерферон – ҳар бир бурун бўшлиғига 3-5 томчидан кунига 5-6 маҳал томизиш Rp: Interferoni leucocytici D.t.d. № 10 in ampull S. ампула ичидаги моддани 2 мл совутилган қайнаган сувда эритиб, бурнига 4 томчидан кунига 5-6 марта томизиш</li> <li>✓ ремантадин ёки арбитол 25-30 мг 3 маҳал 1 кунда, 1-3 кун давомида</li> <li>✓ реоферон аэрозол 500000 ХБ х 2 маҳал 1 кунда, 2-3 кун давомида</li> </ul> <p>III. <u>Белгилли даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Тана ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 мл/гача еки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига.</li> <li>✓ антигриппин 1 порошокдан 3 маҳал 2-4 кун давомида</li> <li>✓ уйқусизлик, кўзгалувчанликда – димедрол, фенобарбитал</li> <li>✓ тумовда – нафтизин 0,1% 1-2 томчи бурунга 2-3 маҳал 1 кунга, галазолин 0,05%</li> <li>✓ чалғитувчи восита – хантал билан ўраш, оёқ хаммомчаси</li> </ul> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Эрта ташҳисот ва беморларни алоҳидалаш 7 кунгача.</li> <li>2. Хонани тез-тез шамоллатиш, намлаб тозалаш, никоб тақиб юриш.</li> <li>3. Оксалин малхамини – бурун йўлларида суртиш.</li> <li>4. Эпидемия олди даврида гриппга қарши эмлаш</li> <li>5. Лейкоцитар интерферон – 2-5 томчи ҳар бир бурун йўлига 1 кунда 4 маҳал (грипп эпидемияси даврида) томизиш</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б				

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қизамиқ, аниқ шакли, ўрта оғир кечуви.

Ёши: 2,5 ёш.

Тана вазни: 14 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳис маълумотлари		Қиёсий ташҳис	Даво стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Қизамиқ билан касалланган бемор билан мулоқат</p> <p>2. Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳароратининг 39<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлиши, интоксикация белгиларининг борлиги</p> <p>3. Ринит белгилари – бурундан сероз-йирингли ажралма оқиши</p> <p>4. Ларинго-трахеит белгилари – овознинг бўғилиши, қуруқ, қийновчи йўтал</p> <p>5. Оғиз бўшлиги ва томоқдаги гиперемия ва энантема.</p> <p>6. Конъюнктивит белгилари – кўз шиллик пардаларининг қизариши, шиши, кўздан серозли ёки сероз-йирингли ажралма оқиши, склера томирларида инъекция, кўз ёшини оқиши, ёруғликдан қурқиши</p> <p>7.Бельский-Филатов-Коплик доғлари – оқ рангдаги майда доғчалар. Бу доғлар кичик қозиқ тишлар қарама қаршисида, шиллик қават юзаларида жойлашиб четлари қизил хошия билан ўралган бўлади. Касалликни 1 чи ёки 2-чи кунда пайдо бўлади</p> <p>8.Юмшоқ ва каттиқ танглайда оч гиперемия фонидаги майда доғли энантема</p> <p>9.Тошма-доғли папулез, бир-бири билан қўшилиш хусусиятига эга булган, катта эритематоз майдон хосил қилади, айниқса тананинг орқа ва думба соҳаларида, ўзидан кейин доғ ҳосил қилади</p> <p>10.Тошма босқич билан тошади ва экзантемалар йўқолади</p>	<p>I. Хусусий серологик усул – мақсад маҳсус антитаначаларни, РПГА жуфт зардобларда аниқлаш, РТГА, РН. Қизамиқ антитаначаларини титрини қўш зардобда 4 мартагача ортиши</p> <p>Ташҳис қўйишда асос бўлади</p> <p>II. Нохусусий - гемограмма</p> <p>Лейкопения нисбий лимфоцитоз, эозинопения, плазматик хужарайраларнинг пайдо бўлиши, тромбоцитопения</p>	<p>Специфик антитаначалар пайдо бўлиши курсатади. Нормада манфий.</p> <p>Лейкоцитлар N – 4,0-9,0 x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N – 30-37%, эозинофиллар N – 0,5-5%) Гемопозэ аззоларининг вирусли инфекцияларга хос жавоб реакцияси.</p>	<p>А) қизилчада – тошмалар қизамиқдан фарқли бир вақтда тошади (1 кунда), доғ бўлмайди, тошмалар нисбатан майда, бир-бири билан қўшилмайди. Интоксикация белгилари ва катарал белгилар нисбатан камроқ намоён бўлади</p> <p>Б) қизамиқни катарал даврини ЎРВИ билан таққослаш мумкин ЎРВИда катарал белгилар яққол намоён бўлади, конъюнктивит, доимий эмас, Бельский-Филатов-Коплик доғлари Ташҳис қўйишда, тошма тошишидан олдин асосий патогномик белги хисобланади.</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ болани шахсий гигиенага риоя қилиши, ўрин кўрпасини, кийимларини, қўлларини тоза сақлаши</li> <li>✓ ётоқ тартиби ва кўп суюқликлар ичиш</li> <li>✓ оғиз бўшлигини санация қилиш (қайнатилган сув билан ёки 2%ли натрий гидрокарбонат эритмасини билан чайиш), кўзига ёруғликни таъсирини камайтириш. 20%ли сульфацил натрий эритмасини кўзига 2-3 томчидан 3-4 маҳал 1 кунда томизиш</li> </ul> <p>Rp: Sol.Sulfacyli-natrii 30% 10 ml</p> <p>D.S. кўзига 2-3 томчидан, кунига 3 маҳал томизиш</p> <p>II. <u>Этиотроп даво ўтказилмайди</u></p> <p>III. <u>Синдромал даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Тана ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар аналгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 млгача еки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига</li> </ul> <p>Rp: Paracetamoli</p> <p>D.t.d. № 10</p> <p>S. 1/2 таблеткадан ичишга</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ интоксикация кучли ривожланганда инфузион даво ҳар тана вазниги 10-15 мл хисобидан белгиланади</li> </ul> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тошма тошишининг 5-чи кундан бошлаб беморларни алоҳидалаш; мулоқатда бўлганларни назоратга олиш</li> <li>2. Мулоқатдаги бўлган 3-12 ойлик болаларга 1-чи 5 кунда 3,0 мл нормал одам иммуноглобулини юборилади</li> <li>3. Режали профилактика мақсадида тирик қизамиқ вакцинаси ёшига қараб жадвал бўйича эмлаш асосида ўтказилади (қизамиқ<sub>1</sub> 1-9 ой, қизамиқ<sub>2</sub> – 18 ойлигида)</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кўкйўтал, аниқ шакли, спазматик хуруж даври, ўрта оғир кечуви.

Ёши: 6 ёш.

Тана вазни: 20 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлар	Ташҳис маълумотлар		Қиёсий ташҳис	Даво стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация				
<p>1. Эпиданамнез – йўталаётган бемор билан мулоқатда бўлган</p> <p>2. Касалликни аста-секин бошланиши (1-2 ҳафта ичида) тана ҳарорати субфебрил, умумий холсизлик, тумов, йўтал</p> <p>3. Спазматик йўтал 10-15 марта</p> <p>4. Репризлар</p> <p>5. Аура</p> <p>6. Йўталдан сўнг ёпишқоқ балғам билан қайд қилиш</p> <p>7. Юзлари бироз керкиган ковоклари шишган, терида, конъюнктивада қон қуйилиш, тил ўзанчасида ярача ҳосил бўлган</p> <p>8. ЮҚТТ – тахикардия, артериал қон босимининг кўтарилиши</p> <p>9. Ўпкада кутичасимон перкутор товуш эшитилади, аускультацияда курук хириллаш, ўпка эмфиземаси белгилари</p> <p>10. Тил илдизи ва қулоқ дўмбоқчаси босилганда спазматик йўтал хуружларини пайдо бўлиши</p>	<p>I. Хусусий</p> <p>1) бак. Текширув юқори нафас йўларидан шиллиқ олиб текшириш, материал 2 та ҳалқум тампони билан олинад (курук ва нам буферли физиологик эритма билан). Катта ёшдаги болаларда материал олиш «ўйтал пластинкали» усули билан ўтказилади. Мухит – қон қушилган глицерин-картошкали ёки казеин-кўмирли агар ҳисобланади</p> <p>2) серологик усул РПГА,ҚБР,РА Антителолар титри 1:80, 1:200</p> <p>II. Нохусусий</p> <p>1) гемограмма Гиперлейкоцитоз 20-60 х 10<sup>9</sup>/л, лимфоцитоз, моноцитоз – 60-80%, ЭЧТ меъёрада</p>	<p>Бактериялар соф культурасини ажратиш</p> <p>Қонда хусусий антитаначалар пайдо бўлиши</p> <p>Лейкоцитлар N – 4,8-10,8 х 10<sup>9</sup> лимфоцитлар N – 30-37%, моноцитлар (N 5-10%. Гемопоз аззоларининг инфекцияга хусусий жавоб реакцияси</p>	<p>А) ЎРВИ – касалликнинг ўткир бошланиши, юқори ҳарорат, юқори нафас йўлларида кучли катарал ўзгаришлар (ринит, конъюнктивит, ларингит), узоқ давом этадиган, хуружли йўталларнинг бўлмаслиги (1-2 ой), репризлар йўқлиги, даво чораларнинг ижобий натижаси, гемограммада нормал СОЭ ва лейкоцитознинг бўлмаслиги.</p> <p>Б) бронхларда ёт жисмлар бўлганда кузатилади – бирданига хуружли йўтал, тана ҳароратининг бўлмаслиги ва репризларнинг йўқлиги, лейкоцитларнинг меъёрида бўлиши</p>	<p>I. <u>Этиотроп даво:</u> 7-10 кун муддат билан бошланиш даврида буюрилади</p> <p>✓ левомецетин 50 мг/кг ҳар 12 соатда Rp: Tab. Laevomycetini 0.5 D.t.d. № 30 S. 1 та таблеткадан 4 махал</p> <p>✓ эритромицин 20 мг/кг кунига 2 марта</p> <p>✓ ампициллин 100 мг/кг/суткада</p> <p>II. <u>Патогенетик даво</u></p> <p>✓ нейролептик воситалар аминазин 2,5% -0,1 мл/ҳар ешига, пролазин 2,5% -0,1 мл/ҳар ешига</p> <p>✓ десенсибиловчи терапия (пипольфен 2,5% 0,1 мл/ҳар ёшига, супрастин 2% эритмаси 0,2-0,3 мг/кг тана вазнига 1 суткага)</p> <p>✓ балғам кўчирувчи препаратлар (амброксан, бронхосан)</p> <p>✓ спазмолитиклар (эуфиллин 2,4% эритмаси 2-4 мг/кг тана вазнига, но-шпа 0,05-0,07 мл/кг тана вазнига суткага)</p> <p>✓ оксигенотерапия (кислородли палатка, Бобров аппарати)</p> <p><u>Профилактика чоралари:</u></p> <p>1. Махсус профилактика – АКДС 2 ойликдан бошлаб 3 марта 0,5 мл 1 ой оралатиб ўтказилади</p> <p>2. Беморни 25-30 кун алоҳидалаш кўрсатма асосида касалхонага ётқизиш;</p> <p>3. 7 ёшгача бўлган болалар агар бемор билан мулоқатда бўлган бўлса 14 кунга алоҳдалаш,</p> <p>4. Бир ёшгача бўлган болалар, агар эмланмаган бўлса тезкор профилактика мақсадида қизамиққа қарши иммуноглобуллинни 3 мл миқдорда м/о юборилади</p> <p>5. 7 ёшдан катта болалар ва болалар билан ишлайдиганлар 14 кун мобайнида назоратга олинад</p>		
100%	-	3	1	2	1	3
50%	-	1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Юқумли мононуклеоз.

**Ёши:** 8 ёш.

**Тана вазни:** 26 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳис маълумотлари		Қиёсий ташҳис	Даво стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпиданамнез маълумотлари – одамлар жамоаси кўп бўлган жойда бўлиш</p> <p>2. Касаллик ўткир бошланиб ҳарорат 38-39<sup>0</sup>С, томоқда оғриқ, тумов.</p> <p>3. Лимфоаденопатия – 2ла томонда жағ ости, кулоқ олди, бўйин ва энса лимфа тугунларининг катталашиси.</p> <p>4. Томоқда катарал, ярали, некротик, фибриноз пардалар ўзгаришлар (ангина).</p> <p>5. Гепатоспленомегалия, жигар фаолиятининг бузилиши (тери ва кўз склерасининг сариқлиги, гиперферментемия, билирубинемия, тимол синамаларининг ошиши).</p> <p>6. Кам учрайди – экзантема доғли-папулез тошма</p>	<p><b>I. Хусусий</b> 1) серологик реакция - Паул Бунелл реакцияси Антитела титри 1:32 ва ундан юқори - Лаврик Вольнер реакцияси - мусбат - Гофф-Бауер реакцияси (буюм ойначаси ва ойнали капиллярда) Антитела титри 1:96 ва ундан юқори - Гемолиз тест</p> <p><b>II. Нохусусий</b> - гемограмма Лейкоцитоз 10-12 x10<sup>9</sup>/л, нисбий нейтропения, лимфоцитоз, моноцитоз (атипик мононуклеар хужайралар пайдо бўлади), ЭЧТ меъёрида ёки ошган.</p>	<p>Конда специфик антитаначалар пайдо бўлиши курсатади. Нормада – манфий.</p> <p>Лейкоцитлар N-4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитлар N 30-37%, эозинофиллар N 0,5-10%, ноаник мононуклеарлар нормада бўлмайди. Гемопоз аззоларни бактериал инфекцияга жавоби.</p>	<p>А) Бўгма учун кул рангли қоплама хос бўлиб, бу қоплама шпател билан кўчирилганда кийин кўчади, шпателлар орасида ишқаланганда эзилмайди, сувда чўкади. Гепатомегалия бўлмайди, гемограммада атипик мононуклеарлар бўлмайди.</p> <p>Б) Вирусли гепатитлар учун киска муддатли гипертермия хос бўлиб, катарал белгиларга нисбатан астено-вегетатив белгиларнинг намоён бўлиши устунлик қилади. Биохимик текширувларда эса гиперферментемия (АЛТ, АСТ) ва маркерларнинг топилиши кузатилади.</p>	<p><u>Белгилар давоси:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ сенсбилизацияни пасайтирувчи даво пипольфен 2,5% эритмаси – 0,1 мл ҳар ешига; супрастин 2% эритмаси 0,2-0,3 мг/кг сутки) Rp: Sol.Suprastini 2% - 1 ml D.t.d. № 5 in amp. S. 1 мл дан м/о, кунига 2 маҳал</li> <li>✓ дезинтоксикацион воситалар – кўп миқдорда ичиш, глюкоза 10% эритмаси 10 мл/кг, гемодез – 10 мл/кг.</li> <li>✓ Тана ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар анальгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 млгача еки парацетамол 7-10 мг/кг тана вазнига</li> <li>✓ витаминлар В<sub>1</sub> тиамин хлорид – 5% (0,2-1,0 мл в/м х 1 маҳал), В<sub>6</sub> пиридоксин хлорид – 5% (0,5-1,0 мл м/о х 1 маҳал), аскорбин кислотаси –5% эритмаси (1-2 мл/суткага в/и)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Профилактика чоралари:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клиник кўрсатмага кўра касалхонага ётқизиш</li> <li>2. Дезинфекцион чора-тадбирлар ўтказилмайди</li> <li>3. Хусусий профилактикаси ишлаб чиқилмаган</li> </ol>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Менингококкли менингит, ўрта-оғир даражаси, касалликнинг 3-чи куни.

**Ёши:** 2 ёш

**Тана вазни:** 13 кг

Клиник-эпидемиологик маълумотлари	Ташҳис маълумотлари		Қиёсий ташҳис	Даво стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация		
<p>1. Эпиданамнез – иситмалаётган ва томоғи оғриётган бемор билан мулоқатда бўлиш, совуқ қотиш</p> <p>2. Касалликнинг ўткир бошланиши, тана ҳароратининг 1 соат ичида 39-40<sup>0</sup>Сгача кўтарилиши, қусиш, кучли бош оғриши, безовталиқ</p> <p>3. Яққол намоён бўлган заҳарланиш белгилари, ҳолсизлик ёки унинг акси кўзғалиш</p> <p>4. Менингиал белгилар (Кернига, Брудзинский, «уч оёқ», энса мушакларининг таранглиги)</p> <p>5. «Ётган кучук» ҳолатидаги кўриниш. Тери қопламлари гиперестезияси; тўшакдаги мажбурий ҳолат – оёқлари букилган, боши орқага ташланган ҳолда ётиши</p>	<p>1. умумий қон таҳлили 1-2 сутка ичида нисбий гипохром анемия белгилари, лейкоцитоз 15-40x10<sup>9</sup>/л, яққол нейтрофиллёз, чапга силжиш, лимфопения анэозинофилия, ЭЧТ нормада</p> <p>2. Орқа мия суюқлигини (люмбал пункция орқали) текшириш орқа мия суюқлиги босим ортида оқади ёки тез-тез томчилайди, хира. Цитоз нейтрофиллар ҳисобиги ортади (N – 0-3), хужайра – оксил диссоциацияси, Панди, Нонне-Апельт реакцияси ижобий. Микроскопияда – (диплококк) – менингококклар аниқланади</p> <p>3. Оксил тутган муҳитга ликвор, қон, бурун-ҳалқумдан суртма олиб экиш</p>	<p>Лейкоцитлар N – 4,8-10,8 x 10<sup>9</sup>/л, Нейтрофиллар N - 60%, миелоцит ва метамиелоцитлар N –abs, т/я N - 1-6%, с/я N -. 47-72%), Лимфоцитлар N –30%, эозинофиллар N - 0,5-5%. Гемопоз азъоларни бактериал инфекцияга жавоби.</p> <p>Бактериал инфекцион яллиланиш жараёнида хосил бўлади</p> <p>Менингококк культурасини ажратиб олиш</p>	<p>А) ЎРВИ ва токсик гриппни – менингиал белгилар билан кечиши – орқа мия суюқлигини текшириш ҳал қилувчи аҳамиятга эга, гриппда ва бошқа ЎРВИ касалликларида ликворда ўзига хос ўзгаришлар бўлади.</p> <p>Б) Энтеровируслар сабаб бўлган серозли менингит (эпидемик паротит ва бошқа вируслар бўлиши мумкин). Менингитни ҳал этишда йилнинг, фасли, эпидемик ҳолат, каби саволларни ечиш керак. Ташҳис эса орқа мия суюқлигини текширилгандан сўнг тасдиқланади. Серозли менингитларда орқа мия суюқлиги тиниқ, оксил микдори меъёрида ёки нисбатан кўпайган ва лимфоцитар цитоз бўлади.</p>	<p>I. <u>Базис даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ беморларни юқумли касалхоналарнинг махсус бўлимларига ётқизиш лозим</li> <li>✓ ётоқ тартиби</li> <li>✓ стол № 4</li> </ul> <p>II. <u>Этиотроп даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Пенициллин микдори 300000-500000 ТБ/кг/сут ҳар 4 соатда юборилади Rp: Benzilpenicillini-natrii 1000000 ED D.t.d.№ 20 S. флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаида эритилиб, кунига 6 маҳал м/о 5 мл дан юборилади</li> </ul> <p>III. <u>Патогенетик даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ мия шишиши ривожланишига йўл қўймаслик (20% глюкоза эритмаси. 20-15% манитол эритмаси, 0,5-1,5 куруқ модда ҳисобидан ҳар бир кг тана вазнига 10-20% альбумин эритмаси 5-10 мл/кг, сийдик хайдовчи воситалар – лазикс, фуросемид 1-2 мг/кг тана вазнига)</li> <li>✓ Дезинтоксикацион даво (гемодез, 10% глюкоза 10-15 мл/кг)</li> <li>✓ Гормонотерапия – преднизолон 5-10 мг/кг</li> </ul> <p>IV. <u>Белгилар даво</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Тана ҳарорати кўтарилганда 38,5<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлганда иситма тушурувчи препаратлар анальгин 50% - 0,1 мл/ҳар ёшига, димедрол 1% - 0,03 мл/кг, новокаин 0,5% - 1,0 млгача</li> <li>✓ Талвасага қарши даво (седуксен 0,5% - 1,0 мл в/и, ГОМК 50-100 мг/кг в/и)</li> </ul>
100% - 3	1	2	1	3
50% - 1,5	0,5	1	0,5	1,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.				

## 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Упканинг учокли сили.

Ёши: 14 ёш.

Тана вазни: 44 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Шикоятлари: Холсизлик, тез чарчаш, балгамли йутал, айрим холларда кон туфуриш, иштахани пасайиши, кам овкатланиш, тунги терлаш, уйку бузилиши. Объектив курувда: териси оқарган, зарарланган упка чуккисида перкутор товуш пасайган. Аускультацияда унг тамонда курук хириллашлар.	Коннинг умумий тахлили. Лейкоцитоз $9 \times 10^9$ литр. Таёкча ядроли лейкоцитлар 6%. Сегмент ядроли лейкоцитлар 67%. Лимфоцитоз $49 \times 10^9$ литр. ЭЧТ 10 мм/соат. Балгамни бактериоскопик ва Бактериологик текшириш.	Лейкоцитар формуланинг нейтрофиллар хисобида чапга силжиганлиги туберкулез учун ва активлигининг куриниши ва сурункали интоксикация учун характерли. Балгамда бактериоскопик ва Бактериологик текширилганда сил микобактериялари топилади.	Рентгенограммада упка чуккисида 1 см гача интенсив учок, аник чегарали полиморф, юкори булакда плеврал узгаришлар ва фиброз. 2 ТБ Манту синамаси 8 мм.	Рентгенограммада упкада силнинг учокли формасида аникланган. Манту синамаси иккиламчи силда сезиларли мусбат.нагижа булади	Сурункали зотилжам билан. 1. анамнезида сил касаллиги билан контакт булмаганлиги. 2. ТБК касаллиги белгилари йўқ. 3. манту синамаси Манфий. 4. жараённинг динамиклиги. Упканинг рентген тасвирида туберкулез этиологиясига хос колдик ва фаол узгаришлар йўқ.	Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир ярим таблеткадан овкатдан кейин кунига бир махал ичилади Rp. Rifampicini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан уч махал ичилади. Rp. Pirazinamidi 0.5 D. t. d. № 90 in tab S. Бир таблеткадан икки махал овкатдан кейин ичилади Rp. Etambutoli 0.4 D. t. d. № 100 in tab S. Икки ярим таблеткадан овкатдан олдин кунига бир махал ичилади. Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал. Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кукрак кафаси ичи лимфа тугунлар сили.

Ёши: 10 ёш.

Тана вазни: 30 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоятлари: Иштахасизлик, кузгалувчанлик, озиш, хуружсимон йутал, тунги терлаш. Сил бемори билан контактда булган. Объектив курувда тери ва шиллик каватларининг рангсизлиги, периферик лимфа тугунлари катталашганлиги, айникса буйиндаги, култик ости лимфа тугунлари 3-4 – даражали катталашган, эластик, ҳаракатчан, оғриксиз. Перкутор товушнинг парастернал ва паравертибрал соҳада камайиши</p>	<p>Умумий кон тахлили. Гемоглобин – 120 г/л. Лейкоцитлар – 12000. ЭЧТ 15 мм/соат. Таёкча ядроли лейкоцитлар – 5. Сегмент ядроли лейкоцитлар – 2. Эозинофиллар – 1. Лимфоцитлар – 22. Умумий сийдик тахлили. Патологиясиз. Балгам анализи бактериоскопик ва бактериологик МБ га текшириш</p>	<p>Умумий кон тахлилида ЭЧТнинг ошиши, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши бу упкада махсус яллигланиш учоги борлигидан далолат беради. Балгамни Бактериологик ва бактериоскопик текширилганда МБ аникланди. Бу кукрак кафаси ичи лимфа тугунларида махсус яллигланишидан далолат беради.</p>	<p>Манту синамаси папула 15 мм. Упка рентгенограммасида учокли ва инфильтратив сояларсиз упка илдизлари иккала тамондан кенгайган. Инфильтратциялашган упка илдизларида лимфа тугунлари контурлари катталашади куринади.</p>	<p>Манту синамаси купинча мусбат ута мусбат гиперергик бу бирламчи сил учун ҳарактерли. Обзорли рентгенограммадаги патологик узгаришлар кукрак кафаси ичи сил касаллигининг инфильтратив фазасига тугри келади.</p>	<p>Лимфагрануломатоз, Сурункали бронхит билан дефференциал диагноз утказади. Силдан фаркли равишда лимфогрануломатозда кукрак кафасида оғрик, тери кичиши, Периферик Лима тугунлари анча катталашган, катталашган, каттик, пакетлар ҳосил килади. Оғрикли, конда лейкоцитоз, нейтрофилёз, эозинофилия. Обзор рекнтгенограммада «труба» симптоми. Гистологик текширилганда Березовский-штейнберг хужайралари аникланади. Силдан фарли равишда Сурункали бронхитда Уткир бошланиб Юкори ҳарорат кучли йутал кучли нафас етишмаслиги кузатилади. Обзор рентгенограммада упка илдизларининг кенгайиши ва каттиклашуви кузатилади.</p>	<p>Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овкатдан кейин кунига бир махал ичилади Rp. Rifampicini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан икки махал ичилади. Rp. Streptomycini 1.0 D.t.d. № 30 in flac. .S. 0.6 дан мушак орасига кунига бир махал юборилади. Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал Rp. Sol. Acidi nicotinic 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал. Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Упканинг кавернали сили

Ёши: 20 ёш.

Тана вазни: 60 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Холсизлик, иштаханинг пастлиги, тунги терлаш ва баъзида иситманинг чиқиши ва йутал, кукрак соҳасида оғрик. Объекти курувда: бемор тана вазнинг пастлиги, озгин, териси оқарган рангда. Кукрак қафаси перкутор текширилган чап кукрак қафасининг Юқори қисмида упка товуши бугиклашган. Кукрак қафасини аускультатив текширилган чап упкада везекуляр нафас сустлашган хул хириллаш ва амфорик нафас эшитилади.</p>	<p>Умумий кон тахлили. Гемоглобин 90 г/л. Лейкоцитлар 12x10 усти 9 литр. Лимфоцитопения 15x10 усти 9 литр. Балгамда БК + бактериоскопик аникланди. Бактериологик усулда 2-3 колония МБТ. Манту синамаси 2 ТЕ 16 мм мусбат.</p>	<p>Конда 2 даражали анемия кузатилади. ЭЧТнинг ошганлиги, чап тарафлама лимфопения бу эса каверноз сил учун характерли</p>	<p>Рентгенологик текширувда чап Упканинг Юқори булагида каверна думолок шаклда каверна ташки контури аник чегарали. Каверна атрофида инфильтрация ва фиброз узгаришлар суст ривожланган. Кукс оралик органлари силжиши кузатилмаган. Упка майдони илдизлари тоза шаклланган илдизларда кальсинатлар кузатилади.</p>	<p>Упканинг каверноз силида каверна бушлиги аник ифодаланган. Каверна упка туқимасида локал чегараланган пневмосклероз куринишида шакли овал симон ва нотугри думолок шаклида кенглиги ҳар хил улчамда контурлари аниклиги бир мунча нотекс.</p>	<p>Упка абцесси. Упка кистаси. Буллёзли эмфизема билан солиштирилади.</p>	<p>Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овкатдан кейин қунига икки маҳал ичилади Rp. Rifampicini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан уч маҳал ичилади. Rp. Pirazinamidi 0.5 D. t. d. № 90 in tab S. Икки ярим таблеткадан бир маҳал овкатдан кейин ичилади Rp. Etambutoli 0.4 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овкатдан олдин қунига уч маҳал ичилади. Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал. Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Сурункали сил интоксикацияси

Ёши: 6 ёш

Тана вазни: 20кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Иштаханинг ёмонлашуви, уёқусизлик, бош оғриши, инжиклик, тез чарчаш. Объектив- тана вазнининг камайиши, терининг куриқ ва оқарганлиги. Периферик лимфа тугунлари- буйин, култиқ ости, чов соҳасидаги лимфа тугунларининг қаттиклашиши, катталашishi ва оғриқсиз булади.	Роннинг умумий тахлили: НВ-120-140, лейкоцит-4,0-9,0x10 <sup>9</sup> /л п/я-0,040-0,300x10 <sup>9</sup> /л, С/Я-2,000-5,500x10 <sup>9</sup> /л, ЭОЗ-0,020-0,63x10 <sup>9</sup> /л, лимфоцит - 1,2-3,0 x10 <sup>9</sup> /л Моноцитлар – 0.090-0.600x10 <sup>9</sup> /л. ЭЧТ – 2-15 мм/час	Роннинг умумий тахлили: СОЭ-ошиши. Интоксикация ва лимфацитоз эвазига гемоглобин миқторининг камайиши. Лейкоцитар формуланинг чапга силжиши. Ошқозон ювиндисидан олинган материални флотация ва Бактериологик текширилганда БК-аниқланмайди, организмда патологик очаглар йўқ.	Манту синамасчи папула- 5 мм. Рентгенограммада а ўпкада учокли ва яллиғланган соялар курунмайди, упка илдизи биров тартилган.	Манту синамаси нормада бўлиши мумкин. Организмнинг химоя кучи камайганда анергик холатлар ҳам кузатилади. Рентгенограммада упкада узгариш кузатилмайди. Сурункали сил интоксикациясида организмда функционал ўзгаришлар кузатилади.	Сурункали тонзиллит ва гелментли касалликлар билан диф. диагностика қилинади. Тонзилген интоксикация, сил интоксикациясидан фарқ қилиб унда мавсумийлик қайталаниш кузатилади, тана ҳарорати юқори булади, жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли. Объектив кузатилганда муртақ безлари катталашган, бушлиқлари йиринг билан қопланган булади. Манту синамаси купинча манфий. Гилментли касалликларда ошқозон –ичак системасида узгаришлар кузатилади, кунгил айнаш, қайит қилиш, ич кетиш ва коринда оғриқ. Ахлатдан гелмент тухумларини топиш йўли билан ташҳис қўйилади.	Rp. Isoniazidi 0.1 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан кейин кунига икки маҳал ичилади Rp. Pirazinamidi 0.5 D. t. d. № 90 in tab S. Бир таблеткадан бир маҳал овқатдан кейин ичилади Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi nicotini 1% -1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал. Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Буйрак сили

Ёши: 11 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Умумий ахволи ёмонлашуви, тана ҳароратининг кутарилиши, қон босмининг ошиши. Бел соҳасида оғриқ. Объектив курувда: озиб кетиш, перкуцияда Пастернатский синамаси мусбат оёқларида шиш, сийдик чиқаришда оғриқ, пешоб тахлилида ўзгаришлар	НВ-120-140, лейкоцит-4,0-9,0x10 <sup>9</sup> /л п/я-0,040-0,300x10 <sup>9</sup> /л, С/Я-2,000-5,500x10 <sup>9</sup> /л, ЭОЗ-0,020-0,630x10 <sup>9</sup> /л, лимфоцит-1,2-3,0x10 <sup>9</sup> /л Моноцитлар – 0.090-0.600x10 <sup>9</sup> /л. ЭЧТ – 2-15 мм/час	Ронда оксилнинг силжиши-гипоальбуминемия, лейкоцитоз, СОЭ-тезлашиши-яллиғланиш жараёни учун характерлидир. Нефротуберкулез, лимфацитоз-қоннинг оксил таркиби учун характерлидир. Умумий пешоб тахлилида-лейкоцитурия, эритроцитурия, пиурия, гипоизостенурия, протеинурия, носпецифик бактериурия ва микобактериурия.	Манту синамаси-2ТЕ-0,1мл т/о. Кукрак қафасининг рентгенограммаси. Урография, цистоскопия.	Манту синамаси-2ТЕ-0,1мл т/о юборилганда папула 13 мм. Рентгенограммада ўнг Упканинг юқори қисмида Гон очағи куринади. Урографияда: буйрак иш фаолиятининг пасайганлиги. Асосан бошланғич деструктив ўзгаришларни кўрсатади: экскретор уврография қилинганда қушилган коверналарни аниқлаш мумкин. Цистографияда сийдик пуфағини бужмайиши ва сийдик найини функционал аппарати бузилган.	Пиелонефрит-нефротуберкулез сингари ўткир пиелонефрит курунишида ўткир бошланади, буйрак соҳасида оғриқ тана ҳарорати кутарилган, лейкоцитурия, бактериурия, суринакали пиелонефритда- асосий ўрин эгалламайди. Пиелонефрит буйрак силидан –сийдикда лейкоцитлар ва эритроцитлар баъзида сийдик қопининг зарарланиши кузатилади. Манту синамаси-манфий бўлади. Буйрак силида эса, буйрак паренхимасининг деструктив узгариши бел соҳасида оғриқ, пиурия, лейкоцитурия, бактериурия. Манту синамаси мусбат.	Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан кейин қунига бир маҳал ичилади Rp. Rifampisini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан икки маҳал ичилади. Rp. Streptomisini 1.0 D.t.d. № 30 in flac. .S. 0.6 дан мушак орасига қунига бир маҳал юборилади. Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал. Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Эксудатив плеврит.

Ёши: 10 ёш.

Тана вазни: 30 кг.

Клиника	Ташхисот				Қиёсий ташхис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Кўкрак қафасида оғрик, йўтал, танада доимий бўлмаган субфебрил иситма, холсизлик, тез чарчаш, кечки терлаш, кейинчалик тана ҳароратининг тезда юқорига кутарилиши, доимий чўзилган хансираш. Объектив кўрувда: бемор оқарган, зарарланган кўкрак қафаси томонида –нафасни ортда қолиши , қовурға оралигини яссиланиши,ўпка перкуциясида экссудат остида тўмтоқлашган ўпка товуши ва майда пуфакчали нам ва қуруқ хриплар эшитилади.</p>	<p>НВ-120-140, лейкоцит-4,0-9,0 x10<sup>9</sup>/л п/я-0,040-0,30x10<sup>9</sup>/л, С/Я-2,00-5,500x10<sup>9</sup>/л, ЭОЗ-0,02-0,63x10<sup>9</sup>/л, лимфоцит-1,2-3,0 x10<sup>9</sup>/л Моноцитлар – 0.090-0.600x10<sup>9</sup>/л. ЭЧТ – 2-15 мм/час</p>	<p>Эксудатли сил плевритида қонда: лейкоцитоз, моноцитоз, лимфопения, ЭЧТ-ошиши кузатилади.</p>	<p>Манту синамаси- 2 ТЕ-0,1мл т/и. Кўкрак қафасини умумий рентгенограммаси, плевра бўшлиғига пункция қилиш.</p>	<p>Рўйилган Манту синамасида папула катталиги 10мм. Рентгенограммада - юқори чегарада қийшиқ равоқ кўринишида-плеврит томонга қайрилган ҳолатда қуринади. Экссудатда интенсив ва гомоген соя қуринади. Кокс оралиги органларининг соғупка томонга силжиши кузатилади. Флотация ва Бактериологик текширилганда БКҚ.</p>	<p>Диафрагма ости абсцесси: рефлектор равишда қорин олдинги девор мушакларининг таранглашуви, лейкоцитоз, нафас олишга боғлиқ бўлмаган оғриқ. Оғриқ характери «ўткир қорин» оғриғи симон. Крупоз пневмония-касаллик ўткир бошланади, ўпкани ярими ёки бутун булагида тўмтоқлашган бронхиал нафа. Касалликни бошланишида Кам холда крепитация булади. Рентгенологик текширилганда-жароҳатланган чегара-ўпка чегарасига тўғри келади, оралиқ аъзолар қарама-қарши томонга силжиган ҳолатда, қонда юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формула нейтрофиллар ҳисобига чапга силжиши, Юнў хужайраларнинг пайдо бўлиши, йўтал, балғам ажралиши ҳамда Туберкулин синамаси Манфий.</p>	<p>Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан кейин қунига бир маҳал ичилади Rp. Streptomisini 1.0 D.t.d. № 30 in flac. .S. 0.6 дан мушак орасига қунига бир маҳал юборилади. Rp. Rifampisini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан икки маҳал ичилади. Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Упка туберкуломаси

Ёши: 14 ёш

Тана вазни: 42 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикояти йўқ. Бемордан кушимча суралганда шу аникландики, беморга даврий жисмоний юклама берилса чарчаш терлаш ва иштахани пасайиши кузатилиши айтади. Объектив курувда: тери тонуси сакланган, тери ости ёғ кавати уртача рпивождланган. Периферик лимфа тугунлари айникса буйин лимфа тугунлари ёнгок катталигида катталашган каттик консистенсияга эга. Упкаси эшитиб курилган везикуляр нафас бир мунча сустлашган. Кукрак кафаси перкуссия килинганда перкутор товуш кискарган. Юрак тонлари ритмик.</p>	<p>Умумий кон тахлили: гемоглобин 120 г/л. Лейкоцитлар 6800. таёкча ядроли лейкоцитлар 4%. Сегмент ядроли лейкоцитлар 66%. Моноцитлар 8%.эозинофиллар 4. лимфоцитлар 22%. Умумий сийдик тахлили без патология. Бронх ювиндисини бойитиш усулида бактериоскрпик текширилган БК аникланмади.</p>	<p>Умумий кон тахилилида кон элементларини мутадил булиши организмнинг реактивлиги бир мунча яхши эканлигини англатади.шунинг учун жараён белгисиз кечмоқда важараённинг активлиги ифодаланмаган. Бундан ташкари бронхлар ювинди сувидан БКнинг топилмаслиги ҳам жараённинг нофаол эканлигини исботлайди.</p>	<p>Кукрак кафасини Умумий рентгенограммасида чап Упканинг Юкори булагининг умров суяги сохасида 3x3 см ли чегаралари аник думолок гомоген тиниклиги пасайган интенсив соя аникланди. Шу тамонда упка илдизи кенгайган, фиброзли узгаришлар, деформациялашган ва петрфикациялашган лимфа тугунлари аникланмоқда. Манту синамаси 2 ТЕ ППД-Л 0.1 мл тери орасига 72 соатдан кейин 6 мм папула.</p>	<p>Соясимон хосила рентгенограммада шуни курсатадики туберкулома спонтан аввал туберкулез клиник белгилари ифодаланмай шаклланган бунга упка илдизидаги петрфикацияланган лимфа тугунлари исботлайди. Манту синамасини сушт мусбат булиши организмнинг реактивлигига боглик. Юкори сезгирликнинг туберкулин синамасига йўкли бу иккиламчи сил инфекцияси учун характерлидир.</p>	<p>Купрок Упкадаги яхши ва ёмон сифатли усмалар билан фаркклашга тугри келади. Усмаларнинг фарки шундаки улар 40 ёшдан кейин куп кузатилиб бир ёки ута сегментларда жойлашади. Асосий белгиси шу сохада огрик. Рентгенограммада усмак думолок ёки овалсимон соя куринишида ва аникмас контур гадур будир булади. Патологик жараён атрофидаги тукимада сил узгаришлари йўқ. Бронхоскопияда бластоматоз усишни кўриш мумкин. Сил синамаси Манфий булади. Бундан ташкари упка туберкуломаси упка эхинококки ва захм гуммаси билан дефференциация килинади.</p>	<p>Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир ярим таблеткадан овкатдан кейин кунига бир махал ичилади Rp. Streptomisini 1.0 D.t.d. № 30 in flac. .S. 0.75 дан мушак орасига кунига бир махал юборилади. Rp. Rifampisini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан уч махал ичилади. Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал. Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир махал</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бирламчи сил комплекси

Ёши: 12 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Шикоят: Кучсизлик, тез чарчаб қолиш, холсизлик, тунги терлаш, уйтал иштахани пастлиги. Объектив курувда: тери копламларини оқиш рангдалиги (рангпар) . буйин ва култик ости лимфа тугунларини ёнгок катталигича катталашуви, эластик консистенциядалиги, оғриксизлиги. Кукрак кафасини перкуссия килинганда зарарланган тамонда перкутор товушни кискарганлиги яъни унг тамонда. Кукрак кафасини аускультация килинганда унг тамонда везикуляр нафасни сустлашганлиги ва курук ёйилган хириллашлар эшитилади.	Умумий кон тахлили: гемоглобин 120 г/л. ЭҚТ – 15 мм/соат. Лейкоцитлар 9000. Таёкчядроли лейкоцитлар 4. сегмент ядроли лейкоцитлар 68. моноцитлар 4. эозинофиллар 3. лимфоцитлар 21. Умумий сийдик анализи: палогиясиз. Балгамни бойитиш усулида бактериоскопик текширилганда сил таёкчалаври БК топилди.	Умумий кон тахлилида ЭҚТнинг ошиши, лимфопения, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши организмда Махсус ялликланиш жараёни кетаётганлигидан далолатдир. Балгамда сил таёкчалари БК ни топилиши ялликланишни махсуслигини исботлайди.	Манту синамаси 2 ТЕ ППД-Л 0.1 мл.тери орасига. Кукрак кафасини Умумий рентгенограммасида унг Упканинг Юкори булагидан уртача интенсивликдаги упка илдизи билан туташган қорайиш куринади. Унг упка илдизи кенгайган унг упка илдизидаги лимфа тугунлари катталашган.	Манту синамаси Айни вақтида мусбат баъзи холлар гиперергик жавоб беради. Умумий курак кафасини рентгенограммасида жараёни инфилтрация фазасида булганлиги учун бирламчи сил комплексини урта компонетини аниқлаб булмайд.яъни Махсус ялликланиш учоги, регионал лимфаденит ва лимфангоит. Чунки инфилтрация фазасида упка майдонидаги қорайиш упка илдизи билан кушилиб кетган.	Бирламчи сил комплексини чузилган сегментар пневмониядан фарқлаш кийинрок кечади. Чузилган сегментар пневмония бирламчи сил комплексидан фарқли равишда анамнезида тез- тез ўРВИ билан оғриганлиги, Касалликнинг Уткир бошланиши кучли ифодаланган интоксикация белгилари ва Умумий аволнинг вазни, кучли йутал ва нафас этишмаслик белгиларининг устунлиги. Упканинг пастки булагидан жойлашган учокли аускультатив белгилар билан характерланиши. Агар кенг доирали таъсирга эга булган антибактериал дори воситалари тайинланса тезда ижобий натижанинг кузатилиши.	Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан кейин қунига бир маҳал ичилади Rp. Rifampisini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан икки маҳал ичилади. Rp. Streptomisini 1.0 D.t.d. № 30 in flac. .S. 0.6 дан мушак орасига қунига бир маҳал юборилади. Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал. Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига қунига бир маҳал
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Упканинг инфилтратли сили

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: Кучсизлик, тез чарчаб қолиш, холсизлик, тунги терлаш, уйтал иштахани пастлиги. Объектив курувда: тери копламларини оқиш рангдалиги (рангпар) . буйин ва култик ости лимфа тугунларини ёнгок катталиги катталашуви, эластик консистенциядалиги, оғриксизлиги. Кукрак кафасини перкуссия килинганда зарарланган тамонда перкутор товушни кискарганлиги яъни унг тамонда. Кукрак кафасини аускультация килинганда унг тамонда везикуляр нафасни суствлашганлиги ва курук ёйилган хириллашлар эшитилади.</p>	<p>Умумий кон тахлили: гемоглобин 120 г/л. ЭЧТ – 15 мм/соат. Лейкоцитлар 9000. Таёкчадроли лейкоцитлар 4. сегмент ядроли лейкоцитлар 68. моноцитлар 4. эозинофиллар 3. лимфоцитлар 21. Умумий сийдик анализи: палогиясиз. Балгамни бойитиш усулида бактериоскопик текширилганда сил таёкчалаври БК топилди.</p>	<p>Умумий кон тахлилида ЭЧТнинг ошиши, лимфопения, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши организмда Махсус ялликланиш жараёни кетаётганлигидан далолатдир. Балгамда сил таёкчалари БК ни топилиши ялликланишни махсуслигини исботлайди.</p>	<p>Манту синамаси 2 ТЕ ППД-Л 0.1 мл. тери орасига. Кукрак кафасини Умумий рентгенограммасида унг Упканинг Юкори булагидан уртача интенсивликдаги упка илдизи билан туташган корайиш куринади. Унг упка илдизи кенгайган унг упка илдизидаги лимфа тугунлари катталашган.</p>	<p>Манту синамаси Айни вақтида мусбат баъзи холлар гиперергик жавоб беради. Умумий курак кафасини рентгенограммасида жараёни инфилтрация фазасида булганлиги учун бирламчи сил комплексини учта компонентини аниқлаб булмайд. яъни Махсус ялликланиш учоги, регионал лимфаденит ва лимфангоит. Чунки инфилтрация фазасида упка майдонидаги корайиш упка илдизи билан кушилиб кетган.</p>	<p>Бирламчи сил комплексини чузилган сегментар пневмониядан фарқлаш кийинрок кечади. Чузилган сегментар пневмония бирламчи сил комплексидан фарқли равишда анамнезида тез-тез ОРВИ билан огриганлиги, Касалликнинг Уткир бошланиши кучли ифодаланган интоксикация белгилари ва Умумий аволнинг вазни, кучли йутал ва нафас етишмаслик белгиларининг устунлиги. Упканинг пастки булагада жойлашган учокли аускультатив белгилар билан характерланиши. Агар кенг доирали таъсирга эга булган антибактериал дори воситалари тайинланса тезда ижобий натижанинг кузатилиши.</p>	<p>Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан кейин кунига бир маҳал ичилади Rp. Streptomycini 1.0 D.t.d. № 30 .S. 0.6 дан мушак орасига кунига бир маҳал юборилади. Rp. Etambutoli 0.4 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан олдин кунига бир маҳал ичилади. Rp. Pirazinamidi 0.5 D. t. d. № 90 in tab S. Бир таблеткадан кунига бир маҳал овқатдан кейин ичилади Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал. Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Вирав

Ёши: 4 ёш

Тана вазни: 16 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Шикоятлари йўқ, боланинг Умумий ахволи қониқарли. БЦЖ чандиғи-2мм. бўйин лимфа тугунлари катталашган-тарифдек келади, юмшоқ, эластик, бир-бири билан ва атроф тўқималари билан бирлашмаган.	Умумий қон тахлили: НВ-120г/л. Лей-5000, ЭЧТ-4мм/ч, т/я-3, с/я-62, мон-6, эоз-5, лимфо-24. умумий пешоб тахлили патологиясиз. Балғам анализиди БК аниқлинмайди.	Виравда сил синамаси Умумий қон тахлили ўзгаришсиз. Кам холларда лейкоцитар формуланинг чапга силжиши кузатилади. Балғамни флатация ва Бактериологик текширилганда БК топилмайди.	Манту синамасида – папулла-8 мм. Ундан олдинги йилги синама манфий. Кукрак қафасининг Умумий рентгенограммасида ўзгариш йўқ.	Охирги текшириш Манфий натижа бериши ва биринчи марта Манту синамаси мусбат натижа бериши. Умумий рентгенограммада ўзгариш йўқ.	Ди. диагноз вакцинадан кейинги аллергия ва сил билан зарарланиш билан қилинади. Вакцинадан кейинги аллергияда БЦЖ чандиғи -5мм катталиқд, Периферик лимфа тугунлари катталашмаган, аллергия 2-3 йил сақланади. Сил билан зарарланишда Манту синамаси мусбат	Rp. Isoniazidi 0.1 D. t. d. № 100 in tab S. Бир ярим таблеткадан овқатдан кейин кунига бир маҳал ичилади Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Периферик лимфа тугунлари сили

Ёши: 12 ёш

Тана вазни: 32 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: Тунги терлаш, холсизлик Юкори чарчашлик, ёмон уйку, иштахани пасайиши. Култик ости соҳасида тери остида юмолок хосилани пайдо булиши.</p> <p>Объектив курувда касал ранги оқарган. Лимфа тугунларини пайпаслаб курилганда буйин култик ости пастки жаг оти умровусти вачов лимфа тугунлари 1 см диаметрча улчамда катталашган эластик оғриксиз ҳаракатчан лимфа тугунлари устидаги тери ранги узгармаган. Кукрак кафаси перкуссия килинганда аник упка товуши эшитилади. Кукрак кафаси аускультация килинганда везикуля нафас эшитилади БЦЖ чандиги 2 мм улчамда</p>	<p>Умумий кон анализи. Лей-<math>11 \times 10^9/\text{л}</math> (<math>9 \times 10^9/\text{л}</math>), П/я-Гемоглобин 90 г/л. Таёкча ядроли лейкоцитлар 8% (1-6%)</p> <p>Лимфопения <math>15 \times 10^9/\text{л}</math>. (19-<math>37 \times 10^9/\text{л}</math>) Сегмент ядроли 81%(47-72%). ЭЧТ – 25 мм/соат.</p> <p>Балгамни флатация усулида бактериоскопик текширилган БК топилди.</p> <p>Бактериологический балгамни текширилган 4-5 колония МБТ ушиб чикди</p>	<p>Яллиғланиш жараёни бўлиши эвазига: лейкоцитоз, лимфопения, ЭЧТ-ошиши кузатилади.</p>	<p>Манту синамаси 2ТЕ 0,1мл т/и. кукрак кафасини рентгенограммаси.</p>	<p>Рентгенограмма да шуни курамазки Периферик лимфа тугунлари сили купинча Упканинг сил касалликлари билан бирга ривожланади.</p>	<p>Уткир номахсус лимфаденит: бу Касалликнинг сил касаллигидан фарқи шундаки номахсус лимфаденитларда Юкори ҳарорат итоксикация белгилари кучли ифодаланган ва лимфа тугунлари жуда тез катталашади. Шунингдек маҳаллий узгаришлар кучли ифодаланган булади. Умумий кон тахлилида лейкоцитоз, нейтрофилёз булади. Ва йирингланиш жараёнига тез бошланади.</p> <p>Инфекцион мононуклеоз билан ҳам фаркланади. Бу касаллик болалик ва усмирлик даврларида учрамазлиги билан ҳарактерланади. Ва бунда Жигар ва толок катталашади. Умумий кон тахлилида лейкоцитоз юкорилигибилан ва моноцитоз ва атипик мононуклеар хужайралар топилади. Пауля- Баннеля реакцияси мусбатлиги катта ахамиятга эга булади.</p> <p>Лимфагрануломатоз: иммунологик етишмаслик, кукракда оғрик терида кичиш ва Периферик лимфа тугунларини каттиклиги ва папула хосил килиши билан ҳарактерланади. Умумий кон тахлилида лейкоцитоз, нейтрофилия, Березовский-Штейнберг хужайралари ва эозинофилия булади.</p>	<p>Rp. Isoniazidi 0.3 D. t. d. № 100 in tab S. Бир таблеткадан овқатдан кейин кунига бир маҳал ичилади</p> <p>Rp. Etambutoli 0.4 D. t. d. № 100 in tab S. Икки таблеткадан овқатдан олдин кунига бир маҳал ичилади.</p> <p>Rp. Rifampicini 0.15 D.t.d. №100 in caps S. Бир капсуладан икки маҳал ичилади.</p> <p>Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал</p> <p>Rp. Sol. Thiamini bromidi 3%-1 ml D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал</p> <p>Rp. Sol. Acidi nicotini 1%-1ml. D.t.d. №10 in amp S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал.</p> <p>Rp. Sol. Pyridoxini 5%-1 ml D.t.d. №10 in amp. S. 1 мл дан мушак орасига кунига бир маҳал</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Воронкасмон кўкрак қафаси. Симметрик шакли, декомпенсация. Ёши 5 еш. Тана вазни: 15 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Туш суягининг ковуғанинг тоғай қисми билан ботик бўлиши. Говда кўкрак қисми деформацияси. Кўкрак қафаси экскурсиясининг камайганлиги. Бола нафас олганида туш суягининг ичкарига ботиши.	1. Гемоглобин 80 г/л.  2. Эритроцитлар $2,5 \times 10^{12}/л.$  3. ЭЧТ – 15 мм/соат.	1. Гипогемоглобинемия (N-138 г/л).  2. Эритроцитопения (N-4,9х $10^{12}/л.$ ).  3. ЭЧТ тезлашган (N-5 мм/соат).	Кўкрак қафасининг ён ва туғри проекциялар-даги рентгени.  ЭКГ.  Спирометрия.	Кўкрак қафаси тасвирий рентгенида сурункали пневмония аломатлари. Юракда деполяризация жараёнининг бузилиши. Ўпка вентилляцияси хажми пасайган.	1. Бир еки бир нечта ковуғга йўқлиги норасолиги билан. Тасвирий рентгенда ковуғга йўқлиги аникланади. 2. Рахит билан. Ковуғанинг суяк ва ковуғга қисми бирлашган жойларида рахит золдирлар бўлади.	1. <u>Операция олди тайёргарлиги:</u> а. Ампициллин 500 000 бирликдан 3 марта (N-100 мг/кг). б. Поливитамин 1 др. 1 марта. в. Даволаш гимнастикаси. 2. <u>Операция</u> – Баиров буйича – торакопластика. Rp: Ampicillini 0,5 Dtd № 21 in flac. S. по 500 т. Ед х 3 р.д в/м (N 100 мг/кг).
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бронхоэктаз касаллиги. Ўнг ўпка пастки бўлагида.

Ёши: 12 еш.

Тана вазни: 28 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Касаллик аста-секинлик билан, гохида тузалиш, гохида яна ўткирлашиш билан кечган.</p> <p>2. Касаллик ўткирлашганда тана ҳарорати 38-39<sup>0</sup>С гача кўтарилган.</p> <p>3. Беморда йутал, ажралган балғам йирингли, бадбуй хид билан.</p> <p>4. Териси оқарган, бармоқлари ногора таёқчаси сингари ўзгариши.</p> <p>5. Кўкрак қафаси ўнг тарафида аускультацияда нам хириллашлар бўлиб, перкуссияда пневмосклероз хисобига перкутор товуш буғиклашган.</p>	<p>1. Нв- 98 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 2,8x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар - 11,9x10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. ЭЧТ-14 мм/с.</p> <p>5. Умумий оксил-48 г/л.</p> <p>6. Альбумин – 26%</p> <p>7. Гамма-глобулин-28%.</p>	<p>1. Анемия 1дар. (N 120-140 г/л).</p> <p>2. Эритроцитопения (N 4.0-5.0x10<sup>12</sup>/л).</p> <p>3. Лейкоцитоз (N 4.5-9x10<sup>9</sup>/л).</p> <p>4. ЭЧТ ошуви (N 2-10 мм/с).</p> <p>5. Гипопротеинемия (N 56-80г/л).</p> <p>6. Гипоальбуминемия (N-37-52г/л).</p> <p>7. Гипергаммаглобулинемия. (N- 8-16г/л).</p>	<p>1. Кўкрак қафаси-нинг рентген тасвири.</p> <p>2. Бронхографи я.</p> <p>3. Бронхоскопи я.</p> <p>4. Спирометрия.</p>	<p>1. Тасвирий рентгенда ўпкада катаксимон ўзгариш ва ўпка илдири соялиниши бор.</p> <p>2. Бронхоскопияда йирингли эндобронхит, айниқса унг ўпка пастки тарафидан куюк йиринг ажралаяпти.</p> <p>3. Бронхографияда ўнг ўпка пастки бўлаги бронхида халтасимон, цилиндрсимон кенгайишлар бор.</p> <p>4. Ўпканинг сигими пасайган.</p>	<p>1. Эхинококк кистаси йиринглаш – бронхга очилиши рентген тасвирда аниқ чегарали пуфак кўриниб, унда горизонтал сатх бор.</p> <p>Пуфак чегараси силлик ва текис эмас.</p> <p>2. Ўпка абсцесси.</p> <p>Бошланиши уткир, бемор септик холатда .</p> <p>Рентген тасвирда эса ўпкада хосила кўриниб, чегараси аниқ эмас, агар у бронхга очилган бўлса, горизонтал сатх бўлади.</p> <p>3. Сурункали пневмония еки бронхитда, бронхографияда бронхларда халтасимон, цилиндрсимон ўзгаришлар бўлмайди.</p>	<p>1. <u>Консерватив даволаш:</u></p> <p>1. Ампициллин 1.000.000 бирликдан 3 маҳал м/о (N- 100 мг/кг).</p> <p>2. Канамицин 150 мгдан 2 маҳал (N-10 мг/кг).</p> <p>3. Постурал дренаж.</p> <p>4. Трипсин билан ингаляция.</p> <p>5. Бронхоскопик санация.</p> <p>6. Кон ва плазма куйиши. (N- 10-15 мл/кг).</p> <p><u>Операция:</u> Ўнг ўпканинг пастки қисмини олиб ташлаш – пастки лобэктомия.</p> <p>Rp: Ambrobene 0,2 Dtd № 20 S. по 1 таб. 3 р. в день</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бронхга очилган ўнг ўпка юқори булагги абсцесси

Еши: 3 еш.

Тана вазни: 17 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Касаллик тусатдан, ўткир бошланди. Септик холат.</p> <p>2. Бемор безовта тана ҳарорати ошган (39,5<sup>0</sup>). Юқори лаби кўкарган, нафас олишда бурун катаклари кенгайган, боши оғрийди, нафас олиши бир дақиқада 36 марта, томири 134 марта ураяпти. Курук йўтал безовта килмокда.</p> <p>3. Тусатдан каттик йўталиб, бадбуй хидли йиринг билан йўталди. Ахволи бир оз яхшиланди, тана ҳарорати 38,1<sup>0</sup>га тушди.</p> <p>4. Аускультацияда унг кўкраги тарафда юқорисида нам хириллашлар, перкусияда товуш кучайган – кутимонанд.</p>	<p>1. Нв- 104,5 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 3,2 x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар – 16 x10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. ЭЧТ-19 мм/с.</p> <p>5. Умумий оксил-58 г/л.</p> <p>6. Альбумин – 30г/л</p> <p>7. Гамма-глобулин-27%.</p> <p>8. Сийдикда лейкоцитлар 16-18.</p> <p>9. Сийдикда оксил -0,099%</p>	<p>1. Гипогемоглобинемия (N-120-140 г/л).</p> <p>2. Эритроцитопения (N- 4.5-5 x 10<sup>12</sup>/л).</p> <p>3. Лейкоцитоз (N-6,5-13x10<sup>9</sup>/л).</p> <p>4. ЭЧТ тезлашган (N 2-10 мм/с).</p> <p>5. Гипопротеинемия (N-56- 80 г/л).</p> <p>6. Гипоальбуминемия (N-37- 76г/л).</p> <p>7. Гипергаммаглобулинемия. (N- 8-16%).</p> <p>8. Лейкоцитурия (кўриш майдонида 1-2).</p> <p>9. Протеинурия (N-0,033%).</p>	<p>Кўкрак қафасининг тасвирий рентгени.</p>	<p>Кўкрак қафасининг ўнг тарафида, юқори бўлагида 3,0 x4,2 см. катталиқда хосила бўлиб, унинг чегараси аниқ эмас, перифокал яллиғланиш белгилари бор. Хосилада горизонтал сатх бўлиб, унинг устида хаво жойлашган.</p>	<p>1. Бронхоэктаз касаллигидан. Бу касаллик аста-секинлик билан кўчайиб боради. Рентген тасвирида ўпкасида каттиксимон учоклар бўлиб, бронхографияда бронхларда цилиндрсимон ёки халтасимон деформация учрайди.</p> <p>2. Йиринглаган эхинококк кистаси – унинг чегараси аниқ кўринади, аммо текис ва силлик бўлмайди. Септик кўринишда бошланмайди. Серологик реакция мусбат бўлади.</p>	<p>1. Аугментин пол 5,0 мл. 6 р.д. (N-100 мг/кг).</p> <p>2. Гентамицин 20 мг.дан 2 махал м/о (N-3 мг/кг).</p> <p>3. Сульфаксамфокаин 10% - 0,5 м/о (N-0,15 мл/кг).</p> <p>4. Постурал дренаж.</p> <p>5. Бронхоскопик санация қилиш.</p> <p>6. Қон (10 мл/кг) ва плазма (10 мл/кг) куйиш.</p> <p>7. Пентоксил 0,05 г.дан 3 махал ичишга (N- 4-7 ешларга 0,05 бир марталик доза).</p> <p>8. Кўкрак қафасига кечкурун горчичник куйиши.</p> <p>9. Поливитамин 1 др. 1 махал.</p> <p>10. Аскорб.к-та 1% 1 ч.к. 2 махал. (N- 1-7 ешга 150-200 мг. суткага).</p> <p>Rp: Ampicillini 0,5 Dtd № 21 S. по 500 т. Ед х 3 р.д в/м (N 100 мг/кг).</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнгдан ўпканинг лобар эмфиземаси. Декомпенсация шакли.

**Еши:** 3 кунлик.

**Тана вазни:** 3 кг. 200 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Чақалокнинг ахволи оғир.</li> <li>2. Томир уриши бир дақиқада – 164 марта.</li> <li>3. Нафас олиши бир дақиқада – 58 марта.</li> <li>4. Тери ранги оқарган, аммо лаблари кўқарган.</li> <li>5. Нафас олишда ёрдамчи мускулаллар иштирок этаяпти.</li> <li>6. Кўкрак қафаси кенгайган. Унга тимпанит.</li> <li>7. Ўнг тарафда нафас товушлари эшитилмайди.</li> <li>8. Юрак чап тарафга оғишган.</li> <li>9. Юрак тонлари буғиқлашган.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гемоглобин 140 г/л.</li> <li>2. Гематокрит - 55%.</li> <li>3. Эритроцитлар <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>.</li> <li>4. Лейкоцитлар <math>-15 \times 10^9/л</math>.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гемоконцентрация. (Гематокрит N-2%)</li> <li>2. Лейкоцитоз. (<math>N-8,9 \times 10^9/л</math>).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кўкрак қафасининг тасвирий рентгени.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Тасвирий рентгенда ўпка ўнг тарафда кенгайган, ковурага ораликлари кенг, диафрагма пастлашган, юрак чап тарафга сурилган. Ўнг ўпканинг юқори бўлаги айникса кенгайган.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Таранглашган пневмотораксда рентген тасвирда плевра бушлигида хаво бўлиб, ўпка кўкс оралигига сикилган</li> <li>2. Туғма диафрагма чурраси, айникса асфиктик сикилиши. Диафрагма чуррасида ичак кўкрак бўшлигида кўринади.</li> <li>3. Ўпка кистасида рентген тасвирда аник чегарали пуфак кўринади..</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Операцияга тайёргарлик:</u></li> <li>1. Оксигенотерапия.</li> <li>2. Температура режимини сақлаш.</li> <li>3. Глюкоза 10%-20,0 Натрий хлорид 0,9% - 20,0. Строфантин 0,05% -0,1. Панангин 1,0 - томир ичига томчилаб.</li> <li>4. Rp. Albumini 10%-50,0 D.t.d. № 3 S. по 30 мл, в/и томчилаб.</li> <li>5. <u>Операция:</u> Ўпка юқори булаги олиб ташланади - лобэктомия.</li> </ol>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Чапдан Бохдалек тиркишдан сохта диафрагма чурраси.

Еши: 3 ойлик.

Тана вазни: 5,4 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Боланинг умумий ахволи ўртача.</p> <p>2. Бола вақти-вақти билан жуда безовта.</p> <p>3. Бола вақти-вақти билан нафас олиши кийнлашиб, кўкариб колмоқда.</p> <p>4. Кўкрак қафаси чап тарафи нафас олишда орқада қоляпти. Шу тарафда кутимонанд товуш.</p> <p>5. Аускультацияда нафас олиш, нафас товушлари суст.</p> <p>6. Чап кўкрак қафасида ичак перистальтикаси шовкини.</p> <p>7. Корин ичига тортилган.</p> <p>8. Юрак уриши бир дақиқада – 148.</p>	<p>1. Гемогло-бин – 90 г/л.</p> <p>2. Эритроцит. – <math>2,3 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>3. Лейкоцит. – <math>6,8 \times 10^9/л</math>.</p> <p>4. ЭЧТ – 5 мм/соат.</p> <p>5. Умумий оксил -59 г/л.</p>	<p>1. Анемия. (Нв-N- 142-156 г/л) Эритроцитлар – <math>N-4,4-4,7 \times 10^{12}/л</math> Лейкоцит. <math>N – 6.5-13 \times 10^9/л</math></p> <p>2. Гипопротеинемия. (N-44-76 г/л)</p>	<p>1. Корин бўшлиғи тасвирий рентгени.</p> <p>2. Меъда ичак тракти контрастли текшируви – контраст берилгани-дан 4-6 соат-дан кейин.</p>	<p>1. Тасвирий рентгенда чап кўкрак қафасида катак-катак сояланиш ва худди шу жойларнинг баъзиларида горизонтал сатх бор.</p> <p>2. Чап ўпка 1/3 қисмига сикилган.</p> <p>3. Кўкс оралиги аъзолари ўнг томонга силжиган.</p> <p>4. Чап кўкрак қафасида контраст модда кўринади.</p>	<p>1. Пневмоторакс.</p> <p>2. Пиопневмоторакс.</p> <p>3. Чап ўпка кисталари (туғма).</p> <p>4. Ўпка бактериал деструкциясида – хаво буллалари.</p> <p>1. Пневмотораксда рентген тасвирда плевра бушлиғида эркин хаво бўлиб, ўпка кўкс оралигига сикилади.</p> <p>2. Пневмотораксда рентген тасвирда плевра бушлиғи пастки қисмида сояланиш горизонтал сатхга эга. Устида эса эркин хаво бўлади.</p> <p>3. Ўпка кистасида рентген тасвирда аник чегараланган хаво кистаси кўринади.</p> <p>4. Ўпка бактериал деструкциясида хаво пуфаклари ўпка ичида, ўпка эса бир томонга сикилмаган.</p>	<p>1. <u>Операцияга тайрелаши:</u> А. Глюкоза 10% - 50,0 Натрий хлорид 0,9% - 50,0</p> <p>Витамин В1 6% -0,3 вена ичига томчилаб. Б. Реополиглюкин 50,0 вена ичига томчилаб. В. Альбумин 10% ли 50,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>2. <u>Операция:</u> Лапаротомия ичакларни корин бушлигига қайта олиб кириб, Бохдалек тиркишини тикиш.</p> <p>Rp.Sol.Thiamini bromidi 3% 1 ml. D.t.d. N 10 in amp. S. 0,3 в/и глюкоза эритмасида.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қизилунгач атрезияси пастки трахеа-қизилунгач оқмаси билан.

Еши: 4 кунлик.

Тана вазни: 2,200. гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Оғиздан жуда куп купикли сулак ажраляпти.</p> <p>2. Онаси эмизишга уринганда чакалок йуталиб, кўкараяпти.</p> <p>3. Бола тез-тез хансираб нафас олаяпти. 1 мин. 82 марта.</p> <p>4. Териси оқамтир.</p> <p>5. Ахлати келмаган.</p>	<p>Гемоглобин – 90 г/л.</p> <p>Эритроцит-лар – <math>2,8 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>Гематокрит 54%.</p> <p>Умумий оксил 48 г/л.</p> <p>Сийдик зичлиги 1029.</p>	<p>Анемия Нв-180-240</p> <p>Эритр. (N-6,2x10<sup>12</sup>/л).</p> <p>Гемоконцентрация. (Ht-N - 42-49%)</p> <p>гипопротеинемия .</p> <p>Умум.оксил –N 56-80 г/л.</p> <p>Гиперсте-нурия. (N-1008-1015</p>	<p>Қизилунгачни катетерлаш ва Элефант синамаси .</p> <p>Қизилунгачга киритилган катетер меъдага ўтмасдан қолди. Ўндан киритилган хаво чакалокнинг оғзи-бурнидан кайтиб чиқди</p> <p>Қизилунгачнинг контрастли тасвирий рентгени. Шу катетердан 0,5 мл. йодолипол киритилиб рентген килинди. Контраст модда 3 кўкрак умурткаси тўғрисида кўринди. Обзор рентгенографияда ошқозонда хаво пуфаги.</p>	<p>Элефант синамаси мусбат.</p> <p>Юкори қизилунгачнинг атрезияси.</p> <p>Пастки қизилунгач трахея оқмаси.</p>	<p>1. Тўғма трахеа қизилунгач оқмаси. Туғма трахеа-қизилунгач оқмасида гиперсаливация бўлмайди. Элефант синамаси манфий.</p> <p>2. Бош миянинг туғилишида шикасти. Бош мия туғилиш шикастида қизилунгачга зонд бемалол ўтаверади. 3.Қизилунгач туғма стенозида клиник белгилар бола туғилганида эмас, балки кечроқ намоён бўлади.</p>	<p>1. Сулакни доим суриб тортиб олиш.</p> <p>2. Глюкоза 5%-25,0 Калий хлорид 4% - 1,0</p> <p>Операциягача вена ичига.</p> <p>3. Альбумин 25,0 вена ичига операциягача.</p> <p>4. Викасол 1% -1,0 тери остига .</p> <p>5. Иссиклик режимини сақлаш.</p> <p>6. <u>Операция:</u> оқмани бартафр этиб, эзофагопластика қилиш.</p> <p>А. учма-уч улаш.</p> <p>Б. учини ёнига улаш.</p> <p>В. Жуфт эзофагостомия.</p> <p>Rp.Sol.Vicasoli 1%-1.0 D.t.d N 6 in amp. S.1.0 тери остига</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўнг ўпка ўрта бўлаги эхинококки.

Еши: 6 ёш.

Тана вазни: 22 кг.

Клиникаси	Ташҳисот			Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув			Интерпретация
<p>1. Кўкрак қафасининг унг томонида кучсиз оғрик.</p> <p>2. Тез чарчаш ва холсизлик.</p> <p>3. Ўнг томонда кўкрак қафаси нафас олишда гапига караганда орқада қолаяпти.</p> <p>4. Перкуссияда 4 ва 5 ковурағалар орасида, ўнг тарафда перкутор товушнинг бўғиклашуви.</p> <p>5. Худди шу жойда – аускультатив товуш жуда суст эшитилмоқда.</p>	<p>Гемоглобин – 100 г/л.</p> <p>Эритроцитлар <math>3,0 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>Лейкоцитлар <math>19,8 \times 10^9/л.</math></p> <p>Лимфо-цитлар 42%.</p> <p>Эозинофиллар – 6%.</p> <p>Умумий оксил 52 г/л.</p> <p>Эхинококк антигенига 33% сенсibiliзация.</p>	<p>Анемия.(Нв-N-120-140 г/л)</p> <p>Эритроцит. N-4,5-5.0 <math>\times 10^{12}/л.</math></p> <p>Лейкоцитоз. N 4,5-9.0 <math>\times 10^9/л.</math></p> <p>N-28-64</p> <p>Эозинофилия. Эозинофиллар N- 4%</p> <p>Гипопротеинемия. (N- 56-80 г/л).</p> <p>Эхинококк антигенига юқори сезувчанлик.</p>	<p>Кўкрак қафасининг тасвирий рентгени. А. Тўғри проекцияда.</p> <p>Б. Ёнбош проекцияда.</p>	<p>Ўнг ўпканинг ўрта бўлагида гомоген сояли, доирасимон, атрофида, перифокал соялашиш бўлмаган хосила аниқ чегара билан кўринмоқда. Рентген расмнинг ёнбошида эса шу хосила кўкрак қафасининг олд деворига ёндошиб, юрак сояси кўшилиб кетган.</p>	<p>1. Ўпка абсцесси. Ўпка абсцесси рентген тасвирдаги сояланиш аниқ чегарага эга бўлмай, атрофидаги сояланиш аста-секинлик билан камаяверади</p> <p>2. Ўпка усмасида қон туфлаш бўлиб, рентген тасвирда у аниқ чегарага эга эмас..</p> <p>3. Ўпка сили кавернасида рентген тасвирда сояланиш эмас, балки хаволи бўшлиқ – учоғи аниқ билинади.</p>	<p>1. <u>Операцияга тайёрлаш.</u> Глюкоза 10% -200,0 Инсулин 5 Ед. Калий хлорид 4% -10,0 вена ичига томчилаб кунига 2 махал.</p> <p>2. Супрастин 1/3 табл. 3 махал. (N-1/3 таб).</p> <p>3. Вит В1 - 1,0 1 марта м/о. ВитВ6 1% -1,0 1 марта м/о. <u>Операция:</u> Ёпик эхинококкэктомия. Бўшлиқ капитонаж қилинади.</p> <p>Rp.Tab.Suprastini 0,025 N 20 D.S. 1 т. х 2 махал.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Кардия халазияси.      **Еши:** 5 ёш.      **Тана вазни:** 18 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Вақти-вақти билан қушиш. 2. Қушиш баъзан қон лахталари билан. 3. Иштаҳаси паст. 4. Териси рангпар, тери ости кавати кам ривожланган. 5. «Хул ёстик» белгиси мусбат.</p>	<p>Умумий қон таҳлили: Нв-100 г/л. Эритроцит. 3,0 x 10<sup>12</sup>/л ЦП -0.7</p> <p>Биохим.қон таҳлили: Умумий оксил 52 г/л.</p> <p>Гематокрит 42%</p>	<p><b>Анемия, нормохромная, (N-120- 140 г/л).</b> (N-4,5-5,0 x 10<sup>12</sup>/л).</p> <p>Рангли курсаткич (N- 0,9 )</p> <p>гипопротейнемия, (N- 56 -80г/л).</p> <p><b>гемоконцентрация ( N- 36 %)</b></p>	<p>1.Эзофагоскопия.</p> <p>2. Гастрография.</p>	<p>Қизилунгачнинг пастки ва ўрта қисми шишиб кизарган, узунаси буйича эрозияланган жойлар бўлиб, улар фибрин билан копланган. Қизилунгачнинг кардия қисми очик. Тренделен-бурга холатида контраст модда меъдадан кизилунгачга тушаяпти.</p>	<p>1.Қизилунгачнинг туғма калталиги. Қизилунгач туғма калталигида, контрастли текширишда меъда қисмининг кўкрак қафасида эканлиги аниқланади. 2.Кардиостеноз. Кардиостенозда Тренделенбург холатида контраст модда кизилунгачга тушмайди. Қизилунгач кардия қисми юқориси кенгайган. 3.Диафрагма чурраси. Диафрагма чуррасида меъда хава пуфаги диафрагма устида кўринади.</p>	<p>1. Глюкоза 5%-200,0 Калий хлор 4%-4,0 - вена ичига томчилаб кунига 2 марта. 2. Церукал 1,0 м/о 1 марта. 3. Алмагел ярим ош қошиқдан кунига 3 маҳал, овқат егандан 1 соат кейин. 4. Альбумин 100,0 вена ичига, операциягача 1 марта. 5. Ниссен буйича фундопликация. Rp.Sol.Kalii chloride 4% - 5,0 ml. D.t.d. N 2 in amp. S. по 4,0 в/и глюкоза эритмасида.</p>
100%    -    2	1	1	1	1	2	2
50%       -    1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўт йуллари атрезияси.

Еши: 25 кунлик.

Тана вазни: 3100 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>-Ота-она шикоят: Бола терисининг сариклигига, ахлатнинг оқарганлиги, безовталиққа.</p> <p>-Бола туғилгандан бошлаб тери ва склерасининг сариклиги кузатилади.</p> <p>- Сариклик белгилари кун сайин зурайиб боради.</p> <p>- Ахлати – рангсиз.</p> <p>- Пешоби – тўқ пиво рангида. Жигар пайпаслаб қўрилганда катталашган, зичлашган консистенцияли ва бу жигардан ўт коимининг бузилиши натижасида ривожланаётган билиар цирроз белгиси хисобланади.</p> <p>Бола корни катталашган (бу гипербилирубинемия хисобига ичаклар фаолиятининг бузилиши – парези эвазига).</p> <p>Қорин олд деворидаги вена кон томиларининг кенгайиши кузатилади (портал гипертензия белгиси сифатида).</p>	<p>1. Умумий кон тахлили. (Нв-110 г/л еки унданда паст.</p> <p>Лейкоцитлар -16 минг СОЭ – 5мм/с.</p> <p>Қон биохимик тахлили.</p> <p>Билирубин 300-500 мкмоль/л. АЛТ-3,16 мкмоль/л. АСТ-6,2 мкмоль/л.</p> <p>Ум.оксил – 40 г/л</p> <p>2. Умумий пешоб тахлили.</p> <p>Ранги – «тўқ пиво» рангида.</p> <p>Оксил – 0,033 -0,066% гача</p> <p>3. Умумий ахлат тахлили.</p> <p>Стеркобилин миқдори кескин камайган еки умуман аниқланмайди.</p>	<p>Анемия белгилари N-142-156 г/л</p> <p>нисбий лейкоцитоз. N-9-12 x10<sup>9</sup>/л</p> <p>Гипербилирубинемия N-3,4-13,7 мкмоль/л. N- 0,3-1,0 мкмоль/л. N – 0,2-1,0 мкмоль/л</p> <p>Гипопротеинемия N -44-76 г/л</p> <p>Ут пигменти (++++) (уробилин билан бирга узгармаган билирубин хам аниқланади). (токсик нефрит энгил даражаси).</p> <p>Ут йулларида тусик хисобига ут 12-бармокли ичакка тушмаган</p>	<p>1. Жигар ва ут йуллари УТТ.</p> <p>2.Лапароскопия</p> <p>3.Пункцион биопсия.</p>	<p>Жигар ўлчамларининг катталашуви, эхозичлашуви. Жигар ичи ўт йулларида кенгайиш белгилари. Ўт копи топилмаслиги. Бунда билиар цирроз манзараси қўринади. Жигар юзаси тук-яшил рангда, ташки ўт йуллари қўринмайди, еки рудиментар холда мавжуд. Ут копи шаффар суюклик билан тўлган. Жигар донадорлиги йўқолган. Гигант полиморф тузилмали жигар хужайралари ва ут йуллари обструкция белгилари топилади (ёпик ўт йуллари).</p>	<p>1. Физиологик сариклик. Физиологик сарикликда ахлат сариклик рангига эга, конда эса боғланмаган билирубин (непрямой) эркин тури кўпаяди.</p> <p>2. Септик сарикликда хеч қачон тўқ сарик тери ранги бўлмайди. Ахлат сарик, сийдик тук сарик еки оч кунгир ранга эса.</p> <p>3. Туғма вирусли гепатитда эса эркин билирубин кўпаяди, АЛТ ва АСТ ошади..</p> <p>4. Механик сарикликда 25% ли магний сульфат эритмасидан 5 мл. дан кунига 8 марта бериш сарикликнинг йўқолишга олиб келади..</p>	<p>1. <u>Операция олди тайергарлиги.</u></p> <p>А. Адекват инфузион даво.</p> <p>Б. Магnezий синамаси (меъда зонди орқали 25% -5,0 дан кунига 2 махал киритилади – магnezий сульфат эритмасидан.</p> <p>В. Спazмолитиклар (но-шпа, зуфиллин эритмаси в/и).</p> <p>2. <u>Оператив даво:</u> Ташки ут йуллари мавжудлигига кўра Холедохо-дуодено еки цистодуоденоанастомоз, еки ташки ут йуллари бутунлай бўлмаса Г.А.Баиров усулида – гепато-гастро, гепатодуоденоанастомоз – бажарилади.</p> <p>3. <u>Операциядан кейинги парвариши:</u></p> <p>А. Дренажлаш парвариши.</p> <p>Б. Антибиотиклар даво.</p> <p>В. Оғриксизлантирувчи воситалар.</p> <p>Г. Инфузион даво.</p> <p>Д. Симптоматик даво.</p> <p>Rp.Sol.Vikasoli 1% - 1,0 D.t.d N 6 in ampulis S. 0,1 в/м.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Портал гипертензиянинг жигар ташқариси шакли.

**Еши:** 4 еш. **Тана вазни:** 18 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Қорнинг чап тарафида сим-сим оғриқ бўлиб, худди бир нарса осилиб тургандай бўлади.</p> <p>2. Иштахаси паст.</p> <p>3. Баъзан бурнидан қон келади.</p> <p>4. Тери ранги оқарган аммо қорин олд девори ва кўкрак соҳасида веналар кенгайган.</p> <p>5. Қорни каттарган, талоқ кўлга уннайди, мухит каттик, деярли қориннинг эгаллаган.</p> <p>6. Талоқ юзаси силлик, ғадир-будирлик йўқ.</p>	<p>1. Гемоглобин – 76 г/л.</p> <p>2. Эритроцит. <math>1,9 \times 10^{12}/л</math></p> <p>3. Ранг курсаткич -0,9</p> <p>4. Лейкоцитлар – <math>4,1 \times 10^9/л</math>.</p> <p>5. Умумий оксил 47 г/л.</p> <p>6. Билирубин – 19 ммоль/л.</p>	<p>1. Гипохром анемия (Нв-N 130-160 г/л) Эритроцитлар N - <math>4,6 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>N- 0,8</p> <p>N- <math>6,5-13 \times 10^9/л</math>.</p> <p>2. Гипопротеинемия (N-80 г/л).</p> <p>3 Билирубинемия. (N-10 ммоль/л).</p>	<p>1. Эзофаго-гастроуде-носкопия. Қизилунгач пастки қисмида 4 та вена тугуни бўлиб, улар атрофи ва ёнида варикоз кенгайган вена томирлари бор.</p> <p>2. Спленопортография. Талоқ венаси жигарга яқин лашган жойда кўринмайди. Худди шу кўринмайдиган жойга контраст меъда калта веналаридан эзофагеал бассейнга оқаяпти</p>	<p>1. ЭФГДС да Қизилунгач веналарининг 3 даражадаги кенгайиши.</p> <p>2. Талоқ венасининг тромбози.</p>	<p>1. Гоше касаллиги. Гоше касаллигида жигар функцияси бузилиш белгилари яққол эмас. Биринчи галда гиперспленизм устун туради. Катта, юмалок овал шаклига эга, купиксимон протоплазма ва марказида жойлашган «куш кўзига ухшаша ядроли хужайралар учрайди.</p> <p>2. Менковский Шоффар гемолитик касаллиги. Эритроцитлар ўлчами кичрайган, резистентлиги камайган бўлиб, шунингдек, Минковский Шоффар касаллиги оилавий характерга эга. Бу касаллик тез-тез кризлар, яъни касаллик хуружи билан кечади.</p> <p>3. Жигар ичи портал гипертензияси. Жигар ичи портал гипертензиясида эркин, боғланмаган билирубин ошиб, жигар функцияси бузилиш аломатлари яққол кўринади.</p>	<p>1. Беморнинг умумий ахволини кутариш.</p> <p>2. Қон кўрсаткичларини иложи борича меъерий кўрсаткичларга яқинлаштириш.</p> <p>3. Жигар фаолиятини яхшилаш операция: 1. Спленоренал ёки Кавамецентриал томир анастомози.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Жигар ўнг бўлагининг эхинококки.

Еши 8 еш.

Тана вазни: 26 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1.Холсизлик, дармонсизлик.</p> <p>2.Иштахасининг йўқлиги.</p> <p>3. Бадани кигиб, қўнгли ҳам айниб туради.</p> <p>4. Ўнг ковурға остида нокулай сезги бўлиб, бир оғир нарса бордек сезилади.</p> <p>5. Териси рангпар, курук.</p> <p>6. Ўнг ковурға ёйи остида жигар қўлга аниқ уннайди.</p>	<p>Гемоглобин – 80 г/л.</p> <p>Эритроц. – <math>2,5 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>Эозинофил-лар – 8%/</p> <p>Нейтрофил-лар 40%.</p> <p>Умумий оксил – 52 г/л.</p> <p>Эхинококк антигенга сезгирлик - 30%.</p>	<p>Анемия. (Нв-N-130-140 г/л).</p> <p>Эритр. <math>4,5-5,0 \times 10^{12}/л</math></p> <p>Эозино-филез. (N-4,0 %)</p> <p>N -50-70%</p> <p>Гипопротеинемия. (N-56-80г/л)</p> <p>Эхинококка антигенемия</p>	<p>Жигарни эхосканирлаш.</p> <p>Қорин аъзоларининг тасвирий рентгени.</p>	<p>Эхоскопияда жигар ўнг булагиди қалинлашган капсулалар, аниқ чегараланган, гомоген суюклик тутган, <math>8,0 \times 6,0</math> см.</p> <p>Катталикдаги хосила кўринади.</p> <p>Тасвирий рентгенда жигар унг томонида гомоген сояли, аниқ чегарали хосила кўзга ташланади.</p>	<p>1.Жигарнинг нопаразитар кисталари. Жигар кистаси туғма бўлиб, аниқ чегарага эга. Кацони реакцияси манфий. Эхинококка хос иммун реакцияси ҳам манфий.</p> <p>2.Умумий ўт йули кистаси. Умумий ут йули кистаси эхоскопияда суюкликка тулган аниқ чегарали хосила билиниб, унинг умумий ўт йули билан туташганлиги билинади.</p> <p>Белгилар триадаси: эпигастрал сохада хуружли оғрик, ўтиб турувчи сариклик жигар ўнг тарафиди усмасимон хосила билинади.</p> <p>3.Жигар абсцесси. Жигар абсцесси касаллик асорати бўлиб, тана ҳароратининг ошуви билан кечади.</p>	<p>1. <u>Глюкоза</u> 10% - 300,0.</p> <p>Инсулин 7 Ед.</p> <p>Калий хлор 4%-6,0</p> <p>Вена ичига томчилаб эрталаб ва кечкурун.</p> <p>2. <u>Реополлиглюкин</u> 200,0 вена ичига томчилаб ҳар 2 кунда 1 марта.</p> <p>3. <u>Эритроцитлар</u> массаси 200,0 томир ичига томчилаб 1 марта.</p> <p>4. <u>Альбумин</u> 10% -100,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>5. <u>Эхинококкэктомия</u>. Дренаж найчаси колдириш билан.</p> <p>Rp. Sol.Rheopolyglucini 10% - 400,0 D.t.d N 3 in amp.</p> <p>S. по 200,0 в/в кап.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Анал канали атрезияси

**Еши:** 10 соат.

**Тана вазни:** 3 кг 100 гр.

Клиникаси	Ташҳисот			Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув			Интерпретация
1. Чақалок безовта. 2. Вақти-вақти билан йиғлайди. 3. Анал тешиги ўрнида билинар билинмас дуппайган жой бор. Бола кичкирганида буж ой кўпрок дуппаяди. 4. Шу дуппайган жойга бармоқ билан босилганда, худди бўшлиқ бордек туялади, худди эластик мембранани босгандек сезги пайдо бўлади.	Гемоглобин 180 г/л. Эритроцит. $5,9 \times 10^{12}/л$ . Лейкоцитлар $16,8 \times 10^9/л$ .	N- 180-240 г/л N- $5,8-8,0 \times 10^{12}/л$ N- $10-30 \times 10^9/л$ Тахлилларда меъёрий чегарадан чиқиш йўқ.	1. Ванген-стейн усули бўйича рентген тасвир. 2. Пеллер-Ситковский синамаси.	1.Тасвирий рентгенда тери юзаси билан газ туби ўртасидаги масофа 1,8 см.. 2. Пеллер – Ситковский синамасида тахминан 2,0 см. чуқурликдан кейин шприцга газ чикди.	1. Анал тешиги хамда тўғри ичак атрезиясида Вангенстейн усулида газ туби билан тери юзаси ўртасидаги масофа 1,5 см.дан кам бўлади. 2. Тўғри ичак атрезиясида Вангенстейн усулида газ туби билан тери юзаси ўртасидаги масофа 2,5 см. дан кўпрок бўлади.	1. <u>Операцияга тайёрлаш:</u> А. Глюкоза 10% - 30,0 Натрий хлорид 0,9% -30,0 Панангин 2,0 вена ичига томчилаб. Б. Викасол 1% - 0,1 тери остига. В. Реополигюкин 30,0 томир ичига томчилаб. Г. Альбумин 10% -30,0 вена ичига томчилаб. Операция – оралик проктопластикаси Диффенбах-Ленюшкин усулида ўтказилади. Rp.Sol.Albumini 10%-50,0 D.t.d. N 3 in amp. S. по 30 мл. в/и томчилаб.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Анал тешиги атрезияси. Мембранали шакли.

Еши 10 соат.

Тана вазни: 3 кг 100 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Чақалок бир оз безовта.</p> <p>2. Анал тешиги ўрнида ярим тиник мебрана бўлиб, у тери юзасидан сал кўтарилган.</p> <p>3. Бу мембрана тагида «меконий пигментацияси» аниқ билинмокда.</p> <p>4. Хатто меконийнинг ўзи ҳам яққол билинмокда.</p>	<p>Гемоглобин 180 г/л.</p> <p>Эритроцит. <math>5,9 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>Лейкоцитлар <math>16,8 \times 10^9/л</math>.</p>	<p>N- 180-240 г/л</p> <p>N- <math>5,8-8,0 \times 10^{12}/л</math></p> <p>N- <math>10-30 \times 10^9/л</math></p> <p>Тахлиллар меъерий чегарадан чикмаган.</p>	<p>Бошқа текширишларга хожат йўқ.</p>	<p>Ташҳис аниқ.</p>	<p>Хожат йўқ. Чунки объектив кўриш махалида анал тешиги юпка мембранасимон тери билан копланган бўлади.</p>	<p><u>Операцияга тайёрлаш:</u></p> <p>1. Меъдани ювиш.</p> <p>2. <u>Глюкоза</u> 10% - 30,0</p> <p>Натрий хлорид 0,9% - 30,0</p> <p>Викасол 1% -0,1 вена ичига томчилаб хар минутда 10 томчи.</p> <p>3. Rp. Albumini 10%-50,0</p> <p>D.t.d. № 3 in fлас.</p> <p>S. по 30 мл, в/в кап,</p> <p>4. <u>Операция</u></p> <p>мембранали овал кесим воситасида олиб ташланади ва гемостаз.</p> <p>Операциядан кейин бужлаш лозим.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Анал тешиги ва тўғри ичак атрезияси.

**Еши:** 10 соат.

**Тана вазни:** 3000 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1. Анал тешиги анатомик ўрнида анал тешиги йўқ, териси силлик. 2. Оралиқ ўз ўлчамлари буйича кичрайган, роса етилмаган. 3. Пальпацияда думғазга суяклари йўқ.	1. Нв-154 г/л. 2. Эритроцит $5,4 \times 10^{12}$ /л. 3. Лейкоцит. - $4,6 \times 10^9$ /л. 4. ЭЧТ – 10 мм/с. 5. Сийдикда лейкоцитлар – 1,2 кўриш майдонида. 6. Сийдикда оксил – 0,033%.	Қон ва сийдик таҳлилларида патология йўқ.	Вангенштейн усулида тасвирий рентген қилиш.	Ушбу рентгенда анал тешиги ўрнига қуйилган темир предмет билан бек тугаган ичак туби тагидаги хаво пуфаги ўртасидаги масофа 3,0 см.га тенг.	1. Анал канали атрезияси билан. Ушбу патологияда бармоқни итариш симптоми мусбат. 2. Вангенштейн усулида ичак туби ва металл предмет ўртасидаги масофа 2,5 см.дан кам. 2. Анал тешигининг туғма стенозида мембраноз ёки фибриноз торайиши бармоқ билан текширганда маълум бўлади.	1. Оғиз орқали овқатлантириш тухтатилади. 2. Меъда зондлашиб ичидаги суяклик олиб ташланади. 3. Гиперсаливацияни олиш учун тери остига 0,1% - 0,05 мл. ажратиш киритилади.. 4. Ампициллин 300.000 томир ичига (N- 100мг/кг). 5. Глюкоза 5%-15,0 Натрий хлорид 0,9%-15,0 Кокарбоксилаза 25 мг. томир ичига томчилаб. 6. Ромуальди буйича қорин-оралиқ проктопластикаси. Rp.Sol.Atropini sulfatis 0,1- 1 мл. D.t.d № 6 in amp. S.0,5 мл. п/к.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Анал тешиги атрезияси ректовестибуляр оқмаси билан.

Еши: 6 ойлик.

Тана вазни: 5300 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Кин дахлизидан газ ва ахлат чиқади.</p> <p>2. Ичи тез-тез келмай, яъни юришмай қолади.</p> <p>3. Ахлат чиқариш маҳалида кучаниб, йиғлайди. Бу пайти кучаниш зўридан кизариб кетса ҳам ахлат озгина, лентага ухшаб чиқади.</p> <p>4. Кўпинча оқма тешиги тозаланганидан кейин ахлат яхши келади.</p> <p>5. Анал тешиги ўз жойида йўқ.</p>	<p>1. Гемоглобин – 96 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар – <math>2,6 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>3. Лейкоцитлар – <math>11,4 \times 10^9/л</math>.</p> <p>4. Сийдикда лейкоцитлар – кўриш майдонида 12-15 дона.</p> <p>5. Сийдикда оксил 0,066%</p>	<p>1. Гипогемоглобинемия (N- 116 -129 г/л).</p> <p>2. Эритроцитопения (N- <math>4,6 \times 10^{12}/л</math>).</p> <p>3. Лейкоцитоз (N- <math>6,8 \times 10^9/л</math>).</p> <p>Лейкоцитурия (N- 1-2 кўриш майдонида).</p> <p>4. Протеинурия (N-0,033%)</p>	<p>1. Оқма тешигидан зонд киритиб, унинг узунлигини аниқлаш.</p> <p>2. Оқмадан контраст юбориб, унинг ва ичак холатини аниқлаш.</p>	<p>1. Зонд оқма каналидан 1,5 см. га бемалол ўтиб, тўғри ичакка тушади.</p> <p>2. Контраст модда оқма каналини тўлдириб, тўғри ичакка тушган. Оқма узунлиги 1,5 см.</p>	<p>1. Анал тешиги атрезияси тўғри ичак-уретра оқмаси билан.</p> <p>2. Анал тешиги атрезияси ичак – қовуқ оқмаси билан.</p> <p>1. Тўғри ичак – уретра оқмасида уретрадан газ ва суюқ ахлат чиқади. Юқорига кўтарилиб уретрограммада контраст модда тўғри ичакка утади. Уретроскопияда оқма тешиги билинади..</p> <p>2. Ичак-қовуқ оқмасида сийиш, маҳалида сийдик тўғри ичакка чиқади. Цистоскопияда оқма тешиги атрофии кизарган.</p>	<p><b>1. Консерватив даволаш:</b></p> <p><b>1. Хафта давомида:</b></p> <p>А. Оқма канали тор бўлганда мегаколон бўлмаслиги учун уни бужлаш.</p> <p>Б. Глюкоза 10% - 50,0</p> <p>Натрий хлорид 0,9% - 50,0.</p> <p>Аскорб. к-та 5% - 0,5 томир ичига томчилаб кунига 2 марта.</p> <p>Реополиглюкин 50,0 томир ичига ҳар 3 кунда 1 марта.</p> <p>Альбумин 10% - 50,0</p> <p>Томир ичига томчилаб ҳар 3 кунда 1 марта.</p> <p>Rp. Amicacini 0.5</p> <p>D.t.d N 6.</p> <p>S. 150.000 бирликдан 4 марта м/о.(N-100 мг/кг).</p> <p><b>2. Операция</b> – Стоун-Бенсон-буйича проктопластика.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Пиелоуретрал сегмент стенози унгдан. Гидронефроз III даражаси.

Еши: 5 еш. Тана вазни: 18 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Белининг ўнг тарафида, корнинг ўнг тарафида увишган, сим-сим оғрик. Вақти-вақти билан кучаяди.</p> <p>2. Караб кўрилганида корнинг ўнг тарафида озгина асимметрия билинади.</p> <p>3. Пальпацияда қорин ўнг тарафида 10,0 x 6,0 см катталиқдаги, мухити сал эластик, кам оғрикли хосила кўлга уннайди. Хосила ҳаракатчан эмас. Бемор чап ёнбошига ётганида ҳам хосила ўз жойида қолаверди.</p>	<p>1. Гемоглобин 108 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 4,1 x 10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар 5,2 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. Умумий оксил 71,2 г/л.</p> <p>5. Сийдикда: лейкоцитлар – 5-6 кўриш майдонида. Эритроцитлар йўқ.</p> <p>6. Зимницкий синамасида миқдори 1 л. 250 мл. Нисбий зичлиги 1007-1024.</p>	<p>1. Гипогемо глобинемия (N-120 -140 г/л).</p> <p>2. Гипопротеинемия (N –56- 80 г/л).</p> <p>3. Лейко-цитурия (N-1-2 кўриш майдонида).</p>	<p>1. Ультратовуш текшируви</p> <p>2. Тасвирий рентген.</p> <p>3. Экскретор урография</p> <p>4. Ультратовуш эхопиелоскопия.</p>	<p>1. УТТ да унг буйрак 12,4 x 5,6 см. бўлиб, косачалари кенгайган. Буйрак жоми 4,5 x 2,1 см. кенгайган, унинг пастки қисми ёйлашган. Паренхима қалинлиги 1,2-1,6 см.</p> <p>2. Тасвирий рентгенда унг буйрак ўлчамлари чапига қараганда катта.</p> <p>3. Экскретор урографияда унг буйракнинг косачалари юмалоқлашган, форникал тизими бузилган, буйрак жоми тухумсимон кўринишга эга. Сийдик найи ўнгдан кўринмайди.</p>	<p>1. Буйрак усмасида макрогематурия бўлиб, ультратовушда эхопозитив зона аниқланиб, буйрак паренхимасидан фаркланади. Экскретор урограммада буйрак косача – жом тизими деформациялашган ва бир томонга сурилган.</p> <p>2. Буйрак поликистозиди эса экскретор урограммада сояланган аниқ чегарали учоклар кўриниб, косачалар ёйсимон, уроксимон деформациялашган.</p>	<p>1. <u>Операция:</u> Пиелоуретрал сегментнинг 1,0 масофадаги стенозга учраган қисми қирқиб олиниб, буйрак жоми резекция қилиниб, сийдик найи ва буйрак жоми уртасида кенг анастомоз бажарилди. Операциядан кейинги даволаш:</p> <p>1. Амикацин 500.000 бирликдан 4 маҳал ичишга. (80-100 минг Б/кг).</p> <p>2. 5-НОК 50 мг.дан 3 маҳал ичишга. (10 мг/кг)</p> <p>3. Поливитамин 1 др. 1 маҳал.</p> <p>4. Буйракдаги дренаж найчасини ювиш.</p> <p>S.Tab.Nitroxolini 0,05 N 50 D.S. 1 таб. x 3 маҳал.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гипоспадиянинг ёрғоқ шакли. Меатостеноз

Еши: 1 ёш.

Тана вазни: 9 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Сийдик оқими ингичка, аммо сачраб чиқади.</p> <p>2. Уретра тешиги ерғокнинг ўртасига очилган, кичкина, нуктадек.</p> <p>3. Олат вентрал тарафга эгилиб, вергул шаклини олган.</p> <p>4. Олат вентрал тарафида уни эгиб турувчи хорда тортмоғи аниқ билинапти.</p> <p>5. Кертмак варақлари олат танаси дорсал тарафида бор, олат бошини тўлик епмайди.</p> <p>Ерғокда икки уруғдан ҳам бор.</p>	<p>1. Гемоглобин 114 г/л.</p> <p>2. Эритроцит. <math>4,8 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>3. Лейкоцит. <math>5,6 \times 10^9/л.</math></p> <p>4. Сийдикда лейкоцитлар 8-10 в поле зрения.</p>	<p>1. (N-116-146 г/л).</p> <p>N- <math>4,6 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>N - <math>6,5-13 \times 10^9/л</math></p> <p>Лейкоцитурия (N-1-2 кўриш майдонида).</p>	<p>1. Ультратовуш текшируви.</p> <p>2. Урофлоуметрия.</p>	<p>1. УТТда ковок девори қалинлашган (0,5) см.</p> <p>Ковук максимал хажми 70,0 мл. Қолдик сийдик – 15,0 мл.</p> <p>Хулоса: Сийдик оқими тусиққа учраяпти.</p>	<p>1. Қайси жинсга тегишли эканлигини катъий аниқлаш:</p> <p>А. Жинсий хроматин.</p> <p>Б. Хромосомалари.</p> <p>1. Генетик жихатдан ХУ хромосомалари аниқланади.</p> <p>2. Гипоспадиянинг бошқа шакллари.</p> <p>Гипоспадиянинг бошқа шаклларида уретра тешиги ёрғоққа эмас, балки олат танасига очилади.</p>	<p>1. <u>Уч босқичли операция:</u></p> <p>А. Олатни ростлаш ва меатотомия.</p> <p>Б. Уретропластика Дюплей бўйича.</p> <p>В. Гипоспадия тешигини неоуретра билан туташтриш.</p> <p>2. Бир босқичли операцияни ҳам қўллаш мумкин.</p> <p>Rp.Sol.Analgin 50%- 1 мл.</p> <p>D.t.d N 6 in ampull.</p> <p>S.0,2 мл. при болях.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ковук экстрофияси.

**Еши:** 3 кунлик.

**Тана вазни:** 3 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Ковук усти соҳасида кип-қизил усмасимон хосила бор. Унинг пастки қисмида иккита кичкина тешиқдан тиник сийдик чиқмоқда. Уретранинг дорсал девори ҳам ўртасидан булинган. Усмасимон хосиланинг атроф териси кизарган. Олат усмасимон хосила тарафга тортилган.	Лейкоцитлар $-9,8 \times 10^9 / \text{л}$ . ЭЧТ (эритроцитларнинг чўқиш тезлиги – 18 мм/соат. Гематокрит – 52%.  Сийдикда лейкоцитлар-8-9 .	(N-9-12x10 <sup>9</sup> /л).  ЭЧТ ошган (N-1-4 мм/соат).  гемоконцентрация (N-49%).  лейкоцитурия N- 1-2	Тос соҳасининг тасвирий рентгени      Юқори сийдик йўларининг ультрато-вущдаги тахлили.	Тасвирий рентгенда симфиз оралиги 6,3 см.   Ультратовушда текширувида буйрак ва сийдик йулларида патология топилмади.	Хожат йўқ.	1. Глюкоза 5%-15,0. Натрий хлорид 0,9%-15,0. Аскорб.к-та 5% - 0,2 вена ичига томчилаб. 2. Викасол 0,1 тери остига. 3. Реополиглюкин 30,0 вена ичига томчилаб. Rp. Sol.Rheopolyglucini 10% - 200,0 D.t.d N 1 in flac. S. по 30,0 в/и томчилаб. 4. Операция – ковук пластикаси. Симфизни бири-бирига келтириш.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг буйракнинг тўлиқ иккиланиши. Юқорида жойлашган буйракнинг рефлюксли уретерогидронефрози. 4 даража.

**Еши:** 5 еш.

**Тана вазни:** 20 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Боланинг тез-тез сийиши. Сийдик ранги сал лойқа.</p> <p>2. Сийиш махалида корнининг ўнг тарафида оғрик пайдо бўлади.</p> <p>3. Гохида сийдик ранги кизғимтир ҳам бўлади.</p> <p>4. Баъзан тана ҳарорати 38,5<sup>0</sup> гача кўтариллади.</p> <p>5. Тана ҳарорати кўтарилганда бола холсизланади.</p>	<p>1. Гемоглобин 109 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 3,2 x 10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар 16,9 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. ЭЧТ – 20 мм/соат.</p> <p>5. Умумий оксил – 54 г/л.</p> <p>6. Сийдикда лейкоцитлар 12-15 кўриш майдонида.</p> <p>7. Сийдикда оксил 0,099%.</p> <p>8. Сийдикда эритроцитлар 5-6 кўриш майдонида.</p>	<p>1. Анемия. Нв-N- 120-140 г/л</p> <p>Эритроцитлар N-4,5-5,0x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>2. Лейкоцитоз. Лейкоцитлар N-6,5 -13x10<sup>9</sup>/л.</p> <p>3. ЭЧТ ошуви. ЭЧТ N-2-10 мм/соат.</p> <p>4. Гипопротеинемия. Оксиллар N – 56-80 г/л.</p> <p>5. Лейкоцитурия. Лейкоцитлар N – 1-2 кўриш майдонида.</p> <p>6. Протеинурия. Оксиллар сийдикда- 0,033%.</p> <p>7. Эритроцитурия. Эритроцитлар сийдикда – 0.</p>	<p>1. Юқори ва пастки сийдик йўлларида ультратовушда сканирлаш.</p> <p>2. Тасвирий урография.</p> <p>3. Эскретор урография.</p> <p>4. Микцияли цисто-уретрограмма.</p> <p>5. Радио-изотопли сканирлаш.</p>	<p>1. УТ сканирлашда ўнг буйрак иккиланган, юқоридагисининг паренхимаси 0,2-0,3 см. 5,2x3,4 см. бўлиб, ичида сал соя берувчи суюқлик бор.</p> <p>2. Тасвирий рентгенда унг буйрак сояси чапига қараганда каттарган.</p> <p>3. Эскретор урографияда унг пастки буйрак яхши ифодаланган, юқоридагисиди эса жами кенгайиб, юмалоқлашган, аммо контраст модда аниқ кўринади.</p> <p>4. Микцияли фистоуретро-граммада уретерогидронефроз 4 даражаси. Юқори буйрак ва сийдик найи шундай узгарган.</p> <p>5. Радиозотоп сканирлашда унга, юқорида жойлашган буйракда изотоп мутлақо тупланмаган.</p>	<p>1. Гидронефроз. Гидронефрозда контрастли рентген тасвирида сийдик найи кенгаймаган.</p> <p>2. Ўнг сийдик найи пастки қисми дисплазияси. Ўнг сийдик найи пастки қисми дисплазиясида контрастли рентгенда сийдик найи кенгайган, бироқ цистоуретрограммада контраст модда сийдик найига чиқмайди.</p> <p>3. Сурункали пиелонефрит. Сурункали пиелонефритда эскретор урограммада буйрак косача-жом тизимида фақат форникал аппарат ўтмаслашади.</p> <p>4. Сурункали цистит. Циститда сийдик найларида узгариш аниқланмайди.</p>	<p><u>1. Операциядан олдин:</u></p> <p>А. Аугментин 375 мг. дан 3 маҳал ичишга. (50 мг/кг).</p> <p>Б. 5-НОК 50 мг. дан 4 маҳал, овқатдан кейин. (N-10 мг/кг)</p> <p>В. Поливитамин 1 др. 1 маҳал</p> <p>Г. Глюкоза 10% - 200,0</p> <p>Натрий хлорид 0,9% - 200,0</p> <p>Аскорб.к-та 5% -2,0</p> <p>Вена ичига томчилаб кунига 2 маҳал.</p> <p>Д. Гемодез 100,0 вена ичига томчилаб, хафтада 2 марта.</p> <p>Е. Реополиглюкин 100,0 хафтада 2 марта.</p> <p>Ж. Альбумин 10% -100,0 хафтада 2 марта.</p> <p>З. Ретаболит 1,0 1 марта хафта бошида.</p> <p><u>2. Операция – ундан гемууретероэктомия.</u></p> <p>Rp.Sol.Retabolini 5%-1.0 D.t.d. N 3 in ampul.</p> <p>S.1 мл. хафтада 1 маҳал.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гипоспадиянинг тана шакли. Меатус стенози.

Еши: 1 еш.

Тана вазни: 9 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Уретранинг ташки тешиги олат танасининг ўрта қисмида.</p> <p>2. Олат вентрал юзасига томон эгилган.</p> <p>3. Олат кертмаги танасининг дорсал тарафида бор, вентрал тарафида йўқ.</p> <p>4. Уретра ташки тешиги кичкина, худди нуктага ухшайди.</p> <p>5. Сийдик оқими жуда ингичка.</p>	<p>1. Гемоглобин – 90,4 г/л.</p> <p>2. Эритроцит. <math>-3,3 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>2 Сийдикда лейкоцитлар – 7-8 кўриш майдонида.</p>	<p>Анемия белгилари. (Нв-N116-129 г/л).</p> <p>Эритроцитлар <math>N-4,6 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>Лейкоцитурия (N- 1-2 кўриш майдонида)</p>	<p>1. Юқори ва пастки сийдик йулларини ультратовушда сканирлаш.</p> <p>2. Урофлоуметрия – 6,8 мл/сек.</p>	<p>Ультратовуш сканирлашда патология топилмади</p> <p>Урофлоуметрия кўрсаткичи пасайган.</p>	<p>Пениал гипоспадиянинг бошқа шакллари билан. Гипоспадиянинг бошқа шаклларида гипоспадия тешиги олат танасига эмас, балки ёрғоқда ораликка ёки олат коронар эгатида очилади.</p>	<p><u>Уч босқичли операция:</u></p> <p>А. Олатни ростлаш ва меатотомия.</p> <p>Б. Уретропластика.</p> <p>В. Гипоспадия тешигини неоуретра билан бириктириш операциядан кейин:</p> <p>1. Аугментин 0,30 дан 3 марта. (100 мг/кг).</p> <p>2. <u>Анальгин 50%</u> -0,2 мл. безовта булганда.</p> <p>3. Фурадонин 30 мг.дан 3 марта (100 мг/кг).</p> <p>4. <u>Ковукни доимий ювиш.</u></p> <p>Rp.Sol.Analgini 50%-1 ml.</p> <p>D.T.D N 6 in amp.</p> <p>S. 0,2 мл. оғриқда.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Туғма калта қизилунгачдан қон кетиш.

Еши: 2 еш.

Тана вазни - 8 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Туш суяги остида оғриқ. Бемор кофе куйқасидек қусаяпти.</p> <p>2. Беморнинг умумий ахволи ўрта оғирликда.</p> <p>3. Бола анча озган.</p> <p>4. Териси оқарган, юмшоқ эмас, тери ости ёғ қавати ривожланмаган.</p> <p>5. Юрак тонлари тиниқ эмас, буғиклашган, тахикардия.</p> <p>6. Бемор гохида ютишда қийналади, 5-6 марта ютиниб олади.</p> <p>7. Гохида қалқийди.</p> <p>8. Овқат хазм бўлиши бузилган.</p> <p>9. Ахлат ранги қоп-қора.</p>	<p>1. Нв 75г/л (N- 120-140 г/л).</p> <p>2. Эр-<math>2,1 \times 10^{12}</math>/л (N- <math>4.5-5.0 \times 10^{12}</math>)</p> <p>3. Ранг курсаткичи - 0,7 (N- 0.9-1.0).</p> <p>4. Гемато-крит – 24 хажм % (N- 45 хажм %).</p> <p>5. Ахлатида жуда кўп эритмалар.</p> <p>6. Кизилунгач рН-метрияси – 8,3 (N- 6.5 – 7.5)</p>	<p>Геморрагик анемия 2 даражаси.</p> <p>Меъда – кизилунгач рефлюкси.</p>	<p>Эзофагоскопияда – кизилунгач дистал қисмида меъда шиллиқ қавати аниқланиб, у эрозияланган, фибрин билан қопланган, баъзи жойларида чақаланган, яра жойлари бор. Шу жой шиллиқ қавати салга қонаяпти.</p> <p>Қизилунгач пастки учдан бири торайган, айниқса шу жойида қонаш кўп.</p> <p>2. Контрастли рентген текширишда изилунгач пастки учдан бири торайган.</p> <p>3. Тренделенбург ҳолатида – контраст модда меъдадан қизилунгачга қайтапти.</p>	<p>Бу ўзгаришлар меъда ширасининг қизилунгачга таъсири оқибатидир.</p>	<p>1. Параэзофагеал чурралардан – рентгенконтрастли текширишда меъданинг бир қисми диафрагма устида жойлашиб, у кенгайган.</p> <p>2. кизилунгач стенози – унинг дастлабки белгилари болага кўшимча овқат берилганида пайдо бўлади. Эзофагоскопияда эса кизилунгач шиллиқ қавати ўзгармаган. Контрастли текширишда торайган жой аниқ кўринади.</p>	<p><b>1. Консерватив даволаш.</b></p> <p>А. Ярим утирган ҳолат берилиб, овқат кам-кам, аммо тез-тез берилади.</p> <p>Б. Гемостатик терапия: Викасол 0,5 мл. м/о. Вит.В1 – 6% -0,3 т/о. Аминокапрон.к-та 5% - 20,0 томир ичига, томчилаб.</p> <p>В. Ранитидин 50 мг. 2 маҳал.</p> <p><b>2. Хирургик даво –</b> фундопликация. Ниссен еки Каншин бўйича бажарилади, кўшимча пилоропластика.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл - 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Қизилунгчанинг куйиши.

Еши: 4 еш.

Тана вазни 10 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Бола 17 кун аввал каустик сода ичган.</p> <p>2. 7 кун давомида токсикология марказида ётиб даволанган.</p> <p>Шикоятлари:</p> <p>3. Ютинганда оғриқ бор, сулаги оқади. Овқат луммасини ютаётганда гоҳида қийналиб қолади.</p> <p>Иштахаси паст, дармонсизлик.</p> <p>4. Умумий ахволи оғир, териси ранглар, ёпишқок тер билан қопланган. Тана ҳарорати 38,0<sup>0</sup>С.</p> <p>5. Юрак тонлари бўғик, томир уриши бир дақиқада 120 марта.</p> <p>6. Нафас олиши тез-тез.</p> <p>7. Пальпацияда эпигастрал соҳада оғриқ бор.</p>	<p>Умумий қон тахлили:</p> <p>Нв-95 г/л.</p> <p>Эр. 2,8x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>Лейкоцитлар 15,0 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>ЭЧТ-15 мм/с</p>	<p>1. Анемия.</p> <p>2. ЭЧТ тезлашган.</p> <p>3. Лейкоцитоз.</p>	<p>1. Эзофагоскопия.</p> <p>2. Кизилунгачни контрастли текшириши.</p>	<p>1. Қизилунгач шиллиқ қавати анча қизарган, шишган.</p> <p>2. У баъзи жойларда йўқ. Урнида яра бор. Эзофагоскоп тубуси 7 см. дан сунг нарига утмайди.</p> <p>Рентгеноскопияда эса контраст модда иккинчи физиологик тораймада тухталиб, кейин ингичка оқим билан меъдага ўтади.</p>	<p>1. Туғма қалта қизилунгач. Қизилунгачни контрастли текширганда меъда бир қисми курак қафасида куринади. Эзофагоскопда қизилунгачнинг пастки қисмида шиллиққавати борлиги аниқланади.</p> <p>2. Қизилунгач аҳалазияси. Бу касалликда қизилунгач кардияси торайган бўлиб, у ердан контраст модда ингичка йўл ҳосил қилиб утади.</p> <p>Юқорисида эса контраст тўпланиб қолади.</p>	<p>1. <u>Мунтазам равишда симптоматик даволанади.</u></p> <p>1. Глюкоза 10%-200,0 Калий хлор 4% - 8,0 Биргаликда томирга томчилаб 2 марта куйилади.</p> <p>2. Натрий хлорид 0,9% - 200,0 Аскорб.к-та 5% - 1,0 биргаликда томир ичига томчилаб 2 марта куйилади.</p> <p>3. Но-шпа ½ табл. 2 маҳал.</p> <p>2. <u>Операция олди таёргарлиги.</u></p> <p>1. Беморни овқатлантириш учун аввал гастростома куйиб ип оркали бужланади.</p> <p>3. <u>Қизилунгач пластикаси.</u></p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Жигарнинг ёпиқ шикастланиши.

**Еши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 20 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Унг қовурға тагида оғрик.                  2. Оғрик унг елка устига бериляпти. (Френикус симптом).                  3. Оғрик чуқур нафас олганда ва ҳаракатда кучаяпти.                  4. Ўнг қовурға ёйи устида конталаш ва териси сидирилган.                  5. Бемор уқичиб кусаяпти.                  6. Боланинг ранги оқарган.                  7. Қориннинг ўнг соҳаси нафас олишда иштирок этмаяпти.                  8. Ўнг қовурға ёйига қўл қафти билан уриб қурилса, қаттиқ оғрик буляпти. (Крюков-Ортнер симптоми).                  9. Қорин ўнг юқори томонида Щеткин-Блумберг симптоми ижобий.</p>	<p>1. Гемоглобин – 100 г/л.                  2. Эритроцитлар <math>3,8 \times 10^{12}/л</math>.                  3. АЛТ-3,0 ммоль/л.                  4. АСТ-2,5 ммоль/л.                  5. Гематокрит – 32%.</p>	<p>1. Гипогемоглобинемия (N 148 г/л).                  2. Эритроцитопения (N <math>5,2 \times 10^{12}/л</math>).                  3. Ферментлар ошуви (N-АЛТ-0,48 ммоль/л; АСТ -0,36 ммоль/л.                  4. Гематокрит камайган (N 35%).</p>	<p>1. Қорин бўшлиғининг тасвирий рентгени.                  2. Жигарни эхосканирлаш.                  3. Лапароскопия.</p>	<p>1. Тасвирий рентгенда жигар сояси гомогенлашган. Шу тараф диафрагмаси кутарилган.                  2. Жигарни эхосканирлаш.                  3. Лапароскопия.</p>	<p>1. Талок ёрилиши. Бу ҳолда бемор чап енбошга етиб олиб, шу ҳолатни узгартирмайди.                  2. Меъда ости беши шикастланганда қонда диастаза ошади (N 8 бирликкага).                  3. Ковак аъзолар жароҳатида эркин газ чиқиш ҳисобига рентген тасвирда жигар устида, диафрагма тагида уроксимон шаклда эркин газ қуринади.                  4. Унг буйрак шикастланганида УТТ да унинг улчами кенггаяди. Экскретор урографияда контраст буйракдан ташқарига чиқади.</p>	<p>1. Унг қовурға ёйи устига совук босилади.                  2. Агар шок булса, шока Карши даволар қулланади. Ушбу касални эса диққат билан кузатиш керак.                  3. Глюкоза 10%-100,0 томир ичига (N 10 мл/кг).                  4. Амикапрон к-таси 20,0 томир ичига, томчилаб (5% ли эритмаси - 1 мл/кг).                  5. Кальций хлорид 10% - 5,0 вена ичига (N- 1,0 /год).                  6. Натрий хлорид 10% - 5,0 вена ичига (N- 1,0/ год).</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чапдан чов чурраси.

**Еши:** 6 еш.

**Тана вазни:** 25 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоят: Чап чов соҳасида дуппайиши бўлиб, жисмоний зўриқиш маҳалида қаттаради. Чап чов соҳасида 4,0 x 4,0 см. қатталикда ҳосила бўлиб, мухити эластик. Ҳосила босилса, қорин бўшлиғига эркин тўғриланяпти. Тўғрилаш маҳалида «қуриллаш» эшитилапти. Ташқи чов канали тешиги кенгайган, бемалол жимжилок учи қиряпти. Бемор йўталганда «Туртки» белгиси аниқ билинмоқда.</p>	<p>Нв-154 г/л. Эритроцит 4,8x10<sup>12</sup>/л. Лейкоцит. – 3,9 x 10<sup>9</sup>/л. Умумий оксил – 72 г/л. Сийдикда лейкоцитлар йўқ. Эритроцит-лар йўқ.</p>	<p>Қон ва сийдик таҳлилида патология йўқ.</p>	<p>Зарурият йўқ.</p>	<p>Зарурият йўқ.</p>	<p>1. Уруғ тизимчаси кистаси киста бўлса усмасимон ҳосила қаттик эластик мухитли бўлиб, қорин бўшлиғига тўғриланмайди. Чов канали ташқи тешиги қаттармаган. Кистанинг пастки ва юқори қутби аниқ билинади. Чов соҳаси лимфаденити оғриқли бўлиб, қаттик консистенцияли, тана ҳарорати ҳам ошган бўлиши мумкин. Ҳосила қорин бўшлиғига тўғриланмайди. Маҳаллий ҳарорати ошган.</p>	<p>Чов соҳасида кесиш билан чурра баргараф этилади, Ру-Краснобаев усулида операция бажарилади.</p>
100% - 2	2	2			2	2
50% - 1	1	1			1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0			0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Мекониал илеус.

**Еши:** 3 кун.

**Тана вазни:** 2,500 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
- Умумий ахволи ўрта оғир. - Шикояти, қусишга аввал ўтли, сўнг (3 кундан) ахлатли. - Бола холсиз, териси – рангпар. - Тана ҳарорати 38-39 <sup>0</sup> С гача. - Қорни катта, қорин олд деворида таранглашган, ичаклар контури кўриниб турибди. - Пайпаслаганда колбасасимон хосила аниқланади. - «Лой симптоми» мусбат	Умумий қон таҳлили: Нв -150 г/л. Эр. - 4,9 Гематокрит – 49. Умумий белок -51 г/л.	Сувсизланиш натижасида гемоконцентрация кузатилади. Гипопротеинемия.	1. Қорин бушлиғи обзор рентген тасвири.  2. Ирриго графия.	Ичак қовузлоқлари кенгайган ва ҳар хил катталиқдаги горизонтал сатхлар аниқланади.  2. Йўғон ичакнинг (жуда) кескин торайганлиги аниқланади.	Паралитик ичак тутилиши.  Гиршпрунг касаллигининг ўткир шакли.	А. Операция олди тайёргарлиги (12-24 соат) 1. 10% глюкоза эритмаси. 2. Альбуминтрансфузия. 3. Антибиотиклар.  Б. Операция – Микулич усулида.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ярали энтероколит сабабли ривожланган перитонит (перфорациясиз).

**Еши:** 24 кунлик.

**Тана вазни:** 3,5 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>- Энтероколит фонида перитонеал белгилар ривожлана бошлайди.</p> <p>- Ахлати кам-камдан келади, шиллик билан.</p> <p>- Газ ажралиши яхшимас.</p> <p>- Корни шишиб таранглашади.</p> <p>- Умумий ахволи оғир.</p> <p>- Тери оқ-кулранг тусда.</p> <p>- Кориннинг пастки қисми, ёрғоқ шиш, терисининг ялтираши, баъзан кизариши кузатилади.</p> <p>- Қоринни пайпаслаш, асосан чуқур пайпаслаш безовталик чақиради.</p> <p>- Перкуссияда – қорин пастки қисмида тумтоқлашиш эшитилади.</p> <p>- Перистальтика шовқини жуда суст, ва перитонит белгилари зурайган сайин суниб боради.</p>	<p>Умумий қон тахлили.</p> <p>Қон биохимик тахлили.</p> <p>Пешоб умумий тахлили</p>	<p>Лейкоцитоз 30-40 минггача, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, оғир холларда нейтрофилларнинг токсик донаторлиги кузатилади.</p> <p>Ht – 40% дан юқори.</p> <p>Гипохлоремия.</p> <p>Гипокалиемия.</p> <p>Пешобда – оқсил 0,066%, янги эритроцитлар 7-10 гача .</p> <p>Лейкоцитлар 10-30 гача.</p>	<p>Қорин бушлиғи аъзолари обзор рентген тасвири.</p>	<p>Ичак деворлари соясининг қалин лашуви ва ичак девори пневматози белгилари кузатилади.</p>	<p>1. Асоратлашмаган ярали некротик энтероколит.</p> <p>2. Бирламчи перитонит.</p> <p>3. Туғма ичак тутилиши.</p> <p>4. Гиршпругн касаллиги-нинг ўткир тури.</p>	<p>А. Консерватив даво чоралари.</p> <p>1. Оптимал ҳарорат ва намликни таъминлаш (кувезга жойлаштириш).</p> <p>2. Антибактериал даво.</p> <p>3. Дезинтоксикацион, дегидратацион даво.</p> <p>4. Парентерал озиклантириш кўрсатма асосида.</p> <p>5. Перидурал оғриксизлантириш.</p> <p>6. Нам кислород бериш.</p> <p>7. Меъдага зонд қўйиш.</p> <p>8. Физioterapia. (УВЧ).</p> <p>Б. Оператив даво – лапаротомия, қорин бўшлиғи аъзолари ревизияси, санацияси, дренажлаш ва антибиотик киритиш учун микроирригатор колдириш.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						



**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Корин оқ чизиғи чурраси.

**Еши:** 6 еш.

**Тана вазни:** 22 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бемор шикоят: киндик ва ханжарсимон ўсимта оралиғида усмасиммон хосила борлиғига – кўрилганда киндик ва ханжарсимон усимта оралиғи қориннинг ўрта чизиғида усмасиммон хосила чиқиши. Пальпацияда силлиқ ва эластик бўлиб енгил оғриқ бўлади. - Чуррани босиб кўрилганда хосила йўқолмайди, лекин бир оз камаяди.	Умумий қон тахлили: Нв-120 г/л. Эритроц. $3,5 \times 10^{12}/л.$ СОЭ – 5мм/ч. Умумий сийдик анализи: Ранги – оч сариқ Зичлиги -1012 Оқсил -abs Л.-1-2. Эр.-0 Умумий ахлат анализи: Ранги- жигар ранг Л. abs Эр. abs Гижжа тухуми - abs	Касалликга хос лаборатория анализлари қон, ахлат ва сийдикда ўзгаришлар бўлмайди.	Зарурияти йўқ.	Зарурияти йўқ.	1. Қорин мускуллари – диастазаси, корин олди девори, Туғма нуксони булиб, ханжарсимон усимта ва киндик оралиғида корин ўрта чизиғида 1,5-2 см. гача хосила зўрикқанда пайдо бўлади. 2. Параумбликал сохада жойлашган корин ўрта чизиғи чурраси билан қиёсий ташхисланади. Киндик халкасида апоневрозда битмаганлигидан халкада хосила пайдо булади. Пальпацияда халка аниқланади. Хосила усти териси жуда юпкалашган кўринади.	Режали равишда операция – (сиқилган холатидан холи).
100% - 2	2	2			2	2
50% - 1	1	1			1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0			0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Туғри ичакнинг полипи.

**Еши:** 3 года.

**Тана вазни:** 14 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Дефекация (сунг) охирида оч-қизил рангли қон ажралади. Баъзан полип анусдан чиқиб қолади, бу оғрик чақирши мумкин. Қон бир неча томчи тушиши мумкин.	Ум.қон тахлили Нв- 92 г/л. Умумий ахлат тахлилида – янги узгармаган эритроцитлар	Давомли кам-камдан қон йўқотиш сабабли анемия ривожланади. Бу ахлат массасининг полипни шикастлаши натижасида рўй беради.	Бармокли ректал курув Ректороманоскопия.	Анал тешигида 5-6 см. ичкарида полип пайпасланиши мумкин.  Анусдан 5-10 см. гача ичкарида жойлашган, девори эрозив узгарган полипларни кўриш мумкин	Геморрой – орқа чиқарув тешиги атрофида кичишиш, ахлат охирида веноз – тўқ рангли қон ажралиши. Туғри ичак ёрилиши (таркалиши) да, курувда бурмалар орасида ёрилиш топилади. Пролапсусда чиқиб қолган туғри ичак шиллик кавати ўз-ўзича еки врач ёрдамида туғриланади.	Полип ректал ойна еки ректороманоскопия ёрдамида электрокоагуляция еки полб оёқчасидан боғлаб кесиб олиш ёрдамида олиб ташланади.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Пилоростеноз.

Еши: 2 hafta.

Тана вазни: 3.600.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Овқатлантирилгандан сўнг фонтансимон қушиш.</p> <p>- Қусуқ ачиган хидли ивиган сутдан иборат.</p> <p>- Вазнининг камайиб бориши.</p> <p>- Сийшининг камайиши.</p> <p>- Эксигоз зўрайиб боради.</p> <p>- Эпигастрия қаппайиб кўринади.</p> <p>- Катта лиқилдок ботиб киради.</p> <p>- Умумий ахволи прогрессив оғирлашиб боради.</p> <p>- «Қум соат» симптоми кузатилади.</p>	<p>Умумий қон тахлими.</p> <p>Нв-152 г/л.</p> <p>Коагулограмма.</p> <p>Нт - 47.</p> <p>Биохимия.</p> <p>Сl-13,0</p> <p>К-1,0</p>	<p>Қонда сув – электролит ва кислота – ишқор мувозанатининг бузилишини кўрсатувчи ўзгаришлар кузатилади.</p> <p>Алкалоз.</p>	<p>Барий сульфат билан рентгенография.</p> <p>ФЭГДС.</p>	<p>1. 20 дақиқадан сўнг меъданинг сегментли қисқариши кузатилсада, 12 бармоқ ичакка эвакуация бўлмайди. Ен тасвирда торайган пилорик канал кўринади. 3-6 соатда ҳам контрастнинг меъдада туриб қолганлиги аниқланади.</p> <p>2. ФЭГДС да, меъда антрал қисми кенгайган бурмалари купайган. Пилорик канал кескин торайган.</p>	<p>Пилораспазм – меъдадан контраст эвакуацияси бузилмаган. Атропин ёрдам беради 2-3 соатга. Адреногенитал синдромда - қушиш ўт аралаш булади, эвакуация бузилмаган.</p>	<p>1. <b><u>Операция олди тайёргарлик.</u></b></p> <p>S. Glucosae 5 % -40,0</p> <p>S.KCl 4% - 2,0 в/и</p> <p>Ac. Ascorbinici – 0,5 в/и</p> <p>S.Reopoliglucini 40,0 в/и.</p> <p>2. <b><u>Операция – Фреде-Рамштедта.</u></b></p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Диплококкли перитонит.

**Еши:** 6 еш.

**Тана вазни:** 20 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Шикояти қорин оғриги, айниқса пастки қисмида оғриқ тўсатдан ва бирданига бошланди. Тана ҳарорати 39-40 <sup>0</sup> С гача кўтарилди. Бола безовта, лекин холсиз. Териси оқарган, кўзлари ялтирайди. Тили қуруқ, оқ қараш билан қопланган.	1.Нв-110 г/л. 2. Эритроцит. 3,2 x 10 <sup>12</sup> /л. 3. Лейкоцит. 18,0 x 10 <sup>9</sup> /л. 3. ЭЧТ – 25 мм/с.	1. Анемия. 2. Лейкоцитоз. 3. ЭЧТ излашган. 4. Лейкоцитурия. 5. Протеинурия.	Лапароскопия.	Лапароскопияда қорин парда қалинлашиб, қизарган. Қорин бушлиғининг чека жойларида йиринг бор. Бу йиринг ипга ўхшаб чўзилувган. Чувалчанг-симон усимта узгармаган.	Уткир аппендицитда – перитонеал белгилар жуда кеч пайдо булади. Тана ҳарорати тез ва бирданига кутариш билан бошланмайди	Аввал консерватив даволаш. S.Glucosae 5% - 300,0 S.Insulini 6 ЕД (бирликда). S.KCl 4% -8,0 в/и 2. Реополиглюкин 200,0 в/и.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Долихосигма.

Еши: 4 еш.

Тана вазни: 20 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Қабзият. Қабзият оксари қиш ви илиқ баҳорда пайдо булади.</p> <p>2. Метеоризм.</p> <p>3. Қориндаги оғриқ.</p> <p>4. Оғриқ бўлганда қусиши.</p> <p>5. Ахлат тугилиши баъзи болаларда 5 ва ундан ортиқ кунларга кузатилиб, мустақил дефекация йўқалади ва у фақат хукна орқали келтирилади.</p>	<p>Нв-90 г/л.</p> <p>Эр.-2,7 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>Лейкоцитлар 8,7 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>Ранг кўрсаткичи 0,9.</p> <p>Умумий оқсил 50 г/л.</p> <p>Умумий ахлат анализи.</p> <p>Овкат хазм булмаслиги</p> <p>Шиллик +++</p> <p>Бак +++</p> <p>Қон биохимияси.</p> <p>Умумий пешоб анализи.</p>	<p>1. Анемия ахлатли захарланишга боғлиқли. (N-154 г/л).</p> <p>Гипохром.анемия.</p> <p>Гипопротеинемия.</p> <p>Дисбактериоз.</p>	<p>Рентген текшируви.</p> <p>Ирригография.</p> <p>Узайган сигмасимон ичаги «саккиз-симон» куруниш ва дилатацияси кузатилади.</p>	<p>Долихосигма.</p>	<p>Гиршпрунг касаллиги йўғон ичак торайган ва супрастенотик кенгайиш соҳаси бўлади. Клиникасида қабзият ва метеоризм кузатилади.</p>	<p><b><u>Консерватив ва жаррохлик усули.</u></b></p> <p>1. Дефекациянинг бузилиши олдини олишда режим ва пархез.</p> <p>2. Тозаловчи хукна..</p> <p>3. Физиотерапия: электрофорез прозерин билан.</p> <p>4. Қоринни массажи.</p> <p>5. ЛФК.</p> <p>6. Витамино-терапия «В» гуруҳи.</p> <p><b><u>Операция:</u></b></p> <p>Сигмасимон ичакни қорин ичи резекцияси.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Тўғри ичак тушиши.

Еши: 3 еш.

Тана вазни: 18 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> Тўғри ичак шиллиқ қавати 2 см. гача тушганда узи мустақил тўғриланади. Курилганда: зуриқганда анал тешиги очилади. Тўғри ичак шиллиқ қавати шишади. Per rectum- ташки ва ички сфинктер сусайган.</p>	<p>Нв - 100 г/л. Лейк. 15-10<sup>9</sup>/л.</p>	<p>Гипогемо-глобинемия (N – 154 г/л). 2. Лейкоцитоз (N-5,6x 10<sup>9</sup>/л)</p>	<p>Ректороманоскопия – туғри ичак шиллиқ қавати қизарган, шишган, баъзи жойларда эрозия кузатилади. .</p>	<p>Эрозив. проктит.</p>	<p>1. Тўғри ичак полипи Тўғри ичак полипида бармоқ ректал текширувида қўлга билинади. 2. Инвагинация – инвагинат бошчаси орқа чиқарув тешигидан чиқиб қолади.</p>	<p><b><u>Консерватив ва жарроҳлик усулида.</u></b> 1. Параректал сохага клетчаткасига спиртли инъекция Мезенев усулида бажарилади. 2. 5 ешдан кейин Тирша операцияси ўтказилади.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гастрошизис.

Еши:1 кун

Тана вазни: 2700 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Гастрошизис – ривожланиш нуқсони бўлиб, қорин олд деворидаги парамедиал дефект орқали қорин бўшлиғи аъзоларининг ташқарига чиқиб қолиши кузатилади. Курувда шу жойдаги дефектдан ичак ковузлоғи, меъда, баъзан ковок еки бачадон ортиқларининг чиқиб колгани куринади. Дефект, марказий чизиқдан ташқарида, куп холларда ўнг томонда жойлашади. Чиқиб қолган аъзолар ўзгарган – девори шишиган, қизарган, баъзан фибрин билан қопланган. Бу касаллик кўп холларда бошқа туғма нуқсонлар – юрак, пешоб тизими, МНС, юз нуқсонлари билан бирга келади.</p>	<p>1.Умумий қон тахлили Нв- 90-100 г/л. Эр.- 2,7-3,0 млн. Лейк. 10-15 минг. СОЭ – 25 мм/с. 2.Умум. белок – 50 г/л. АЛТва АСТ меъерий курсаткичларда</p>	<p>Қонда гемоглобин ва эритроцитнинг кам эканлиги асосан бу беморларда қон ҳосил қилувчи аъзоларнинг фаолияти етишмовчилигидан дарак беради. - Лейкоцитоз – болада пренатал даврдан бошлаб қорин пардасининг асептик яллиғланиб келганлигидан дарак беради. Гипопротеинемия организмда хусусан жигар оқсил ҳосил қилиш фаолияти етишмовчилигини кўрсатади.</p>	<p>Бундай беморларда махсус рентген инструментал текширувларга эҳтиёж бўлмайди, чунки холат тўлиқ визуал ташҳислаш имконини беради.</p>	<p>Бундай беморларда махсус рентген инструментал текширувларга эҳтиёж бўлмайди, чунки холат тўлиқ визуал ташҳислаш имконини беради.</p>	<p>Ерилган (асоратлашган) омфалоцеле – бунда кузатиладиган қорин олд деворидаги дефект қорин марказий чизиғи буйлаб, киндик халқаси соҳасида жойлашган. Дефект четларида чурра копи пардасининг соғлом терига утиш қисмида «ёстикчасимон» калинлашиш кузатилади.</p>	<p>1.Операция олди тайёргарлиги. А. Сув-туз алмашинуви бузилишини тиклашга. Б. Иситиш болани. В. Инфекцияга қарши курашга қаратилади. 1. S.Glucosae 10 %- 30,0 S.KCl 4% -1,5 в/и . S.ac.ascorbinici 5%-0,5 в/и 2. Натрий хлорид 0,9% -30,0 ККБ – 15 мг в/и 3. Реополиглюкин 30,0 в/и 4. Ампициллин по 150 мг. х 4 маҳал м/о. Ампиокс по 150 мг.х 4 маҳал.м/о Цефазолин по 150 мг. х 3 маҳал м/о. 2. Операция – қорин бўшлиғи санацияси, қорин олд девори пластикаси.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Сариклик йулининг нотўлиқ оқмаси.

Еши: 7 йолик.

Тана вазни: 8100 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Шикояти: киндикнинг дойимий намланиб туришига. - кўрувда, киндик халқаси намланган, киндик тубида оч-қизил рангдаги шиллик кават билан копланган оқма тешиги кўринади, ундан баъзан сероз йирингли ҳарактердаги секрет ажралиб туради.	1. Умумий қон тахлили. 2. Умумий пешоб тахлили. 3. АЛТ ва АСТ курсаткичлари.	Лаборатор тахлилларда ушбу касаллик учун патогномоник узгаришлар қайд этилмайди.	1. Оқмани тугмачали метал зонд билан зондлаш. 2. Фистулография	Зондлаш оқма мавжудлигини ва унинг йуналишини аниқлаш мақсадида бажарилади. Бунда зонд бушлиғига томон йуналган бўлса – сариклик йўли оқмаси эканлигини тасдиқлайди. Фистулография – оқма мавжудлиги ва унинг йўналишидан ташқари агарда у кистоз бўшлиқлар билан туташган бўлса шу алоқадорликни ҳам аниқлаш имконини беради.	Киндик фунгуси – бу киндик яраси ўрнида битмайдиган грануляцион тукима билан қопланган хосиладир. Бунда ажралма жуда кам микдорда бўлиб, одатда геморрагик ҳарактерга эга бўлади.	1. <b><u>6 ойгача консерватив</u></b> <b><u>даво:</u></b> А. Киндик озодалигини таъминлаш. Б. Оқма йули ичига куйдирувчи, ва дезинфекцияловчи дорилар юбориш (5% йод настойкаси, еки 10% кумуш нитрат). 7-10 кунда бир марта. Агар натижа бўлмаса Операция - оқмани бутун давомийлигида олиб ташлаш.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						



### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ледда синдроми.

Еши: 5 лет.

Тана вазни: 20 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> Умумий ахволи бирданига оғирлашиши. Қорнида кучли оғриқлар. Сафроли қусишлар кузатилган. Анамнездан: болани қорин соҳасида бир неча бор хуружсимон оғриқлар бўлган. Объектив қурувда: умумий ахволи ўртача оғирликда. Бола мажбурий ҳолатда. Пальпацияда: киндик атрофида оғриқлар.</p>	<p>Ht-49 %.  (N- 36-40%)</p>		<p>Обзор рентгенографияси Йўғон ва ингичка ичакларда газ тўлишини камайиши. Ирригография. Кур ичакнинг юқори жойлашиши.</p>	<p>Юқори ичак тутилиши.          Мальротация симптоми.</p>	<p>Чандикли ичак тутилишида анамнезида операция утказилган ҳолатда. Тозаловчи хукналардан кейин ҳам қусишлар тўхтамаслик. ЭФГДС – ярали касалликларда. 12 бармоқ ичак ярали касаллик.</p>	<p>1. Инфузион.терапия - S.Glucosae 5%-200,0 S.KCl 4% -10,0 в/и кап. 2. S. NaCl 0,9% -100,0 S.ac.ascorbinici 5%-4,0 в/и 1 р.д. 3. Цефазолин по 500 мг. х 4 м. в/и. 4. Операция Ледда цекопексия. Операциядан кейин – инфузион.терапия, антибиотикотерапия, витаминотерапия.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ичакларнинг инвагинацияси.

Еши: 7 йолик.

Тана вазни: 8 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> овқатдан бош торгади. Клиник равишда тана тузилиши нормал юз тузилиши азоб чекаётганлик юзи. Тинчланиш даврида қорни юмшоқ. Киндикдан ўнг тарафда ўсмасимон юмшоқ хосила аниқланаяпти. Ўнг енбош соҳасида бушашишлик. Per rectum қурилганда бармоқ учида қон аниқланди. Анамнезидан оғриқ хуружлари ҳар 3-5 мин. қайтарилади.</p>	<p>Ht-50 %.  (N-36-40%)</p>	<p>Анемия 1 даража.  Инвагинат бошчасидан қон кетиш.</p>	<p>Пневмоир-ригография Ричардсон аппарати орқали ҳаво юборилганда жигар бурчагидан ўтмади.</p>	<p>Ичаклар инвагинацияси.</p>	<p>1. Тўғри ичакнинг шиллик қаватини тушиб қолиши. Per rectum шиллик қават тўғридан-тўғри анус атрофида терига ўтиб кетади. 2. Меккел Дивертикули ярасида қон кетиши – қон кетиш кучли. Нажас ранги қора, шилликсиз. Ирригография – йўғон ичакни ҳамма қисмини контраст моддани тўлик бўлиши.</p>	<p>1. S.Glucosae 10 % - 100,0 S.KCl 4% -6,0 в/в кап. 2. S. NaCl 0,9% - 100,0 S.ac.ascorbinici 5%-1,0 в/в 1 р.д. 3. Операция дезинвагинация. Операциядан кейин – инфузион.терапия. витаминотерапия.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Дугласс бушлиғи абсцесси.

**Еши:** 6 еш.

**Тана вазни:** 17 кг.

Клиникаси	Ташҳисот			Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув			Интерпретация
Анамнездан бола 4 кун аввал флегманоз аппендицит бўйича операция бўлган. Беморнинг умумий ахволи ўрта оғирликда. Шикоятлари тез- тез ва оғрик билан сийиш, коринда хуружсимон оғрик коринни пайпаслаганда опер. жароҳат соҳаси ва қоринни пастки қисмида оғрик кузатилаяпти.	Нв-100 г/л. (N 120 г/л). Эр.-(3,0 x10 <sup>12</sup> /л.) (N 3,9 x10 <sup>12</sup> /л) Лейкоцит 15x10 <sup>9</sup> /л. (N 9-10 <sup>9</sup> /л) СОЭ-18 мм/ч. (N 5-15 мм/ч). Нейтрофилез 12 x 10 <sup>9</sup> /л ( N- 3-7x10 <sup>9</sup> /л).	Анемия.   Лейкоцитоз.  СОЭ тезлашган.  Нейтрофилез	УТТ ковуқ оркасида чегараланган хосила аниқланяпти.	Абсцесс.	Опер.жароҳат соҳасида инфилтрат – опер.жароҳат соҳасида шиш, оғрик, бола сийганда оғрик кузатилмаяпти. Перитонит – қоринни барча соҳасида оғрик кузатилмади, Щеткин-Блюмберг мусбат.	1. Цефазолин по 0,5 x 3 р. в/м. 2. S.Glucosae 5%-200,0 S.Insulini 4 ЕД. S.KCl 4% -6,0 в/в кап. 3. Метрогил 9,0 в/в кап. x 3 р. 4. S. Glucosae 20%-10,0 S.Vit. C 5% -2,0 в/в стр. 5. S. Calcii chloridi 10% - 3,0 в/в стр. 6. Абсцесс дренажлаш S. Calcii chloridi 10% - 5,0 D.t.d. № 10 in amp. S. По 3,0 в/в стр. в/в стр.
100% - 2	2	1	2	1	1	
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Чандикли ичак тутилиши.

Еши: 5 еш.

Тана вазни: 16 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоятлари қоринда хуружсимон оғрик, икки мартаба қусган. Ичи келмаган, ел чиқмаяпти. Анамнезидан бола 1 йил аввал флегманоз аппендицит бўйича операция бўлган. Ўнг енбош соҳасида операциядан кейин чандик кузатиляпти. Пайпаслаганда қоринни барча соҳасида оғрик кузатиляпти. Ичак тебранишлари тезлашган. Перкутор тимпанит.</p>	<p>Ht-52% (N 36-42%).</p>	<p>Гемоконцентрация.</p>	<p>Қорин бўшлиғи тасвирий рентгенографияси горизонтал суюқлик сатхлари ва қоринни пастки соҳасида хаво кам миқдорда.</p>	<p>Пастки ичак тутилиши.</p>	<p>Стрнагуляцион ичак тутилиши – қоринда кучли хуружсимон оғрик, бола жуда безовта. Анамнезида опер муолажа утказилмаган. Гастроэнтероколит беморда суюк, тез тез ахлат ажралиши, капрологияда лейкоцитлар.</p>	<p>1. <u>Меъдани ювиш.</u> 2. <u>Сифонли хўкна.</u> 3. S.Glucosae 5%-200.0 SKCl 4%-8.0 в/в 4. S.Natrii chloridi 0,9% -200.0 в/в кап. 5. Прозерин 0,5 в/м. 6. Консерватив даво ёрдам бермаганда лапаротомия. Rp.S.Prozerini 0.05%-2.0 D.t.d. № 10 in amp. S. 0,5 в/м.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Аппендикуляр инфилтрат.

Еши: 10 еш.

Тана вазни: 34 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Онасининг гапига кўра бола 3 кун мобайнида касал. Болада қоринда оғриқ кузатилган, оғриқ бир мунча камайган, лекин вақти вақти билан кучаяди. Беморнинг умумий ахволи ўрта оғирликда, тана ҳарорати 38,5<sup>0</sup>С. Қорин бир оз дам, қоринни ўнг томони нафқас олишда орқада қолаяпти. Пайпаслаганда ўнг ёнбош соҳасида қаттиқ, оғриқли чегараланмаган ҳосила аниқланыпти. Per rectum – тўғри ичак олд девори оғриқли, ҳосила аниқланыпти.</p>	<p>Лейкоцит. 12 x 10<sup>9</sup>/л. N - 9x10<sup>9</sup>/л. ЭЧТ – 18 мм/ч. (N 7-15 мм/ч) Ht-48% (N 36-42%).</p>	<p>Лейкоцитоз ЭЧТ ошган гемо- концентрация</p>	<p>Текширишни ҳожати йўқ.</p>	<p>Текширишни ҳожати йўқ.</p>	<p>Ўнг ёнбош соҳа усмаси – тана ҳарорати нормал, ҳосила оғриқсиз. Буйрак ёнбош дистопияси – сийдик тахлилида ўзгаришлар, эксретор урография ташҳисни аниқлайди.</p>	<p>1. <u>Етоқ режим.</u> 2. <u>Ампициллин</u> по 1 млн. х 3 р. № 10 м/о 3. S.Gucosae 5%-300,0 S.Insulini 6 ЕД. S.KCl 4% -10,0 в/в кап. 4. S.Natrii chloride 0.9% -400,0 в/в кап S.Vit B1 – 2,0 в/в кап х 2махал. 5. Метрогил 18,0 в/в кап. х 3 р. 6. ККБ – 50 мг в/в на физ, р-ре. 7. S.Glucosae 20%-15,0 S.Vit. C 5%-3.0 в/в стр. 8. Инфилтрат соҳасига совук. 9. 4 –кундан инфилтрат соҳасига УВЧ Ampicillini 0,5 D.t.d № 10. По 1 млн. х 3 р. м/о.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Жигарнинг ёпик шикастланиши.

Еши: 5 еш.

Тана вазни: 20 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Ўнг қовурға тагида кучсиз локал оғриқ кузатилади.</p> <p>2. Оғриқ ўнг елка усти соҳасига ҳам берилаяпти. (Френикус симптоми мусбат).</p> <p>3. Қовурға тагидаги оғриқ чуқур нафас олганда кучаймоқда.</p> <p>4. Ўнг қовурға усти ва ости соҳасида қонталаш ва сидирилган жойлар кўзга ташланади.</p> <p>5. Бемор қусган ва кунгли айнияти.</p> <p>6. Тери ранги ва шиллик кавати оқарган.</p> <p>7. Тили қуруқ ва озгина қараш қопланган.</p> <p>8. Қорнининг ўнг тарафи нафас олишда деярли қатнашмаяпти.</p> <p>9. Худди шу соҳаларда Щеткин-Бломберг симптоми мусбат.</p> <p>10. Киндик белгиси ҳам мусбат.</p>	<p>Нв-100 г/л.</p> <p>АЛТ–3,0 мм/л.</p> <p>Гематокрит – 30 хажм %</p>	<p>1. Гипогемо-глобинемия ( N-148 г/л).</p> <p>2. Ферментлари ошган (нормада АЛТ – 0,48 АСТ – 0,36).</p> <p>3. Гематокрит пасайган (N-3-5 хажм%)</p>	<p>1. Қорин бўшлигининг тасвирий рентгенида – қорин бўшлиғи гомоген равишда сояланган.</p> <p>2. УТТ да жигар капсуласи қалинлашганшишган.</p> <p>3. Лапароскопияда жигар капсуласи қонталашган, тиник эмас, жигар юзаси текисмас, ғадир.-будир. Баъзи жойларида капсула тагида қон лахтаси кўринади.</p>	<p>1. Тасвирий рентгенда травма асосан ўнг тарафда эканлиги аниқ.</p> <p>2. УТТ да жигар капсуласи қалинлашганлиги травмадан.</p> <p>3. Лапароскопияда жигар паренхимаси травма олганлигидан майда капиллярлари ёрилиб, қонталаш бўлган.</p>	<p>1. Агар талок ёрилган еки эзилган бўлса, «Ванька-встанька» симптоми мусбат бўлиб, УТТ да қорин бўшлиғида қон борлиги билинади.</p> <p>2. Меъда ости беши шикастлаганда диастаза (N-8 бирликкача ошади).</p> <p>3. Меъда ковак аъзолар шикастланса қорин бўшлиғида эркин газ пайдо бўлади.</p> <p>4. Ўнг тарафда буйрак шикастланганда УТТ да билинади. Сийдикда қон пайдо бўлади.</p>	<p>1. <u>Беморнинг ахволигақ қараб</u></p> <p>А) Шокка Карши даволар.</p> <p>Б) Қон тўхтатувчи воситалар.</p> <p>В) Гипотермия маҳаллий.</p> <p>Г.) Дикқат билан кузатиш. Икки босқичли ёрилиш бўлиши мумкин.</p> <p>Д) Гематокрит пасайса, қоринда оғриқ кучайса ва унда қон лахталари борлиги аниқланса – операция: Лапаротомия ва жигар ёрилганини тикиш.</p> <p>1. Глюкоза 10%-200,0 Аскорбиновая кислота 5% - 2,0 в/и.</p> <p>2. <u>Викасол</u> 1% - 1,0 т/о</p> <p>3. <u>Кальций хлорид</u> 10% -5,0.</p> <p>Натрий хлорид 10% - 5,0 в/и</p> <p>4. <u>Реополиглюкин</u> 100,0 в/и.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Аппендикуляр тарқалган йирингли перитонит. Киз бола.

**Еши:** 8 еш.

**Тана вазни:** 28 кг.

Клиникаси	Ташҳисот			Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув			Интерпретация
<p>1. Боланинг 3 кундан бери қорни оғрийди.</p> <p>2. Умумий ахволи оғир. Холсиз, дармонсизлик.</p> <p>3. Териси рангпар, қуруқ тил усти қараш билан қопланган, нам эмас.</p> <p>4. Тана ҳарорати 40<sup>0</sup> С.</p> <p>5. Яноқлари бўртиб чиқиб, лабларида Тиш излари бор, баъзи жойлари ёрилган.</p> <p>6. Нафас олиши бир дақиқада 36 марта, томир уриши 148, ритмик эмас</p> <p>7. Қорни нафас олишда иштирок этмаяпти. Пальпацияда ўнг енбош соҳасида қаттиқ оғриқ, шу ерда мускуллар таранглашган, пассив таранглашув.</p> <p>8. Щеткин-Блумберг симптоми мусбат.</p>	<p>1. Гемоглобин–90г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 3,1x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар 19,1 x10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. ЭЧТ –15 мм/соат. Нейтрофилларни токсик донаторлиги.</p> <p>6. Анизацитоз.</p> <p>7. Гематокрит 45%.</p> <p>8. Умумий оқсил 52 г/л.</p> <p>9. Сийдикда оқсил - 0,066%.</p> <p>10. Лейкоцитлар 8-10 кўриш майдонида.</p>	<p>1. Анемия.</p> <p>2. Лейкоцитоз чапга сурилганлик билан (Нв-N-120 г/л). Лейкоцитлар (N-5,6x10<sup>9</sup>/л)</p> <p>3. ЭЧТ тезлашган. (N-6 мм/с).</p> <p>4. Ички захарланиш (нейтрофиллар донаторлиги, анизацитоз бўлмайди).</p> <p>5. Гипопротеинемия. (N- 80 г/л).</p> <p>6. Протеинурия. (N-0,033%)</p> <p>7. Лейкоцитурия. (N- 1-2қуриш майдонида).</p>	<p>1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг тасвирий рентгени.</p>	<p>1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг тасвирий рентгенида жуда кўп майда, аммо горизонтал сатҳи ҳаво катакчалари яққол кўринади. Қорин бўшлиғининг пастки тарафи сал соялашган.</p>	<p>1. Ичак парези – бошқа сабабларга биноан пайдо бўлганлари. Ичак парезида қорин бўртиб чиқиб, ичак перистальтикаси жуда суст бўлиб, пальпацияда оғриқ аниқланмайди еки қорин юзасининг барча соҳасида аниқланади. Рентген тасвирда ичакда кўплаб ҳаво соялари бўлади, аммо горизонтал сатҳ бўлмайди.</p> <p>2. Диплококкли перитонит тана ҳарорати ошиши билан бошланиб, қориннинг барча юзаси оғрийди. Қиндан ажралма аниқланади.</p>	<p>1. <u>Операциядан олдинги тайергарлик:</u> А. Глюкоза 10% - 300,0 Натрий хлорид 10% - 300,0 Панангин 10,0 Строфантин 0,05% -0,5 Инсулин 8 Ед. ККБ 50 мг. Вена ичига томчилаб.</p> <p>Б. Реополиглюкин 200,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>В. Альбумин 10% -100,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>2. <u>Операция:</u> А. Лапаротомия. Б. Қорин бўшлиғи ревизияси ва санацияси. В. Аппендэктомия. Г. Қорин бўшлиғини дренажлаш.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Урахуснинг тўлиқ оқмаси.

**Еши:** 1 еш 7 ойлик.

**Тана вазни:** 11 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1.Киндиги тушганидан сўнг, киндик чуқурчасидан доимо суюқлик ажралиб турган.</p> <p>2. Киндик анча чуқурлашган.</p> <p>3. Киндик чуқурчаисдан доимо ишқорий реакцияли суюқлик ажралиб туради.</p> <p>4. Киндик атроф териси сал қизариб шишган.</p>	<p>1.Лейкоцитлар -11,2 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>2. ЭЧТ – 18 мм/соат.</p>	<p>1.Лейкоцитоз.</p> <p>2. ЭЧТ тезлашган еки кучайган</p>	<p>1. Учи тумтоқ зонд билан текшириш.</p> <p>2. Ранг синамаси.</p>	<p>1.Учи тумтоқ зонд киндик дистал тарафига кетади.</p> <p>2. Киндикдан индигокармин билан сал кўқарган суюқлик ажралмокда.</p>	<p>1. Сариклик йўлининг тўлиқ облитерация бўлмаган ҳолати билан.</p> <p>2. Омфалит билан.</p> <p>3. Фунгус билан.</p>	<p>1.Водород пероксиднинг 3% ли эритмаси билан киндик тубини тозалаб, 5% ли йод билан куйдириш.</p> <p>2. Шу жойга УВЧ бериш, УФО бериш.</p> <p>3. 10% ли кумуш нитрат билан куйдириш.</p> <p>Фойда бермаган тақдирда – урахусни корин парда ташқарисидан то ковукгача олиб ташлаш</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гиршпругн касаллиги. Ректал шакли.

Еши: 2 еш.

Тана вазни: 10 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Мустақил равишда ичи келмайди. Ичи дойим дам бўлади.</p> <p>2. Бола озгин, лекин қорни катта.</p> <p>3. Жисмоний ва ақлий жихатдан орқада қолган.</p> <p>4. Қорни пайпасланганида «лой» симптоми мусбат.</p> <p>5. Ичак шовқини эшитилади.</p> <p>5. Сифонли хукна килинганида – ичак яхшигина тозаланади.</p>	<p>1. Гемоглобин 90г/л.</p> <p>2. Эритроцит. - <math>2,8 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>3. Лейкоцит. <math>8,9 \times 10^9/л.</math></p> <p>4. Умумий оқсил 48 г/л.</p> <p>5. Альбумин 52%.</p> <p>6. Ахлатда: А. Тулиқ хазм бўлмаган детритлар. Б. Шиллик +++ В. Бактериялар +++</p>	<p>1. Гипохром анемия.</p> <p>2. Лейкоцитоз</p> <p>3. Гипопротеинемия.</p> <p>4. Гипоальбуминемия.</p> <p>5. Дисбактериоз.</p>	<p>1. Бармоқ билан ректал текшириш.</p> <p>2. Ирригография.</p> <p>3. Жигар ва буйрақларни сканирлаш.</p> <p>4. Ректороманоскопия.</p>	<p>1. Анал тешиги ичкарисидан 2,0 проксимал тарафда тор зона бор.</p> <p>2. Тўғри ичак ампула қисми пастида аганглионар зона бўлиб, унинг юқори жуда кенгайган.</p> <p>3. Жигар паренхимаси сал – пал зичлашган.</p> <p>4. Тўғри ва сигмасимон ичак шиллик қавати қизарган ва томирлари кенгайган.</p>	<p>1. Мегаректум билан</p> <p>2. Долихосигма билан.</p> <p>3. Функционал типдаги қабзият билан.</p> <p>4. Идиопатик мегаколон билан.</p>	<p>1. <u>Консерватив даволаш:</u> А. Сифон хукналар. Б. Инфузион терапия. В. Дезинтоксикацион терапия. Г. Антибиотиклар.</p> <p>2. <u>Операция:</u> Соаве-Ленюшкин операцияси бажарилади.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Омфалоцеле.

Еши: 1 кунлик.

Тана вазни: 3 кг. 700 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Чақалок озгина безовта, қичқиришлари кучсиз.</p> <p>2. Киндик доирасидан 5, 2 см. ли хосила ташқарига буртиб чиққан.</p> <p>3. Хосиланинг юпка пардаси бўлиб, унинг тагида ингичка ичак қовузлоклари аниқ билиниб турибди.</p> <p>4. Хосиланинг атрофидаги тери қалинлашган, кичкина тизимга хосил қилган. Чақалок қичқирганида шу тизимча янада яққол билинади.</p>	<p>1. Гемоглобин 158г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 5,4 x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. ЭЧТ – 12 мм/соат.</p> <p>4. Лейкоцитлар 9,7 x 10<sup>9</sup>/л.</p>	<p>1. Қони қуюқлашган</p> <p>2. Лейкоцитоз</p>	<p>1. Қорин бўшлиғининг тасвирий рентгени.</p>	<p>1. Махсус рентген белгилари йўқ</p>	<p>1. Гастрошизис (Бу туғма патологияда ўнг тарафда, парамедиан соҳада дефект бўлиб, ундан қорин аъзолари уралмай чиқиб туради).</p>	<p>1. <u>Операцияга тайёрлаш.</u></p> <p>А. Глюкоза 5%-30,0</p> <p>Натрий хлор 0,9% -30,0</p> <p>Вена ичига, томчилаб</p> <p>Б. Реополиглюкин 30,0 томир ичига томчилаб.</p> <p>В. Викасол 1% - 0,1 тери остига.</p> <p>Г. Амикацин 400 : 000 бирликда 1 марта томир ичига.</p> <p>2. <u>Операция:</u> Киндик кесиб олиб ташлангандан кейин, чурра ичидаги аъзолар қорин бўшлиғига туғриланиб, апоневроз ват ери четлари бир-бирига олиб қилиниб тикилиб, пластика қилинади.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Аппендэктомиядан кейин операция соҳасида инфилтрат.

Еши: 6 еш.

Тана вазни: 22 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Аппендэктомиядан кейинги 5 кун. Умумий ахволи ўрта оғирликда.</p> <p>2. Тана ҳарорати 37,5<sup>0</sup>.</p> <p>3. Томир уриши бир дақиқада – 112 марта.</p> <p>4. Операция кесими соҳасида оғриқ бор ва уша жойи шишган, айниқса жароҳат четлари, худди шу ерларда гиперемия.</p> <p>5. Пальпацияда эса қулга инфилтрат яққол билинади.</p> <p>Флюктуация йўқ.</p>	<p>1. Гемоглобин 110г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 4,1x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. ЭЧТ – 18 мм/соат.</p> <p>4. Лейкоцитлар – 9,8 x10<sup>9</sup>/л.</p>	<p>Лейкоцитоз ва ЭЧТ ошуви.</p>			<p>1. Операция жароҳати гематомаси.</p>	<p>1. <u>Ампициллин</u> 700.000 бирликдан 3 маҳал Ичишга.</p> <p>2. <u>Операция жароҳати</u> соҳасига УВЧ ва УФО.</p> <p>3. <u>Поливитамин I драж.</u> 1 маҳал.</p> <p>4. <u>Глюкоза</u> 5% -400,0 Инсулин 5 бирликда Калий хлор 4% - 10,0 Вена ичига томчилаб эрталаб ва кечкурун.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

Ташҳис: Ўткир аппендицит

Еши: 3 еш.

Тана вазни: 15 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Бола безовта, қорнида киндик атрофида оғрик бўлаётганини сўраб билинди.</p> <p>2. Қорин олд девори таранглашган ва нафас олишда кам иштирок этаяпти.</p> <p>3. Эҳтиётлик билан, бола диққат чалғитиб кўрилганида кучли оғрик ўнг енбош соҳасида эканлиги билинади.</p> <p>4. Уйқу пайтида қайтадан кўрилганда ўнг оёғини сал кўтариб хирург қўлини ушлаб, пальпация килдирмасликка ҳаракат қиляпти.</p> <p>5. Ректал текширилганда ўнг томон оғриқли.</p>	<p>1. Гемоглобин – 108 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар – <math>3,9 \times 10^{12}</math>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар – <math>11,2 \times 10^9</math>/л.</p> <p>4. Таёқчали лейкоцитлар – 16%.</p> <p>5. Сегмент ядроли лейкоцитлар – 68%.</p> <p>6. Сийдикда оқсил – 0,066%.</p> <p>7. Сийдикда лейкоцитлар – 16-18 кўриш майдонида.</p> <p>8. Гиалин цилиндрлари – кўриш майдонида 4-6.</p>	<p>1. Лейкоцитлар формуланинг чапга сурилиши билан лейкоцитоз.</p> <p>2. Протеинурия.</p> <p>3. Лейкоцитурия.</p> <p>4. Цилиндрурия.</p> <p>5. Ички захарланиш</p>	<p>1. Лапароскопия.</p>	<p>Лапароско-пияда қорин бўшлиғидаги суюқлик озгина лойқаланган бўлиб, чувалчангсимон ўсимта шишган, узунлиги 5,0 см. кизарган, сероз каватнинг баъзи жойлари фибрин билан қолпанган.</p>	<p>1. Юқори нафас йуллари яллиғланиши.</p> <p>2. Копростаз.</p> <p>3. Глист инвазияси</p> <p>4. Ўткир фолликуляр тонзиллит</p>	<p>1. <u>Операция олдидан:</u>                      А. Глюкоза 10% - 150,0                      Натрий хлор 0,9% - 150,0                      Инсулин 4 бирликда.                      Аскорб.к-та 1% - 2,0                      Вена ичига томчилаб.                      Б. ККБ 50 мг вена ичига.                      В. Реополиглюкин 100,0 вена ичига.                      Г. Гемодез 100,0 вена ичига.</p> <p>2. <u>Операция:</u> Мак Бурней кесими билан аппендэктомия.</p> <p>3. <u>Операциядан кейин</u>                      А. Аугментин 375мгдан 3 махал.                      Б. Глюкоза 10% - 150,0                      Калий хлор 4% - 10,0 вена ичига                      В. Натрий хлор 10%- 5,0                      Кальций хлор 10% - 3,0 вена ичига.                      Г. Поливитамин 1 драж. 1 махал.                      Д. Анальгин 50% -1,0                      Димедрол 1% - 0,5                      Безовта бўлганда.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир аппендицит. Уғил бола.

Еши: 13 ёш.

Тана вазни: 35 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Қорнида оғрик, бир марта кусган, сўнгра тана харорати ошган.</p> <p>2. Оғрик ўнг ёнбош соҳасида таранглашуви.</p> <p>3. Тана харорати – 38,5<sup>0</sup>С.</p> <p>4. Томир уриши бир дақиқада 112 марта, нафас олиши – 24 марта.</p> <p>5. Филатов, Ровзинг, Ситковский, Бартомье – Михельсон симптомлари мусбат.</p> <p>6. Ректал текширишда оғрик йўқ.</p>	<p>1. Гемоглобин – 110 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар 4,2 x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцитоз – 9,8 x10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. ЭЧТ – 14 мм/соат.</p> <p>5. Сйидикда лейкоцитлар – кўриш майдонида 6-8 та.</p>	<p>1. Лейкоцитоз.</p> <p>2. ЭЧТ ошуви.</p> <p>3. Лейкоцитурия.</p> <p>4. Сал-пал равишда ички заҳарланиш.</p>	<p>1. Лапароскопия – ноаник холларда кўлланиши зарур.</p>	<p>1. Лапароскопияда – катарал, флегманоз, гангреноз ўзгарган чувалчанг-симон ўсимта куриниб, корин парданинг яллиғланиш даражаси билинади, корин бўшлиғида трансудат еки экссудат эканлиги аниқланади.</p>	<p>1. Не обструктив пиелонефрит.</p> <p>2. Глист инвазияси</p> <p>3. Базал пневмония.</p> <p>4. Копростаз.</p>	<p>1. <u>Операция олдида</u>.</p> <p>А. Глюкоза 10% - 300,0</p> <p>Натрий хлорид 10% - 300,0</p> <p>Инсулин 7 бирликда.</p> <p>Аскорб.к-та 1% -5,0</p> <p>Строфантин 0,05% -0,5</p> <p>томир ичига томчилаб.</p> <p>Б. Реополиглюкин 200,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>2. <u>Мак Бурней кесими</u> буйича корин очилиб, аппенэктомия қилинади.</p> <p>3. <u>Операциядан кейин</u></p> <p>А. Аугментин 625 мг.дан 4 марта, ичишга .</p> <p>Б. Глюкоза 5% -400,0</p> <p>Калий хлор 4% - 15,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>В. Натрий хлор 10% -10,0</p> <p>Кальций хлор 10% - 10,0 вена ичига.</p> <p>Г.Поливитамин 1 др. 1 марта.</p> <p>Д. Анальгин 50% 1,0</p> <p>Димедрол 1% - 1,0</p> <p>Мускул орасига безовта бўлганда.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Юқори ичак тутилиши. 12-Бармок ичакнинг р.Vateri пастидан тутилиши.

**Еши:** 2 кунлик.

**Тана вазни:** 2500 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Чақалоқнинг ахволи оғир. Холсиз, овози кучсиз, она кукрагини олмаяпти..</p> <p>2. Сафро аралаш, тез-тез қусаяпти.</p> <p>3. Эмганидани кейин қусиш яна қайталанапти.</p> <p>4. Кунғир ва ёпишқоқ Меконий жуда кам ажралган.</p> <p>5. Чақалоқ қорни эпигастрал сохада дуппайган, пастки сохаларида эса, аксинча, ёпишган.</p>	<p>1. Гемоглобин 156г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар <math>4,9 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>3. Лейкоцитлар – <math>10 \times 10^9/л</math>.</p> <p>4. Гематокрит – 54%.</p> <p>5. Конда хлор – 98 ммоль/л</p>	<p>1. Гемо-концентрация.</p> <p>2. Гипохлоремия.</p>	<p>1. Қориннинг тасвирий рентгени.</p> <p>А. Тўғридан.</p> <p>Б. Ёнидан</p>	<p>Тасвирий рентгенда 2 та горизонтал сатхли хаво пуфаги кўринади.</p> <p>Қориннинг пастки қисмларида хаво йўқ.</p> <p>2 та хаво пуфаги бири меъдада, иккинчиси – 12-бармокли ичакда ичакнинг қолган қисмларига хаво ўтмаган.</p>	<p>1. Пилороспазм.</p> <p>2. Пилоростеноз.</p> <p>3. Диафрагма чурраси (асфиктик сикилиши).</p>	<p>1. Глюкоза 5% -25,0</p> <p>Натрий хлорид 0,9%-25,0</p> <p>Калий хлорид 7,5% - 2,0</p> <p>Вена ичига томчилаб, 6 соат оралатиб 2 марта .</p> <p>2. Альбумин 5% - 25,0</p> <p>вена ичига томчилаб.</p> <p>3. Меъдани ювиш ва катетер колдириш.</p> <p>4. Температура режимини сақлаш.</p> <p>5. Симптоматик терапия.</p> <p>6. 12-26 соат тайергарликдан сунг – операция - дуоденоеюностомия.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Носпецифик ярали некротик энтероколитдан ахлатли перитонит. Уғил бола.

**Еши:** 12 кун.

**Тана вазни:** 2000 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Боланинг тери ранги тусатдан оқариб, бола безовталанди.</p> <p>2. Чақалоқ сўнгра холсизланиб, овози ҳам кучсизланди.</p> <p>3. Нафас олиши юзаки, 60 марта бир дақиқада.</p> <p>4. Томир уриши бир дақиқада – 160 марта.</p> <p>5. Меъда туриб қолган шира ва сут билан қусаяпти.</p> <p>6. Ахлати келмади, ичи юришмаяпти.</p> <p>7. Анал тешигидан киритилган катетердан шилимшиқ ва қон келяпти.</p> <p>8. Қорни дўппйган, таранг, ялтирайди, веналари кенгайган. Ёрғоғи шишган.</p>	<p>1. Гемоглобин 100 г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар <math>3,1 \times 10^{12}/л</math>.</p> <p>3. Лейкоцитлар <math>13,4 \times 10^9/л</math>.</p> <p>4. Нейтрофилларда донадорлик пайдо булган</p> <p>5. Анизацитоз</p> <p>6. Пойкилоцитоз</p> <p>7. Гематокрит – 46%.</p> <p>8. Умумий оксил – 41 г/л.</p>	<p>1. Анемия.</p> <p>2. Лейкоцитоз чапга сурилиш билан.</p> <p>3. Ички захарланиш.</p> <p>4. Гипопротеинемия.</p>	<p>1. Қорин бушлиғининг тасвирий рентгени.</p>	<p>Ўнг томонда диафрагма тагида эркин газ худди ўрокка ухшаб кўринади.</p> <p>Қорин бўшлиғида ковак аъзолардан бири ёрилишдан эркин газ пайдо бўлган.</p>	<p>1. Чақалоқларнинг бирламчи перитонити.</p> <p>2. Туғма ичак тугилиши.</p> <p>3. Ичак парези.</p>	<p>1. Меъда зонд киритиб, яхшилаб ювиш.</p> <p>2. Операциядан олдинги тайергарлик 2-3 соат.</p> <p>А. Глюкоза 10% -20,0.</p> <p>Натрий хлорид 0,9% - 20,0.</p> <p>Панангин 1,0.</p> <p>Б. Реополиглюкин 20,0 вена ичига томчилаб.</p> <p>В. Альбумин 10%- 20,0 вена ичига томчилаб</p> <p>Операция: Қорин аъзолари ревизияси, ерилган ичак деворини иложи борича чоклаш, қорин бўшлиғини яхшилаб ювиш ва илеостома куйиш.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Чап буйракнинг ёпиқ шикастланиши.

Еши: 6 еш.

Тана вазни: 25 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Чап бел соҳасида оғриқ.</p> <p>2. Бемор сийдигида қон бор.</p> <p>3. Бемор чап бел соҳасида қавариб шишган, чегараси аниқ эмас.</p> <p>4. Чап тарафдан Пастернацкий белгиси мусбат.</p> <p>5. Бемор қорнинг чап тарафидаги ичакда газ тупланган, перистальтика сустрок.</p>	<p>1. Нв-100 г/л.</p> <p>2. Лейкоцит. – <math>15 \times 10^9</math>/л.</p> <p>3. Сийдикда эритроцитлар 10-12 кўриш майдонида.</p>	<p>.Гипогемоглобинемия (N- 154 г/л).</p> <p>2. Лейкоцитоз (N <math>5,6 \times 10^9</math>/л).</p> <p>3.Микрогема- турия (N- сийдикда эритроцитлар бўлмайди).</p>	<p>1. Тасвирий рентгенда чап буйрак контур четлари аниқ куринмаяпти2.</p> <p>Умуртка поғонаси ўнг тарафга қийшайган.</p> <p>3. УТТ да Чап буйрак капсуласи қалинлашиб, унинг тагида эхосигнал берадиган 3x4 см. ўлчамда ҳосила бор.</p> <p>4. Экскретор урографияда косача – форникс тизими аниқ эмас.</p>	<p>1. Агар буйрак атрофида гематома еки қон талашган бўлса, буйрак контурлари аниқ ва текис бўлмайди.</p> <p>2. УТТ да буйрак паренхимаси эхосигнали ошади.</p> <p>3. Форникал тизим шишганлиги туфайли экскретор урограммада бу тизим яхши кўринмайди.</p>	<p>1.Агар қорин бўшлиғи аъзолари шикастланган бўлса, перитонизм белгилари бўлади.</p> <p>2. Мабодо қорин бўшлиғида қон бўлса, Кулленкампф симптоми мусбат бўлади.</p> <p>3. Агар ковак аъзолар ёрилса, қорин бўшлиғида эркин газ пайдо бўлиб, у жигар устида тўпланади ва «Урок» симптоми мусбат булади.</p>	<p><b>Консерватив даво.</b></p> <p>1. <i>Факат</i> қимирламасдан ётиш.</p> <p>2. <i>Викасол</i> 1,0 м/о</p> <p>3. <i>Дицинон</i> 1,0 м/о (N 1,0 -2,0 мл.)</p> <p>4. <i>Аминокапрон. к-та</i> 5% - 50,0 в/в (N 1-2 мл/кг).</p> <p>5. <i>Цефазолин</i> 500,000 Бирликдан 3 маҳал м/о x 3 раза в день в/м. (N -50-100 мг/кг)</p> <p>6. <i>Буйрак</i> капсуласи ёрилган булса – операция тикиб, нефростома ўрнатиш лозим.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						



**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг уруғдоннинг туташган истисқоси.

**Еши:** 3 еш.

**Тана вазни:** 15 кг.

Клиникаси	Ташҳисот			Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув			Интерпретация
<p>1. Ёрғокнинг ўнг томонни – дуппайиб шишиган, кеччга бориб у яна каттаради. Эрталаб кичраяди.</p> <p>2. Қурилганда: ёрғокнинг ўнг тарафида мухити юмшоқ - эластик бўлган чўзинчоқ хосила бўлиб босиб турилса, улчамлари камаяди. Тери тагида хосила сал кўкимтир бўлиб кўринади.</p>	<p>Нв- 148 г/л.</p> <p>Эритроцит. – <math>4,8 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>Лейкоцит-<math>4,2 \times 10^9/л.</math></p> <p>ЭЧТ – 4 мм/ч.</p> <p>Сийдикда лейкоцитлар йўқ.</p> <p>Эритроцитлар йўқ.</p>	<p>Қон ва сийдик анализидида патология йўқ.</p>	<p>Диафаноскопияда ёрғок ичида тиник суюклик аниқланади.</p>	<p>«Нурдан тиниклик» симптоми мусбат.</p>	<p>1. Чов-ёрғок чурраси. Чуррада чов сохаси дуппайган бўлиб, ёрғок ичидаги хосила қуриллаш билан қоринга киради.</p> <p>2. Уруғ тизимчаси кистаси бўлса унинг аниқ чегараси ва контурлари бўлади.</p>	<p>Росса операцияси бажарилади.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Сийдик тош касаллиги. Сийдик пуфаги тоши.

Еши: 13 еш.

Тана вазни: 36 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Сийдик пуфагидаги оғриқ тинч холатда, кучсиз бўлади. Лекин сийганда ва ҳаракат қилганда оғриқ кучаяди. Оғриқ жинсий олат бошига, оралик ва моякларга узатилади. Инфекция кўшилиши цистит ривожланишига олиб келиб, бу кескин дизурия чақиради.	Умумий қон тахлили.  Умумий пешоб тахлили.  Сийдик бактериал экмаси.	Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши.  Кам миқдорда оксил, цилиндрлар, тузлари, лейкоцитурия.  Асоратланган циститда ўсиш кузатилади.	1.Цистоскопия.  2. Рентгенологик текшириш. (обзорн.)	Сийдик пуфаги сиғимини, тошлар сони ўлчами, хилини аниқлашга имкон беради.  Сийдик пуфаги проекциясида конкремент сояси аниқ кўринади.	Сийдик пуфаги тошлари цистит, сийдик чиқарув канали стриктураси симптоматикасига ухшаш. Сийдик пуфаги тошларини мухим диф.диагностик белгиси сийдик оқими бўлиниб чиқади, гематурия кучайиши ҳаракат вақтида қовук соҳасида оғриқ, гематурия, дизурия кучайиши.	2 та асосий даволаш усули мавжуд: 1. Тошни майдалаш. (литотрипсия). 2. Тошни олиб ташлаш (литотомия). Тошни майдалаши танлов усули бўлиб, уни махсус асбоблар литотриптор еки цистоскоп билан бажарилади. Тошни майдалашга монелик бўлганда литотомия бажарилади. А. Антибиотикотерапия. Б. Уросептиклар В. Қўп суюклик ичиш.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

Ташҳис: Ўткир пиелонефрит.

Еши: 10 еш.

Тана вазни: 30 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Тана ҳароратининг 39<sup>0</sup>С гача кўтарилиши.</p> <p>2. Тез-тез сийиши.</p> <p>3. Бел соҳасидаги, айниқса ўнг томонда сим-сим оғрик.</p> <p>4. Холсизлик, иштаха пасайиши.</p> <p>5. Сийдиги нотиник, лойка.</p> <p>6. Пастернацкий симптоми икки тарафдан ҳам мусбат.</p> <p>7. Касаллик 3 кун аввал бошланган, томоғи оғригандан кейин рўй берди.</p> <p>8. Белдаги оғрик аввал сал-пал бўлиб, кейин кучайди.</p>	<p>1. Нв-110 г/л.</p> <p>2. Эритроцит. - 4,2x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3. Лейкоцит. 16,4 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. ЭЧТ – 19 мм/с.</p> <p>5. Умумий оксил – 50 г/л.</p> <p>6. Альбумин 48%.</p> <p>7. γ-глобулин 26%.</p> <p>8. Сийдикда лейкоцитлар 20-25 дона.</p> <p>9. Сийдикда оксил – 0,066%</p>	<p>1. Лейкоцитоз.</p> <p>2. ЭЧТ тезлашган.</p> <p>3. Гипопротеинемия.</p> <p>4. Гипоальбуминемия.</p> <p>5. Гамма-глобулинемия.</p> <p>6. Лейкоцитурия.</p> <p>7. Протеинурия.</p>	<p>1. УТТ</p> <p>2. Тасвирий урография.</p> <p>3. Эскретор урография.</p>	<p>1. УТТ да контурлари аниқ ва текис эмас, деформациялашган, косачалар шишган, кенгайган.</p> <p>2. Тасвирий рентгенда буйрак контури кучайган.</p> <p>3. Эскретор урограммада (даволашдан кейин) форникслар аниқланмайди. Косачалар кенгайган.</p>	<p>1. Уткир циститдан. Циститда УТТ да буйракларда патология аниқланмайди.</p> <p>2. Ўткир циститда умумий ахволи қониқарли бўлади.</p> <p>3. Уткир паранефритда рентген экранда буйракнинг нафас олишда ва чикаришда ҳаракатчанлиги чегараланган.</p> <p>4. Нефролитиазда тасвирий рентгенда, УТТ да тош аниқланади.</p>	<p>1. <u>Антибиотиклар.</u> Абактал 0,5 табл. x 4 маҳал.</p> <p>2. <u>Уроантисептиклар.</u> Rp.Nevigramoni 0, 4. D.t.d. № 10 in caps. S. 1 кап. 2 маҳал</p> <p>3. <u>Гемодез</u> 200,0 томир ичига томчилаб.</p> <p>4. <u>Вит.В1</u> – 1,0 м/о 1 марта..</p> <p>5. <u>Пентоксил 0,05</u> 1 пор. 2 маҳал.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир цистит.

**Еши:** 5 еш.

**Тана вазни:** 16 кг.

Клиникаси	Ташҳисот			Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув			Интерпретация
1. Тез-тез сийиш. 2. Сийиш олдидан безовта бўлиш. 3. Сийиб бўлгандан кейин қаттиқ безовталиқ. 4. Тана ҳарорати 38,2 <sup>0</sup> С гача кўтарилди. 5. Иштаҳаси паст, серҳархаша. 6. Сийдик лойиқа ва хидли. 7. Вақти-вақти билан сийдигини тута олмаяпти. 8. Бу белгиларнинг барчаси 3 кун аввал бошланган.	1. Нв-98 г/л. 2.Эритроцит. 3,4 x 10 <sup>12</sup> /л. 3. Лейкоцит. 9,8x10 <sup>9</sup> /л. 4. ЭЧТ – 14 мм/с. 5. Сийдикда лейкоцитлар жуда кўп. 6. Эритроцит.5-6 та 7. Сийдикда оқсил - 0,66%	1. Анемия. 2. Лейкоцитоз. 3. ЭЧТ ошган. 4. Лейкоцитурия. 5. Эритроцитурия. 6. Протеинурия.	1. УТТ 2. Тасвирий урограмма. 3. Экскретор урограмма. 4. Ўткир даври ўтгач – цистоскопия.	1. УТТ қовуқ шиллиқ қавати қалинлашган, контурлари текисмас, трабекулалар аниқланади. 2. Тасвирий ва экскретор урограммада ўзгаришлар топилмади. 3. Цистоскопияда шиллиқ қавати кизарган Трабекулалари бор.	1. Пиелонефрит билан. Ушбу касалликда юқори еки пастки сийдик йулларида обструктив процесс борлиги аниқланиб, буйрак форниксларида ўзгариш топилади. 2. Қовуқ – сийдик найи рефлюкси. Ушбуда УТТ да сийдик найлари кенгайиши аниқланиб, цистограммада тасдиқланади.	1. <u>Антибиотиклар.</u> Rp.Ampicillini trigidrati 0,25 in tab. D.t.d N 30. S. 1 табл. 6 маҳал. 2. <u>Уроантисептики</u> Rp.: Phuradonini 0,05 D.t.d. № 15 in tabl. S. 1 табл. 3 маҳал Овқатдан кейин. 3. <u>Олиговит</u> 1 др. 1 маҳал 4. S.acidi ascorbinici 1% 1 ч.к. x 2 маҳал.
100% - 2	2	1	2	1	1	
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Чап тарафлама чов крипторхизми.

Еши: 5 еш.

Тана вазни: 18 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. <b>Шикоят:</b> ёрғок чап тарафида уруғдон йўқлиги.</p> <p>2. Қўрилганда ёрғок ассиметрияси: чап тарафдан териси анча буришган ва чов тарафга тортилган. Ёрғок ичида чап уруғдон пальпация қилинмайди, аммо чов каналида аниқ кулга уннайди, бироқ ёрғокга тушмайди.</p>	<p>1. Нв-130 г/л.</p> <p>2. Эритр.- <math>4,0 \times 10^{12}</math>/л.</p> <p>3. Лейкоцитлар <math>6 \times 10^9</math>/л.</p> <p>4. ЭЧТ-5 мм/соат.</p> <p>5. Сийдик нисбий зичлиги -1010</p> <p>6. Тиниқ.</p> <p>7. Оксил 0,033%.</p> <p>8. Эритр.йўқ.</p>	<p>Қон ва сийдик таҳлилида патология йўқ.</p>	<p>Уруғдонларни УТТ аппаратида текшириш</p>	<p>Эхосонографияда чап чов каналида 1,2 x 0,8 см. катталиқдаги уруғдон аниқланади.</p>	<p>1. Чов чурраси билан: пальпацияда чов чурраси юмшоқ – эластик мухитли, шу хосила қорин бўшлиғига тўғриланади. Чов канали ташқи тешиги кенгайган.</p>	<p><b><u>Режали равишда операция.</u></b></p> <p>Чап уруғдон ёрғокка туширилиб, орхидопексия қилинади.</p> <p><b><u>Операциядан кейинги даво:</u></b></p> <p>1. Ампициллин тригидрат 0,25 дан 4 маҳал (N-50 мг/кг).</p> <p>2. Анальгин 0,2 дан 3 маҳал (N-0,6 1 сутки)</p> <p>3. Олиговит 1 др. 1 маҳал</p> <p>Rp. Ampycillini trigidrati 0, 25</p> <p>D. 1. d N 10</p> <p>S. 1 табл. 3 маҳал</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Варикоцеле 2 даражаси.

Еши: 11 еш.

Тана вазни: 35 кг

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Ерғоқ чап тарафи жуда осилган ва шу сохада нохуш сезги.</p> <p>2. Кўрилганда: чап уруғдон проксимал тарафида чувалчангсимон ва эгилиб букилган хосилалар бор. Хосилалар босилганда йўқолади, аммо яна бир пасда пайдо бўлади.</p> <p>3. Хосилалар устидаги тери сал кўкимтир ва оғриксиз.</p>	<p>1. Нв-125 г/л.</p> <p>2.Эритр.-4,5x10<sup>12</sup>/л.</p> <p>3.Лейкоцитлар 6,7 x10<sup>9</sup>/л.</p> <p>4. Ранг кўрсаткичи -0,8.</p> <p>5. ЭЧТ-6 мм/соат.</p> <p>6. Сийдик нализида микдори -100 мл.</p> <p>7. Тиниқ.</p> <p>8.Лейкоцитлар 1-2.</p> <p>9. Эритр.йўқ.</p>	<p>Қон ва сийдик тахлилида патология йўқ.</p>	<p>УТТ доплеро-графия</p>	<p>Қон оқимининг чизиқли тезлиги сустлашган.</p> <p>Тестикуляр вена томирларида ретроград оқим.</p>	<p>1. Чов чурраси билан Чов чуррасида бўртик хосила юмшоқ – эластик мухитли бўлиб, ичидагилар кўлдираш билан корин бўшлиғига киради. Чов канали ташқи тешиги каттарган.</p>	<p>Режали равишда Иванисевич буйича операция қилинади.</p> <p><u>Операциядан кейин даво:</u></p> <p>1. Эритромицин 0,1 дан 3 марта (овкатдан кейин) (N-0,01 мг/кг).</p> <p>2. Анальгин 0,3 дан 3 марта (N-0,9 /сутки).</p> <p>3. Аскорб.к-та 0,1 дан 3 марта (N-100 мг/сутки).</p> <p>Rp. Erithromycini 0 1 D. 1. d. N 10 in tab S. 1 табл 3 маҳал (овкатдан кейин).</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сийдик тош касаллиги. Унғ буйрак ягона тоши. Асорати: калькулез пиелонефрит, гидронефроз.

**Еши:** 3 ёш.

**Тана вазни:** 14 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Бола қорнининг ўнг томонида сим-сим оғриқ, баъзан ўткирлашади, яъни қаттиқ оғриқ.</p> <p>2. Бола безовта.</p> <p>3. Тана ҳароратининг транзистор ошуви.</p> <p>4. Бола безовталанганида уқчиб қусади.</p> <p>5. Болада тез-тез сийиши.</p> <p>6. Сийдиги лойқа.</p> <p>7. Сийдиги вақти-вақти билан қизғиш.</p>	<p>Эритроцитлар – 2,6 x 10<sup>12</sup>/л.</p> <p>2.Гемоглобин–95г/л.</p> <p>3. ЭЧТ -28 мл/с.</p> <p>4. Қонда кальций – 3,6 ммоль/л.</p> <p>5. Умумий оқсил – 56 г/л.</p> <p>6. Альбумин- 48%.</p> <p>7. Гаммаглобулин – 24%.</p> <p>8. Сийдикда лейкоцитлар – 20-24 кўриш майдонида.</p> <p>9. Эритроцитлар – 10-12 кўриш майдонида.</p> <p>10. Сийдикда оқсил -0,099%.</p>	<p>1.Анемия.</p> <p>2.ЭЧТ ошган.</p> <p>3.Гиперкальциемия.</p> <p>4. Гипопротеинемия.</p> <p>5.Гипоальбуминемия</p> <p>6. Гипергамма-глобулинемия.</p> <p>7.Лейкоцитурия.</p> <p>8.Микрогематурия.</p> <p>9. Протеинурия.</p>	<p>1. Ўнғ буйракни сканирлаш.</p> <p>2. Тасвирий урограмма.</p> <p>3. Эксcretор урография.</p> <p>4 Радиоизотоп сканирлаш.</p>	<p>1. Ўнғ буйрак жоида 0,8 x 0,4 см.</p> <p>катталиқда эхонегатив соя берувчи тош.</p> <p>2. Тасвирий урограммада ўнгда 2 бел умуртқаси тўғрисида 0,7 x 0,4 см.</p> <p>катталиқдаги конкремент сояси бор.</p> <p>3.Эксcretор урограммада буйрак косача жом тизими кенгайган (унгда) ва буйрак жоида кўшимча соя аниқланади.</p>	<p>1. Обструктив ва необструктив пиелонефрит.</p> <p>2. Гидронефроз.</p> <p>3. Буйрак усмаси.</p> <p>4.Гломерулонефрит.</p>	<p>1.Номицин 50 мг.дан 3 махал.</p> <p>2.Фурадонин 50 мг.</p> <p>3 махал (овкатдан кейин).</p> <p>3. Амикацин 500.000 дан 3 махал мушак орасига.</p> <p>4. Гемодез 200,0 дан томир ичига хафтада 2 марта .</p> <p>5. Глюкоза 10% -100,0 Натрий хлорид 0,9% -100,0 Витамин В1 6% -1,0 томир ичига томчилаб кунига 1 марта.</p> <p>6. Операция: Пиелолитотомия унғдан.</p> <p>7. Метафилактика цистон, магурлит, фитолизин.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Сийдик тош касаллиги. Ковук тоши калькулез цистит билан.

**Еши:** 5 ёш.

**Тана вазни:** 13 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Сийиш махалида оғриқ ва безовталик.</p> <p>2. Сийишнинг кучангандан сунг чикиши, кийналиб сийиши.</p> <p>3. Странгурия.</p> <p>4. Полланурия.</p> <p>5. Бадбуй ва лойка сийдик чикиши.</p> <p>6. Терминал макрогематурия.</p> <p>7. «Кул» симптоми.</p> <p>8. Тана ҳароратининг транзитор равишда субфебрил кутарилиши.</p>	<p>1. Гемоглобин 98г/л.</p> <p>2. Эритроцитлар <math>-2,8 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>3. Умумий оксил – 62 г/л.</p> <p>4. Лейкоцитлар – <math>12,8 \times 10^9/л.</math></p> <p>5. ЭЧТ –24 мм/соат.</p> <p>6. Сийдикда лейкоцитлар – 16-18 кўриш майдонида</p> <p>7. Сийдикда оксил - 0,66%.</p> <p>8. Сийдикда эритроцитлар–8-10 та янги эритроцитлар</p>	<p>1. Анемия.</p> <p>2. Гипопротеинемия.</p> <p>3. Лейкоцитоз.</p> <p>4. ЭЧТ ошган.</p> <p>5. Лейкоцитурия.</p> <p>6. Протеинурия.</p> <p>7. Микрогематурия.</p>	<p>1. Ковукни ультратовуш сканирлаш.</p> <p>2. Тасвирий рентген.</p> <p>3. Цистоскопия.</p> <p>4. Урофлоуметрия.</p>	<p>1. Ковукда 0,6 x 0,4 см. катталикдаги эхонегатив соя берувчи тош аникланди.</p> <p>2. Тасвирий рентгенда симфиз устида 0,5x0,3 см. катталикдаги атрофии текисмас конкремент сояси бор.</p> <p>3. Цистоскопияда ковуқ шиллик каватда гиперемия, ҳар жойда фибрин пардаси бор. Ок – кунгир тош қуринади.</p> <p>4. Тош максимал ҳажми 190,0 мл. – 5 мл/сек. Колдик сийдик - 25 мл.</p>	<p>1. Уткир цистит.</p> <p>2. Уткир уретрит.</p> <p>3. Уткир баланопастит.</p> <p>4. Ковук усмаси</p> <p>5. Уретра орқа қисми клапани.</p> <p>6. Уретроцеле.</p>	<p>1. Ампицилин 400 000 дан 4 маҳал.</p> <p>2. 5-НОК 40 мг.дан 3 маҳал.</p> <p>3. Ковук катетерлаб илик фурацилин еки хлоргексидин билан ювиш.</p> <p>4. Операцияга тайёрлаш.</p> <p><b><u>Операция:</u></b></p> <p>1. Трансуретрал литотрипсия.</p> <p>2. Пункцияли цистолитотомия.</p> <p>3. Эпицистолитотомия.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўнг кўл 1 бармоқ паронихияси.

Еши: 10 еш.

Тана вазни: 29 кг

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Паронихия – тирноқ ёстиқчасининг яллиғланиши. Йирининг жойлашувига кўра: юзаки субэпидермал ва чуқурлашган. Бошланишда кизариш, шиш ва оғриқ кўшилади. Пайпаслаганда, босиб кўрганда оғриқ кучаяди, кузатилади. Яллиғланиш бошлаганда даво муолажаси килинса, жараён чуқурлашмайди. 2 чи боскичда йиринглаш жараёнида кизариш майдони шиш катталашади ва бутун тирноқ атрофига таркалади. Флюктуация, эпидермис юпкалашади.</p>	<p>Коннинг умумий тахлили. ирингни экишга берилади.</p>	<p>Узгаришсиз. Кўпрок стафилококк (чикади).</p>	<p>Оғриқ сохасини синчиклаб кўриш. Пальпация.</p>	<p>Жароҳат бўлади. Йиринг флюктуация оғриқ кузатилади.</p>	<p>Суяк, бугим тизими касалликлари билан дифференцияланади. Бу касалликда тери куриши модда алмашинуви бузилиши, эвазига юзага келади. Умумий оғриқ кузатилади.</p>	<p>Инфилтратив боскичда консерватив даво муолажаси бурилади. УФО, УВЧ, турли ванналар (калий перманганат, сода) билан № 3-5 2-боскичда флюктуация ўрта кисмидан (очилади) кесим утказилади. Хлорэтил билан оғриқсизлантирилади. - Эритромицин 20-40 мг/кг. - Линкомицин 30-60 мг/кг. № 7. - Гипертоник боғлам.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг елка суягининг юқори қисми эпифизар остеомиелити.

**Еши:** 20 кун.

**Тана вазни:** 3500 гр.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Елка суягидаги эпифизар остеомиелитга хос бўлган белгилар, оғриқ, елка камарида ҳаракат чекланиш маҳаллий ва кейинчалик умумий тана ҳароратининг кутарилиши кузатилади. Кулини ҳаракатлантирганда бола чинкираб йиғлайди. Тана ҳарорати 38-39<sup>0</sup> кутарилади. Бола она кукрагини олмай қуяди. Диспепсия аломатлари кузатилади. Унг кулида ҳаракат чекланади.</p>	<p>Лейкоцит. 10 x 10<sup>9</sup>. 20 x 10<sup>9</sup>.  Нейтрофил 90%.  СОЭ – 30-40 мм/ч.  Нв- 100-120 г/л.</p>	<p>Лейкоцитоз.  Нейтрофиллез.  СОЭ кутарилади.  Анемия.</p>	<p>Рентгенограмма 3-4 кун.    8-10 кун рентген тасвирда.</p>	<p>3-4 кун рентген тасвирда бугум оралиги кенгайиши кузатилади.  8-10 кун (кечги) рентген тасвирда деструктив узгариш кузатилади.</p>	<p>Флегмона унчалик кучли оғриқ бўлмайди Бугумда ҳаракат чекланмайди. Кизариш, шиш, оғриқ тез таркалади. Суяк синишда ва юмшоқ туқиманинг лат етганда ҳаракат чекланади лекин тана ҳарорати узгармайди, қон таҳлилда ўзгариш бўлмайди. Рентген тасвирда туширилгач хулоса қилинади.</p>	<p>1.Консерватив даво бошланади – антибиотик + линкомицин. Инфузион терапия муолажаси. 2. Елка бугумини олдин орқа томондан пункция қилинади. (акромиал соҳадан). Кўлини иммобилизация қилинади. Дезо боғлами қўйилади.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ияк ости аденофлегмонаси.

**Еши:** 12 ёш.

**Тана вазни:** 38 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Буйин соҳасида кўпроқ бўладиган йирингли яллиғланишларда бири бу ияк ости соҳаси аденофлегмонаси. Лимфа тармоқларининг ва майда қон томирларининг тикиз жойлашганлигидир. Яллиғланган шиш, ияк ости соҳасида жойлашади. Бошланишида каттик шаклдаги инфилтрат, кизариш, шиш, оғрик ва маҳаллий ҳарорат кузатилади. Кейинчалик тез авж олади ва йиринглаш билан бирга шакли ўзгаради, юмшоқ атрофилари текисланади, флюктуация кузатилади, тана ҳарорати кўтарилди.</p>	<p>Лейкоцит 12-14. СОЭ – 15-17м/ч.</p>	<p>Лейкоцитоз (N- 4,5-9). СОЭ усган. (N- 4-7 мм/ч).</p>	<p>Текширишга ҳожати йўқ.</p>	<p>Пальпацияда каттик, кейинчалик юмшоқ флюктуация аниқланади.</p>	<p>Буйин соҳасидаги флегмона билан. Касаллик тез бошланади ва атроф тўқималарга тарқалади. Жағ ости соҳасида ен томонда шиш, сулак оқиш кучаяди, нафас олиш кийинлашади.</p>	<p>Биринчи кундан антибиотик бошланади: Цефазолин 25-50 мг/кг. х 3 маҳал м/о. Полимиксин 100.000 т.Ед. кг. х 3 маҳал. УВЧ терапия № 5. Incisio – новокаин 0,5 % - 5 мл. Кесимни хосиланинг кок – ўртасидан (0,5-0,7 см.) кесилади ва кенгайтирилиб, йиринг чиқарилади. Перекись водород 3% - фурациллин 1:5000 ювилади, гипертоник боғлам қуйилади.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўнг сон суягининг ўткир гематоген остеомиелити.

Еши: 10 ёш.

Тана вазни: 33 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Беморнинг шикояти 1-2 кунда, холсизликка, кўл-оёқларидаги самилловчи оғриқга, мушаклардаги оғриқга, бош оғриқгига ва қайд қилишга. Тана ҳарорати 39 <sup>0</sup> С кўтарилди. Умумий ахволи оғир. Эс-хуши жойида эмас, алаҳсираш (бред), тутқанок (судороги) тутади. Тили курук, қараш боғлаган. Қон босими тушади, юрак тонлари – буғуқ, пульс – тезлашган, ипсимон, ўпкада бронхопневмония аломатлари кузатилади. Жигар ва талоқ катталашмаган, оғриқли. Буйрак соҳасида оғриқ бор. Сийдик камаяди. Оксил, цилиндр кузатилади.	Нв- 78 г/л. Эритроц. 2,5-3x10 <sup>6</sup> . Лейкоц. 15-20 СОЭ–30-40 мм/ч. Сийдик – 450 – 500 мл. Оксил – 165 Цилиндр – 3,4. Нейтрофилез 94%. Эозинофил.94%. Моноцитоз 1,8.	Анемия (130-160 г/л) камаяди (4,5-5,0). Лейкоцитоз (4,5-9,0) кутарилади. (4-7 мм/ч.) камаяди. Оксил кутарилган (нормада йўқ). Нейтрофилез (50-70%) камаяди (1-6) (нормада 3-11).	Рентген тасвирда 5-10 кун. 10-15 кунда. Суяк ичидаги босим улчала-нади (ВКД). Вальдман аппаратида 300-400 мм. сув устинлиги тенг.	Перностал реакция кузатилмайди. Суяк атрофидаги юмшоқ, тўқималарда узгариши кузатилади. Яллиғланиш жойида, чизикли соя куринади. Кортикал кават нотекис, суяк пустлоғи калинлашади, кейинчалик суяк билан куйилиб кетади. Суяк ичидаги босим 300-500 мм. сув устин кўтарилади. Нормада 101-111 кам сув уст.тенг.	Суяк сил касаллиги билан периферик лимфа тугунлари. Кўкс оралиғи ва ўпка лимфа тугунлари катталашади. Мушаклар атрофияга учрайди ва касалланган томонда бурмалар калинлашади. - Суяк саркомаси ва Юинга саркомаси билан дифференцияланади, биопсияга олинади ва хулоса қилинади. - Флегмона. - Абсцесс билан дифференциация қилинади.	<u>Суякни тешилов</u> (остеоперфорация) – босим туширилади ва суяк ичига антибиотик томчилаб юбориш билан бошланади, линкомицин 500 000 Ед. – 1000 000 Ед. антисептик растворда. Цефалоспорин 500 000 Ед. 4-6 марта суткасига м/о. Глюкоза 10%. - Натрий хлорид 0,9%. Плазма (10-15 мл./кг) Альбумин 10% (10 мг/кг). <u>Реополиглукин.</u> Гемодез. (100 мл/кг). Фуросемид, лазикс 1-2 мг/кг. верошперон билан (0,5-1 мг/кг). - Антистафилококкли плазма.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Энса соҳасидаги фурункул.

Еши: 2 еш.

Тана вазни: 12 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Шикоятлари - энса соҳасидаги оғрикка, маҳаллий ҳарорат кўтарилишига.</p> <p>- Энса соҳасидаги 0,8-1,0 см катталиқдаги шиш ва кизариш кузатилади.</p> <p>- Шу шишиб кизарган соҳани бола жуда авайлайди.</p> <p>- Тана ҳарорати доимий субфебрил бўлиб турибди.</p> <p>- Буйин соҳасидаги лимфа тугунлари катталашган. Шиш марказида ягона соч толаси кўтарилиб турибди.</p>	<p>Гемоглабин 108 г/л. Эритроцит. <math>3,1 \times 10^{12}/л.</math></p> <p>Лейк. <math>7,4 \times 10^9/л.</math></p> <p>Сийдикнинг умумий тахлилида лейкоцит. 1-2 кўриш майдонида.</p>	<p>1. Анемия.</p> <p>2. Лейкоцитоз</p>	<p>Текширишга хожати йўқ.</p>	<p>Текширишга хожати йўқ.</p>	<p>Фурункул асосан карбункул билан, псевдофурункулез билан солиштирма Ташҳисот қилинади.</p> <p>Карбункулда бир неча соч толалари копчаси йирингли – деструктив яллиғланиш жараёнига учраган.</p> <p>Псевдофурункулезда эса кичик ўлчамдаги йиринг учоклари бўлиб, теридан аниқ чегара билан ажралиб туради, йирингли учокда узок бўлмайди.</p>	<p>1. <u>Оператив даво.</u></p> <p>Йирингли учокни очиш ва жароҳатда резина тасма қолдирилади ва 10% ли гипертоник эритманинг спиртли аралашмаси қуйилади.</p> <p>2. <u>Консерватив.</u></p> <p>а) Ампициллин 250.000 ТБ дан 6 маҳал м/о. (N-100-120 мг/кг)</p> <p>б) Пиковит 1 ч/к дан 3 маҳал ичишга.</p> <p>в) УВЧ жароҳат соҳасига.</p> <p>г) Мазли боғламлар.</p> <p>R.Ampycillini 500.000 D.t.d. N 15 in flac. S. По 250.000 тўс.Ед. мускул орасига 6 марта .</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўнг думба соҳасидаги чақалоқлар флегмонаси.

Еши: 1 ойлик.

Тана вазни: 3 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b>                      1.Боланинг тана ҳарорати 38-39°с гача кўтарилишига.                      2. Унг думба соҳасидаги 5.0-4.0 см катталиқдаги терининг кизғиш, кўкариб шишиб турганлигига.                      Пальпацияда – маҳаллий ҳарорати кўтарилган, оғрикли атроф тўқималари каттиклашган, марказида флюктуация аниқланади. Бола унг оёғининг ҳаракати чекланган. Дикқат билан караганда шишнинг соғлом соҳа билан чегараси салпал кўтарилган, маркази эса нисбатан ботиброк турганлиги аниқланади. Иккала чов соҳасидаги лимфа тугунлари ҳам катталашган.</p>	Гемоглобин 92 г/л Эритроцит. 2.8·10 <sup>12</sup> г/л Лейкоцит. 16,2·10 <sup>9</sup> г/л Умум.оксил 50 г/л ЭЧТ–24 мм/соат Сийдикда лейкоцит. 2-3 та кўриш майдонида.	1.Анемия. 2.Гипопротеинемия. 3.Лейкоцитоз. 4. ЭЧТ ошган			Абсцесс билан бунда аниқ чегараланган йирингли учоқ бўлиб, шу соҳа териси кизарган – кўкимтир, яққол флюктуация аниқланади. Атроф тўқимада инфильтрация кузатилади. Марказий қисми нисбатан кўтарилиб туради. Карбункул билан бунда эса аниқ чегараланган йирингли учоқ бўлиб, териси кизарган, кўкимтир рангдан. Асосан тананинг бўйин, думба, сон соҳасида жойлашади. Шиш марказида бир еки бир нечта соч толалари аниқланади.	<p><u>1. Оператив даво.</u>                      Йирингли учоқни шахматсимон кесиш билан очиш, жароҳат йирингдан тозаланиб водород пероксиди билан, фурацилин (1:5000) ювиш, 15% ли асептик боғлам куйилади.  <u>2. Консерватив даво.</u>                      а) Цефозалин 50-100 мг/кг.                      б) Иммуномодулин 0.5 мл дан ҳар куни бир маҳал м/о                      в) Вит-В12-0.5 мл дан кунора                      г) Вит-В6-0.5 мл дан кунора                      д) Инфузион терапия Реополиглюкин 40,0 мл. в/и томчилаб.                      Глюкоза 10% -40,0 мл.                      Аскор.к-та 5% - 0,5 мл.                      Калий хлор 4% - 2,0 мл.                      в/и томчилатиб.</p>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг сон суяги проксимал қисмида Броди абсцесси.

**Еши:** 5 еш.

**Тана вазни:** 16 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Сон сохасининг юқори қисмида сим-еим оғрик. Ўнг тарафдан.</p> <p>2. Тана ҳароратининг транзистор ошуви.</p> <p>3. Ўнг сон сохасининг юқори қисми шишган.</p> <p>4. Сон суягининг юқори қисми босилса, оғрик сезилади.</p>	<p>1. Лейкоцитлар <math>12,9 \times 10^9/л.</math></p> <p>2. Эозинофиллар: <math>0,54 \times 10^9/л.</math></p> <p>3. ЭЧТ – 24 мм/соат.</p> <p>4. Гамма-глобулин – 30,4%</p>	<p>1. Лейкоцитоз.</p> <p>2. Эозинофилия.</p> <p>3. ЭЧТ ошуви.</p> <p>4. Гипергамма-глобулинемия.</p>	<p>1. Сон суягининг проксимал қисмини ультратовуш сканирлашда ўтказиш.</p> <p>2. Махаллий термометрия унгдан – <math>37,2^0</math>. чапдан <math>36,0^0</math>.</p> <p>3. Сон юқори қисми ўлчами унгдан 31,2 см. чапдан 28,4 см.</p> <p>4. Сон суяги рентгени.</p> <p>5. Сон суягининг компьютер томографияси.</p>	<p>1. Ўнг сон суягининг юқори қисмида доира шаклида 2,1 x 1,9 см. катталиқда эхоген соя бор.</p> <p>2. Махаллий температура ошган.</p> <p>3. Ўнг сон сохаси шишган.</p> <p>4. Ўнг сон суягининг юқори учлигида 2,2x2,0 см. катталиқдаги деструкция зонаси перифокал склероз билан кўзга ташланади.</p> <p>5. Усти зонаси билан деструкция учоғи ўртасида ёруғланиш чизиғи бор.</p>	<p>1. Сон суяги юқори қисми остеомаси.</p> <p>2. Сон суяги юқори қисми остеосаркомаси.</p> <p>3. Сон суяги юқори қисми остеомиелити.</p> <p>4. Худди шу қисм суяк кистаси.</p> <p>5. Остеоид - остеома.</p> <p>6. Юинг Саркомаси.</p>	<p>1. <u>Операциядан</u> олдинги тайегарлик.</p> <p>1. Канамицин 160 мг. 2 марта м/о.</p> <p>2. Поливитамин 1 др. 2 махал.</p> <p>3. Аскорб.к-та3% - 1 ош. кош. 3 махал.</p> <p>4 Димедрол 0,05 1 ош.к. 3 махал.</p> <p>Операция:</p> <p>1. <u>Сон суягини</u> трепанациялаб, йирингли бўшлиқ деворини кириб олиб, абсцесс бушлигини антибиотик билан тулдириш.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Чап сон суяги дистал метафизиди Гарренинг склерозланган остеомиелити.

**Еши:** 7 ёш.

**Тана вазни:** 21 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1. Чап сон суяги пастки қисмида сим-сим оғриқ. 2. Тана ҳароратининг транзистор ошуви. 3. Чап сон соҳаси пастки қисмининг шишганлиги. 4. Чап сон суяги пастки қисмини пальпация қилганда оғриқ.	1. Лейкоцитлар $11,9 \times 10^9/л.$ 2. Эозинофиллар - $0,45 \times 10^9/л.$ 3. ЭЧТ - 12 мм/соат. 4. Гаммаглобулин 26,5%	1. Лейкоцитурия. 2. Эозинофилия. 3. ЭЧТ нинг ошуви. 4. Гипергамма глобулинемия.	1. Чап сон суягини ультратовушда сканирлаш. 2. Маҳаллий термометрия чапдан 37,2 ўнгдан 36,1. 3. Сон соҳаси пастки қисми чапдан 31,3 см. ўнгдан 26,1 см. 4. Чап сон суяги рентген расми. 5. Шу суяк компьютер томографияси.	1. Чап сон суяги пастки қисмининг эхопозитивлиги ошган. 2. Чап сон соҳасида пастки қисми температураси ошган. 3. Чап сон соҳаси пастки қисми шишган. 4. Чап сон суяги пастки қисми қалинлашган, аммо суяк канали склерозга учраган. 5. Кичик – кичик секвестрлар кўринади.	1. Сон суяги сурункали остеомиелити. 2. Сон суягининг кичик суяк кисталари. 3. Остеоид – остеома. 4. Юинг саркомаси.	
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						



**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўнг сон суяги проксимал қисмида Броди абсцесси.

**Еши:** 5 еш.

**Тана вазни:** 16 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
1. Сон сохасининг юқори қисмида сим-еим оғриқ ўнг тарафдан. 2. Тана ҳароратининг транзистор ошуви. 3. Ўнг сон сохасининг юқори қисми шишган. 4. Сон суягининг юқори қисми босилса, оғриқ сезилади.	1. Лейкоцитлар 12,9 x10 <sup>9</sup> /л. 2. Эозинофиллар: 0,054 x 10 <sup>9</sup> /л. 3. ЭЧТ – 24 мл/соат. 4. Гамма-глобулин – 30,4%	1. Лейкоцитоз. (N-5,6x10 <sup>9</sup> /л). 2. Эозинофилия. (0,025x10 <sup>9</sup> /л) 3. ЭЧТ ошуви. (N-8мм/соат). 4. Гипергамма-глобулинемия. (N-19,0 %).	1. Сон суягининг проксимал қисмини ультратовуш сканирлашда ўтказиш. 2. Махаллий термометрия ўнгдан – 37,2 <sup>0</sup> . 3. Сон юқори қисми ўлчами ўнгдан 31,2 см. чапдан 28,4 см. 4. Сон суяги рентгени. 5. Сон суягининг компьютер томографияси.	1. Ўнг сон суягининг юқори қисмида доира шаклида 2,1 x 1,9 см. катталиқда экзоген соя бор. 2. Махаллий температура ошган. 3. Ўнг сон сохаси шишган. 4. Ўнг сон суягининг юқори учлигида 2,2x2,0 см. катталиқдаги деструкция зонаси перифокал склероз билан кўзга ташланади. 4. Усти зонаси билан деструкция учоғи ўртасида ёруғланиш чизиғи бор.	1. Сон суяги юқори қисми остеома. Остеомада рентген тасвирда кўшимча суяк аниқ ва текис чегара билан аниқланади. 2. Сон суяги юқори қисми остеосаркома. Остеосаркома рентген тасвирда «куёш ели» симптоми аниқланади. 3. Сон суяги юқори қисми остеомиелити. Остеомиелитда секвестр кўринади. 4. Худди шу қисм суяк кистаси. Суяк кистаси рентген тасвирда аниқ чегарали киста аниқланади. 5. Остеоид - остеома. Остеоид-остеомада рентген тасвирда аниқ чегарали тиник учок ва унинг ичида суяк тўқимаси кўринади. 6. Юинг Саркомаси. Юинг Саркомасида «пиёз пусти» симптоми аниқланади – рентгенда.	1. Операциядан олдинги тайегарлик. 1. Канамицин 160 мг. 2 марта м/о.(10 мг/кг) 2. Поливитамин 1 др. 2 махал. 3. Аскорб.к-та3% - 1 ош. кош. 3 махал. (N-50 мг) 4 Димедрол 0,05 1 ош.к. 3 махал. (N-0,02 бир марталик) Операция: 1. Сон суягини трепанациялаб, йирингли бўшлиқ деворини кириб олиб, абсцесс бўшлиғини антибиотик билан тўлдириш.
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чап сон суяги дистал метафизиди Гарренинг склерозланган остеомиелити.

**Еши:** 7 ёш.

**Тана вазни:** 21 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Чап сон суяги пастки кисмида сим-сим оғриқ.</p> <p>2. Тана ҳароратининг транзитор ошуви.</p> <p>3. Чап сон соҳаси пастки кисмининг шишганлиги.</p> <p>4. Чап сон суяги пастки кисмини пальпация килганда оғриқ.</p>	<p>1. Лейкоцитлар <math>11,9 \times 10^9/л.</math></p> <p>2. Эозинофиллар <math>-0,45 \times 10^9/л.</math></p> <p>3. ЭЧТ- <math>12 \text{ мм/соат.}</math></p> <p>4. Гаммаглобулин <math>26,5\%</math></p>	<p>1. Лейкоцитурия. (<math>N-6,2 \times 10^9/л.</math>)</p> <p>2. Эозинофилия. (<math>0,028 \times 10^9/л</math>)</p> <p>3. ЭЧТ нинг ошуви. (<math>N-8 \text{ м/с.}</math>)</p> <p>4. Гипергаммаглобулинемия. (<math>N-18,4\%</math>)</p>	<p>1. Чап сон суягини ультрато-вущда сканирлаш.</p> <p>2. Махаллий термометрия чапдан <math>37,2</math> унган <math>36,1.</math></p> <p>3. Сон соҳаси пастки кисми чапдан <math>31,3 \text{ см.}</math></p> <p>4. Чап сон суяги унган <math>26,1 \text{ см.}</math></p> <p>4. Чап сон суяги рентген расми.</p> <p>5. Шу суяк компьютер томогра-фияси.</p>	<p>1. Чап сон суяги пастки кисмининг эхопозитивлиги ошган.</p> <p>2. Чап сон соҳасида пастки кисми температураси ошган.</p> <p>3. Чап сон соҳаси пастки кисми шиган.</p> <p>4. Чап сон суяги пастки кисми калинлашган, аммо суяк канали склерозга учраган.</p> <p>5. Кичик – кичик секвестрлар қуринади.</p>	<p>1. Сон суяги сурункали остеомиелити. Сурункали остеомиелитда рентген тасвирда аниқ чегарали секвестр қуринади.</p> <p>2. Сон суягининг кичик суяк кисталари. Кичик суяк кисталарида клиник белгилари йўқ. Рентгенда эса аниқ чегарали суяк кисталари бор.</p> <p>3. Остеоид – остеомада кучли оғриқ булиб, айниқса кечаси кучаяди. Рентген тасвирда суяк ичида тиник учок булиб, унинг ичида суяк қуринади.</p> <p>4. Юинг саркомасида рентгенда «пиез пусти» симптоми аникланади..</p>	<p>1. Физиотерапия – УВЧ.</p> <p>2. Канамицин <math>100 \text{ мг.}</math> дан қунига <math>2 \text{ махал.}</math> (<math>10 \text{ мг/кг.}</math>)</p> <p>3. Поливитамин <math>1 \text{ др.}</math> <math>2 \text{ махал.}</math></p> <p>4. Операция – Чап сон суяги четини резекция қилиб, суяк каналини қириб олиш.</p>
100% - 2	2	1	2	1	1	1
50% - 1	1	0,5	1	0,5	0,5	0,5
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

**5-курс**

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Чап катта болдир суяги проксимал метафизининг альбуминоз Олѐе типигади остеомиелит.

**Еши:** 6 ёш.

**Тана вазни:** 19 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1. Чап болдирнинг юқори тарафида сим-сим оғриқ, у вақти-вақти билан кучаяди.</p> <p>2. Тана ҳароратининг транзистор равишда ошиб туриши.</p> <p>3. Чап болдир юқори тарафининг шишганлиги .</p> <p>4. Чап болдирнинг юқориси пальпация қилинганида оғрийди.</p>	<p>1. ЭЧТ- 32 мм/соат.</p> <p>2. Эозинофиллар – <math>0,7 \times 10^9/\text{л}</math></p> <p>3. Лейкоцитлар – <math>12,4 \times 10^9/\text{л}</math></p> <p>4. Лимфоцитлар 18%</p> <p>5. Гаммаглобулин – 24,5%.</p>	<p>1. ЭЧТ тезлашган.</p> <p>2. Эозинофилия.</p> <p>3. Лейкоцитоз.</p> <p>4. Лимфопения.</p> <p>5. Гипергамма-глобулинемия</p>	<p>1. Чап катта болдир суягининг ультратовушда сканирлаш.</p> <p>2. Махаллий термометрия <math>-37,2^{\circ}\text{C}</math>.</p> <p>3. Болдирнинг хажми: ундан <math>-24,1</math> см. чапдан <math>-28,2</math> см.</p> <p>4. Чап болдир тасвирий рентгени.</p> <p>5. Чап болдирнинг компьютер томографияси.</p>	<p>1. Чап катта болдир суягининг суяк мугузи каналининг торайиши ва экзогенлиги ошуви.</p> <p>2. Махаллий ҳарорат ошган.</p> <p>3. Чап болдир юқори қисми шишган.</p> <p>4. Чап болдир суяги склерозланиб унинг канали торайган</p>	<p>1. Юинг саркомаси.</p> <p>2. Остеосаркома.</p> <p>3. Хондробластома.</p>	<p>1. Чап катта болдир суягини трепанация қилиб, альбуминоз суюкликни олиб ташлаб, унинг ўрнини антибиотиклардан бири билан тўлдириб, пломбалаш лозим.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Тери ости панарицийси.

Еши: 12 ёш.

Тана вазни: 32 кг.

Клиникаси	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> Бармоқдаги лўқилловчи оғриққа, уйқунинг бузилишига, бош оғриги, маҳаллий ҳарорат кўтарилишига. -Бармоқ охириги буғимларида шиш ва кизаришнинг борлиги.. -Шу шиш ва кизарган соҳада оғриқ кучайиши. -Шикастланган бармоқда ҳаракатнинг чекланиши. - Оғриқнинг пульсацияланувчи ҳарактерли булиши. - Тана ҳарорати субфебрил ёки фибрил даражагача ошган. - Регионар лимфа тугунлари катталашган, оғриқли.</p>	<p>1. Умумий қон таҳлили.  2. Умумий пешоб ва ахлат таҳлили.  3. Йиринг бактериологик экмаси.</p>	<p>Якқол лейкоцитоз (9-11 мин ва ундан юқори). СОЭ одатда мейёрий чегарада.  Патогномоник ўзгаришлар кайд этилмайди.  Йиринг – яллиғланиш сабабчиси (кузғатувчи микроб) аниқланаиб, унинг антибиотика сезгирлиги топилиб тегишли антибактериал даво ўтказилади.</p>	<p>1.Бармоқ рентген тасвири.  2.Тугмачали зонд билан текшириш.</p>	<p>Йирингли – яллиғланиш жараёнида суякдаги ўзгаришлар бор йўқлигини аниқлаш мақсадида бажарилади.  Энг кўп шикастланган, оғриқли жойни аниқлаш ва унга кулай кесимни таншлаш мақсадида.</p>	<p>1.Суяк панарицийси: -оғриқ секин аста, узок муддат давомида ривожланиб кучайиб боради. Оғриқ интенсивлиги нисбатан сустрок.  2. Тендовагинат - шиш бутун бармоқ буйлаб кузатилади. Шиш асосан бармоқ устки томонида кузатилади. -Бармоқни ростлаш кўпроқ оғриқ чақиради. - Кўшни бармоқлар фаолияти ҳам чекланган, бўлади.</p>	<p>1. <u>Консерватив даво.</u> А. Антибактериал даво. Б. УВЧ. В. Ванна (бармоқли) қилиш қунига 2-3 маҳал). <u>2. Мазли боғламлар.</u>  <u>3. Оператив даво.</u> - Йирингли учокни очиш. Бу Лукашевич-Оберст буйича маҳаллий утказувчи оғриқсизлантириш остида бажарилади ва албатта - резина тасмаса-колдирилади. Антибактериал даво сифатида: -Линкомицин 30% - 10-20 мг/кг қунига. Эритромицин фосфат 20 мг/кг қунига м/о. в/и. 7-14 кун. Рифампицин 20 мг/кг қунига ичишга. 7-14 кун.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10 б.						

5курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: ДВС синдром 1 фазаси. Ёши: 8 ёш. Тана вазни: 28кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
ДВС синдромининг 1 фазаси асосан клиник белгиларсиз кечади.	Қон ивиш вақти  Протромбин индекси  Тромбоцитлар  Фибриноген	Қон ивиш вақтининг қисқариши. (нормада Ли-Уайт бўйича 3-5 мин.) ПТИ кўрсаткичининг ошиши (нормада 75-85%)  Ўзгаришсиз (норма 180-320 минг.)  Фибриноген миқдорининг ошиши (норма 250-350мг%)			Капилляротоксикозларда – петехиал тошмалар кузатилади.  Шенлейн –Генох касаллигида – тромбоцитопения кузатилади.	Айланувчи қон ҳажмини тўлдириш ФСТ+Сувсизланиш даражаси (2дар) (1660+980мл)  -Гепарин 200-300Ед/кг/сут (1,1 мл/сут) -Натив ёки янги музлатилган плазма 10 мл/кг (280 мл)  -натрий гидрокарбонат 4%- 2-4мл /кг (56-112мл)  -Трентал 5 мг/кг (3мл) - Реополиглюкин 10мл/кг (280) - Цефалоспоринлар 100-150мг/кг - Кальций глюконат 10% - 10 мг/кг ( 2,8мл)  <i>Rp: Sol.Heparini-5000 ED Dtd: №1 фл. S: 1,1 мл суткага тери остига.</i>  <i>Rp: Sol.Trentali 5%-5,0мл Dtd: №2 in amp. S: 3мл вена ичига физ.эритма билан.</i>
100% - 2	2	2	-	-	2	2
50% - 1	1	1	-	-	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	-	-	0	0
Максимал балл - 10						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Синдром: Геморрагик шок.

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 27 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
А/Б ва МВБ нинг пасайиши. Тери ва шиллик қаватларининг оқариши. Акроцианоз. Хушининг бузилиши. Қўл ва оёқларнинг музлаши. Периферик қон-томирларда тўлиқлик ва тарангликнинг пасайиши.	Гемоглобин 70 г/л Эритроцитлар Гематокрит РН- 7.2 рО <sub>2</sub> 80 мм см уст.дан паст рСО <sub>2</sub> 45 мм.см.уст.дан юқори. ВЕ (5,0) Қон ивиш вақти	Гемоглобин ва (норма120-130 г/л) Эритроцитлар (норма3-4 млн.) микдорининг пасайиши. Гематокрит (норма35-40%) узгармаган холда Метаболик ацидоз (норма7.35-7.45), Гемоглобинга боғлиқ равишда артериал қонда рО <sub>2</sub> нинг пасайиши (норма 80-96 мм.см. уст.) РСО <sub>2</sub> (норма 35-45мм.см.уст.) ВЕ норма –5 дан +5гача (мэкв/л) Қон ивиш вақтининг қисқариши (Маровиц бўйича 3-4 мин).	А/Б пасайган 80/40 мм смуст МВБ  ЮУС (120 марта мин)  Шокли индекс -1,5	А/Б (норма 110-70 мм.см.уст.) ва МВБ ( норма 6-12 см.сув.уст.) нинг параллел равишда пасайиши. ЮУС (нормада 88 марта минутага) Компенсатор тахикардия.  Нормада шокли индекс 1,0 дан кам	Сувсизланиш Гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари юқори. Гиповолемия. Токсикосептик холатда-интоксикация белгилари	Қон кетишини тўхтатиш АҚХ ни тўлдириш полиглюкин 10 мл/кг (270мл). Йўқотилган қон миқдорининг 50-60%ни қон ва унинг компонентлари билан тўлдириш Гемостатик даволаш Кальций хлор 10%-10мг/кг (2,7мл) Дицинон 10мг/кг (1,0мл) Гепарин20-30Ед/кг (540-810Ед) Метаболик ацидозга қарши. Натрий гидрокарбонат 4% 2-4мл/кг (54-108 мл) Оксигенотерапия, лозим бўлса ўпкаларнинг сунъий вентиляциясини ўтказиш. <i>Rp: Sol.Calcii chloridi 10%-10,0мл</i> <i>Dtd: №2 in amp.</i> <i>S: 6мл вена ичига физ.эритма билан.</i> <i>Rp: Sol.Dicynoni 12,5%-2,0мл</i> <i>Dtd: №2 in amp.</i> <i>S: 1мл вена ичига.</i>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Синдром: Бош мия шиши.

Ёши: 9 ёш.

Тана вазни: 20 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Хушининг енгил бузилиши ёки чуқур кома ҳолати</p> <p>Брадикардия, Брадипноэ, оғир ҳолатларда апноэ кузатилиши мумкин.</p> <p>Энса мушаклари ригидлиги, бош оғриғи, қусиш кўнгил айнаши, талваса хуружи, парез, параличлар.</p>	<p>Умумий оксил 50г/л дан паст</p> <p>Қондаги электролитлар Na<sup>+</sup> 135 ммоль/л паст</p> <p>K<sup>+</sup> 3,3-5,5 ммоль/л</p> <p>Ca<sup>++</sup> 1,1-2,1 ммоль/л</p>	<p>Норма 55-65г/л онкотик босимни камайиши</p> <p>Норма 135-145 ммоль/л осмотик босимни пасайиши сувни хуж/оралиғидаги бўшлиққа йиғилиши</p> <p>K<sup>+</sup> (3,3-5,5 ммоль/л)</p> <p>Ca<sup>++</sup> (1,1-2,1 ммоль/л)</p>	<p>Бош суяги рентгенографияси</p> <p>Электроэнцефалография</p> <p>Орка мия пункцияси</p> <p>Эхоэнцефалоскопия</p> <p>Компьютер томографияси</p>	<p>«Бармоқ ботиклари» симптоми, кон-томир суратини кучайиши.</p> <p>Диффуз, секин тўлқинлар кузатилади.</p> <p>Ликвор босимининг ошиши (130 мм.сув.уст. дан юқори). Бош мия ичи гипертензияси белгилари, бош мия дислокацияси. Бош мия ичи гипертензияси белгилари.</p> <p>Бош мия ичи гипертензияси белгилари.</p>	<p>Шок (ўткир қон айланиши бузилиши, тўқималар перфузиясини бузилиши, артериал қон босимини пасайиши).</p> <p>Кома билан дифференциал ташҳис ўтказиш (хушини йўқолиши, метаболизм ва кислота-ишқор мувозанатини бузилиши; масалан - уремик комада мочевина хиди келиши, диабетик комада – ацетон хиди ва х.к.).</p>	<p><u>-Дегидратация:</u></p> <p>фуросемид 1% 1-2 мг/кг (2,0 мл)</p> <p>-маннит 15%-1г/кг (170мл)</p> <p>-глицерин 1-2г/кг ичишга (40-80мл 30%ли эритма)</p> <p>-альбумин, плазма (6-8мл/кг) (160 мл) гипотермия нейроплегия билан аминазин, дроперидол 0,25%-0,15 мг/кг (1,3мл)</p> <p>-кортикостероидлар: преднизолон 5мг/кг (3,3 мл суткасига)</p> <p><u>Оксигенотерапия.</u></p> <p>Rp: Sol. Aminazini 0.25%-2.0</p> <p>Dtd: №1 in ampulis</p> <p>S: 2.0 м/у</p> <p>Rp: Sol. Albumini 10%-200,0</p> <p>Dtd: №1 in flaconis</p> <p>S: 160 мл в/у</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Стенозли ларинготрахеит. Стеноз II даражаси.

Ёши: 3 ёш.

Тана вазни: 15 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бемор бола жуда безовта Тери қоплами цианотик Акроцианоз Инспиратор хансираш. Гипотензия. Нафас мушакларини зўриқиб ишлаши, тахикардия, хириллаб нафас олиш	Қондаги умумий оксил  Қондаги электролитлар  Қондаги газлар рO <sub>2</sub>  рСО <sub>2</sub>  Кислород сатурацияси -SaO <sub>2</sub>	Ўзгармаган норма 55-65 ммоль/л  Ўзгармаган К <sup>+</sup> 3,3-5,5 ммоль/л Na <sup>+</sup> 135-145 ммоль/л Са <sup>++</sup> 0,9-1,1 ммоль/л рO <sub>2</sub> 80 мм.см.уст пасайган (норма. 80-96 мм.см.уст); рСО <sub>2</sub> нинг 45 мм.см. уст. дан ортиши (норма 35-45 мм.см.уст); аввал респиратор кейин аралаш ацидоз. SaO <sub>2</sub> нинг 90% дан пасайиши (норма 95-98%);	Ўпка аускультацияси  Юракни аускультацияси  Артериал қон босими  Ларингоскопия	Нафас ўтказилишини сусайиши Юрак тонларининг бўғиклашуви. Қон босими пасайган. (норма 80/50 мм.см.уст.) Овоз боғламларидаги қоплама ва торайиш	Хикилдок ёт жисмида анамнезида ёт жисм тушиши. Ларингоспазм (2 ёшгача бўлган болаларда учрайди, рахитни белгиси бор, нафас чикариш «хўроз қичкириғи кўринишида) ва халқум орти соҳаси абсцессида, эпиглоттитда (яққол ютиш актининг бузилиши, гипертермия билан кечадиган интоксикация).	Бевосита ларингоскопия намланган ва илиқ аэрозолларни пуркаш седация, Седуксен 0,5% 0,3 мг/кг (1мл) Супрастин 2% (0,3мл). Преднизолон 2-3 мг/кг (30мг -1,0 мл), лозим бўлса трахея интубация яси ёки трахеостомия ўтказиш.  Цефаласпоринлар – цефазолин: 100-150 мг/кг (500мгx3м), 10% глюкоза 10мл/кг реополиглюкин (150 мл); 10 мл/кг қон, плазма – 10 мл/кг, но-шпа – 1,0; 0,2 – 0,5% трипсин, хемотрипсин Ингаляцияси Rp: Sol. Suprastini 2%-2.0 Dtd: №2in amp. S: 0.3 ml m/u.  Rp: Sol Tripsini –2,0 Dtd: №1 in flac. S: ингаляция учун.  Rp: Sol.Prednizoloni 3%-1,0мл Dtd: №2 in amp. S: 1мл мушак орасига.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максиал балл -10						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўпка шиши.

Ёши: 6 ёш

Тана вазни: 21 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Хансираш. Шовқинли нафас. Қизғиш рангли кўпиксимон ажралиши. Цианоз. Тахикардия. А/Б пасайиши Томир уруши суст ва тез. Диспептик бузилишлар, терлаш</p>	<p>Умумий оксил  Қондаги электролитлар  Қондаги газлар кўрсаткичи  Умумий сийдик тахлили:</p>	<p>диспротеинемия 50г/л дан пасаяди норма 55-65 ммоль/л Na<sup>+</sup> 135 ммоль/л дан камаяди. Норма – K<sup>+</sup> 3.3-3.5 ммоль/л, Na<sup>+</sup> 135-145 ммоль/л, Ca<sup>++</sup> 0.9-1.1 ммоль/л  PO<sub>2</sub> (норма – 80-100 мм.см.уст.) ва SaO<sub>2</sub> нинг пасайиши (норма 95-98%) PCO<sub>2</sub> нинг ортиши (норма 35-45 мм см.уст), метаболик ацидоз  протеинурия</p>	<p>Ўпка аускультацияси  Юрак аускультацияси  Артериал қон босимини ўлчаш  Кўкрак қафаси рентгенографияси  ЭКГ  ЭхоКГ</p>	<p>Турли калибрдаги нам хириллашлар  Юрак тонлари бўғиқлашган АҚБ декомпенсация даврида паст ва компенсация даврида юкори.  Ўпка илдизи сохасида булутсимон симметрик соялар. Гипертрофия белгилари, ST-сегменти ўзгариши, миокард метабализмининг сусайиши. Миокард кискариши ва чап қоринча насос функциясининг пасайиши.</p>	<p>Зотилжам (тери харорати кўтариллиши, қизғиш рангли кўпиксимон балғам ажралмайди)  РДС (чакалоқларда гиалин мембран касаллигида учрайди) Юкори нафас йўлларидаги ёт жисм билан дифференциал ташҳис ўтказиш лозим (ЎНЕ 1-2 даража, бронхоспазм, экспиратор хансираш, гипоксия холати)</p>	<p>Электр-торткич ёрдамида нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, спирт буғлари ёрдамида кўпик хосил бўлишини камайтириш Оксигенотерапия – ниқоб ёки бурун канюлялари ёрдамида СДППД Мартин-Буйер усули. Диуретиклар-лазикс 1-2мг/кг (2-4мл); маннит 15% -0.5 - 1 г/кг (70-140 мл) Эуфиллин 2.4% 1мл хар ёшига (6,0мл) Ганглиоблокаторлар-пентамин 0,5-1,5мл 20%- 40% глюкоза строфантин 0.05% мл/кг/суткага (0,025-0,05 мг/кг) (тўйинтириш дозаси) Инотроп дорилар: Допамин 2дан-10мкг/кг/мин гача.  <i>Rp: Sol.Lazixi 1%-2,0мл</i> <i>Dtd: №2 in amp.</i> <i>S: 2мл вена ичига физ.эритма билан.</i>  <i>Rp: Sol.Euphillini 2,4%-10,0мл</i> <i>Dtd: №2 in amp.</i> <i>S: 6мл вена ичига физ.эритма билан.</i></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Травматик шок

Ёши: 5 ёш

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>1) Эректил фаза Харакат активлигини ошиши. Безовталаниш. Хансираш. Тери ва шиллик қаватларини оқариши. Хушни бузилиши. Неврологик симптоматика. қўл ва оёқларни музлаши. Жароҳат қайд этилиши</p> <p>2) торпид фаза бемор холсиз апатия. А/Б 60% пасайган. Пульси ипсимон тахикардия. Тахипноэ. Тери копламларини Оқариши. Олигурия.</p>	<p>Гемоглобин</p> <p>Гематокрит</p> <p>Эритроцитлар</p> <p>РН (7.37-7.45)</p> <p>PO<sub>2</sub></p> <p>PCO<sub>2</sub></p> <p>BE -5.0</p> <p>Пешоб умумий тахлили</p>	<p>Гемоглобин курсаткичининг пасайиши ( норма 120-130 г/л) Гематокрит узгармайди. (нормада 35- 40%)</p> <p>Эритроцитлар микдорининг камайиши (нормада 3-4 млн)</p> <p>Метаболик ацидоз рO<sub>2</sub> (нормада 80-96 мм. см.уст) ва рСО<sub>2</sub> (35-45 мм.см.уст)</p> <p>кўрсаткичлари нормада сақланиши мумкин.</p> <p>BE&lt;- 5</p> <p>Макро ёки микрогематаурия (нормада манфий)</p>	<p>А.Б ( ўрта) (норма 50-70 мм.см.уст.)</p> <p>марказий веноз босим (6-12 см сув уст.)</p> <p>томир уриши тезлиги ( 100 маротаба минутига) Шоқли индекс 1 &lt; ортик</p> <p>рентгенография</p>	<p>Қон айланишини марказлашуви натижасида тахикардия ва АБ нинг ошишига мойиллик .Торпид фазада тахикардия ва артериал гипотония,</p> <p>Суякларда анатомик бирлик йўқолишини рентгенологик тасдиқланиши</p>	<p>Комада</p> <p>Хушининг чуқур йўқолиши, Эндотоксемияда Гемодинамик кўрсаткичларининг чуқур ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкин.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Оғриқсизлантириш. Морфин 1%- 0.1мг/кг (0,2 мл)</li> <li>- Айланаётган қон хажмини тўлдириш полиглюкин 10 мл/кг ( 200 мл)</li> <li>- Гемостатик даво Кальций хлор 10% 10 мг/кг ( 2.0 мл) Дицинон 10 мг/кг ( 0.8 мл)</li> <li>- Метаболик ацидозга қарши натрий гидрокарбонат 4% 2-4 мл/кг (40-80мл)</li> <li>- Оксигенотерапия лозим бўлса сунъий нафас бериш.</li> <li>- Асосий касалликни даволаш</li> </ul> <p><i>Rp: Sol.Morphini hydrochloridi 1% -1.0</i> <i>D t d № 6 in amp.</i> <i>S: 0.2 мл м/о</i></p> <p><i>Rp: Sol. Natrii gidrocarbonati 4% -100,0</i> <i>D t d №1 in flac.</i> <i>S: 40 мл вена ичига томчилаб.</i></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Клиник ўлим

Ёши: 1 ёшда

Тана вазни: 9 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Нафас ва кон айланишининг тўхташи, Хушининг бўлмаслиги, Тўлик арефлексия кўз қорачиқлар максимал даражада кенгайиши ва ёруғликга жавоб реакциясини бўлмаслиги мушаклар гипотонияси	1.Қонда қанд микдорини аниқлаш  Сут кислотаси  Ишқорий фосфатаза	Бирданига пасаяди (нормада 1.7-4.2 ммоль/л)  Тўпланади (нормада 1.4-2.9 ммоль /л) Пасаяди (нормада 59 ТБ)	ЭКГ Мониторинг Пульс частотаси  Нафас частотаси  Кислород сатурацияси қон босими  ЭЭГ	Изочизик Сигнал йўқ Аниқланмайди (нормада 110)  Аниқланмайди (нормада 30 та бир минутда) (нормада 95-98%)  аниқланмайди (нормада 90/65 мм.см.уст.)  альфа-бета ритмларнинг йўқолиши ва дельта-ритмларни пайдо бўлиши (нормада альфа, бета- ва тета-ритм тўлкинлари)	Биологик ўлим -атропин синамаси – манфий. -ЭКГ да ритмлар йўқ -изочизик «бемеGRID синамаси» 25 мг ЭЭГ ритмлар йўқ - изочизик «совук сув синамаси» - ташки эшитув йулига 0,5-1,0 Қ18 ўС сув юборилади кўз олмаларининг харакатлари йўқ	- оғиздан -оғизга, оғиздан - бурунга, Амбу ёрдамида ўСВ (ИВЛ) - трахея интубацияси - Сунъий нафас бериш респираторлар ёрдамида - Юракни билвосита массаж қилиш <u>Медикаментоз даволаш</u> - СаС1 <sub>2</sub> - 10%-1.0мл/ёшига (1.0 мл в/и) - Адреналин гидрохлорид 0.2-0.5 мл 0.1% эр-да (0.2 мл) - Бикарбонат натрий 4% эр-ма 4 мл/кг (18мл) (0,1 мг /кг) - Атропин сульфат 0.1% 0.5 мл бир ёшга (0.1 мл) <u>Интенсив даволаш</u> -реополиглюкин-100мл -кутбли эритма -100мл -Кокарбоксилаза 50 мг, Вит. С 5% - 1.0мл Юрак ичига СаС1 <sub>2</sub> - 1.0мл Адреналин гидрохлорид-0.2-0.3 мл в.и. <i>Rp: Sol. Adrenalini hydrochloridii 0.1% 1.0</i> <i>D t d; №10 in amp</i> <i>S: 0.2 мл вғи</i>  <i>Rp: Sol. Atropini sulfati 0.1% - 1.0</i> <i>D t d; №10 in amp.</i> <i>S: 0.5 мл вена ичига.</i>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Талваса синдроми

Ёши: 11 ойлик

Тана вазни: 10 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Талвасалар бу – мушакларни тез ритмик ва норитмик қисқариши, Хушни йўқотиш, Бошни орқага ташлаши, Нафас шовқини, оғиздан кўпик ажратмаларини кўриш мумкин, нафас йўллари ўтказувчанлигини тил билан тўсилиб қолиши, Тери қопламалари цианотик оқимтир тусда бўлади «Ботаётган қуёш» симптоми кўрилади- Тахикарди, брадикардия Асистолия кузатилади.	Электролитлар Нв Эритроцитлар Лейкоцитлар  Ликвор цитоз анализи. Панди реакцияси  Орқа мия босими  Қанд Эритроцитлар  Оксиллар  КЩС РН  PO <sub>2</sub>  PCO <sub>2</sub>	Гипокальцемия (нормада 2-3.0 ммоль/л) (нормада 115г/л) (нормада 4.7-10 <sup>12</sup> м <sup>3</sup> ) лекоцитоз ёки лейкопения (норма 10.5-10 <sup>9</sup> г/л)  манфий (нормада манфий)  ошган, минутига 60 томчидан юқори (нормада мин.30-60 томчи)  манфий манфий (нормада манфий) манфий (нормада манфий)  мет.ацидоз рН<7.34 (норма-7.34-7.44) рO <sub>2</sub> <60 мм.см.уст (норма 80-96 мм.см.уст) рCO <sub>2</sub> <35мм.см.уст (нормада 35 – 45 мм.см.уст.)	1.ЭЭГ  2.Эхоэнцефалоскопия  3.Р-графия калла суягини  4.Кўз тубини текшириш  5.Реоэнцефалограмма	Юқори амплитудаги тўлқинлар (нормада-альфа-,бета-ритмлар) Калла ичи гипертензияси (нормада-бўлмади)  Бармоқ изи белгиси кўринади (нормада қам бўлиши мумкин)  Тўр пардада димланиш, артериялар қисқариши ва веналар кенгайиши (нормада димланиш белгилари йўқ)  қон билан тўлган томирлар асимметрияси (нормада симметрик бўлади)	Гипертермия фонида бадан қахшаши. Енгил гипоксия белгиларисиз ва хушини йўқотмасдан кечади, нафас олиши ўзгармайди.	1. <u>Қаётмай муқим аъзоларнинг</u> функциясини тиклаш ( нафас ўтказувчанлигини тиклаш, O <sub>2</sub> - терапия; зарур бўлганда сунъий нафас бериш). 2. <u>Талвасага қарши препаратлар</u> - Седуксен-0.5%-0.3мг/кг ( 1.0мл) - ГОМК-20%-50-100мг/кг (2.5мл) - Дроперидол –0.25%- 0.2-0.25 мг/кг (1.0мл) - Аминазин-0.1 мл бир ёшига (0.2мл) - Типентал-натрий 8мг/кг (8.0мл) - Фенобарбитал 0.05 x 2 марта  3. <u>Дегидратацион даволаш:</u> - Магний сульфат Mg (SO <sub>4</sub> ) <sub>2</sub> - 25% эритма 1 мл бир ёшига (1.0мл) - Новокаин 0.5% -1.0 м/о - CaCl <sub>2</sub> 1.0 мл бир ёшига ( 1.0мл) - Фуросемид-1% эритмаси 1-3 мг/кг (1.0мл)  <i>Rp: Sol. Furosemidi 1% - 2.0 D t d: № 6 in amp S: 1.0 мл томир ичига</i>  <i>Rp: Sol.Seduxeni 0,5%-2,0мл Dtd: №2 in amp. S: 1мл вена ичига физ.эритма билан.</i>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл - 10

5-курс

Талабанинг клиник фикрлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Токсикоздаги эскикоз.

Ёши: 6 ойлик

Тана вазни: 6 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
- Тери қопламлари қуруқ, шиллик қаватлари ҳам қуруқ - Тўқималар тургорлиги паст - Лиқилдоқлари пасайган - Тери бурмаларини секинлик билан тўғирланиши - Сув йўқотишга олиб келадиган сабаблар: қусиш, диарея, буйрак етишмовчилиги	1.Қоннинг умумий тахлили, қоннинг ивиш вақти  2.Сийдикнинг умумий тахлили ва солиштира оғирлиги, оксиллар 3. Қон электролитлари, кондаги умумий оксиллар. Қон ва сийдик осмолярлиги  4.Коагулограмма	1.гемокрит 44% юқори норма 34-42% тромбоцитлар ( 180-320x10 <sup>9</sup> г/л) Қоннинг ивиш вақти Маровиц буйича 3-5мин. 2.Сийдикнинг умумий тахлили солиштира оғирлиги 1020 (норма 1012-1018) 3.Плазмада натрий Na <sup>+</sup> 3 ммоль/л паст (норма138-145) Плазма К <sup>+</sup> 3 молль /л паст (норма 3.5-4.5 ) Қоннинг осмолярлиги 280 ммоль/л паст (норма280-320) Сийдик осмолярлиги 700 ммоль/л паст (норма780-850) 4. Фибриноген 5мг% юқори (норма-2-3мг %) Протромбин 120% юқори ( норма 80-100)	ЭКГ ЮУС ва А/Б  Марказий веноз босим  Соатли диурез аниқлаш (СД)  Пульсоксиметрия кислород сатурациясини аниқлаш  АҚХ (ОЦК)	1.ЮУС 150 юқори (норма 130-140мин) АБ 70/30паст (норма 80/40-75/35 мм.см.уст.) 2.МВБ.60 мм.сув уст. (норма -80-120 мм. сув.уст.) 3.СД 15 мл/кг ( 14-20 мл/с) 4.Пульсоксиметрия О <sub>2</sub> - 90 паст ( тўқималар перфузияси бузилиши) (нормада-98%)  5.ОЦК (АҚХ) пасайган 50 мл паст Эваннинг инвазив усули билан аниқланади (нормада 10% тана вазнидан)	1.Оксилли энергетик холат (гипотрофия)  2. Қандли диабет - тери қопламлари қуруқ чанкаш ва гиперосмоляр холат туфайли полиурия	1.Эскикоз 1 даражаси орал регидратацияниҚ амбулатор даволаш 2. Эскикоз 2 даражаси а) венага тушиш б) реополиглукин 15 мл/кг в) 4% натрий гидрокарбонат 4 мл /кг г) 5% глюкоза 0.9% физиологик эритма билан 2:1 нисбатда 10-15 мл (кг х соат) 3.Эскикоз 3 даражаси (ангедримик шок) гипертоник сувсизланиш а)венага тушиш б) 5% глюкоза 0.9% физиологик эритма билан 2:1 нисбатда 20 мл (кг х соат) в) Допамин 5-10 мкг /кг/мин в/и га қилинганидан кейин натижа кузатилмаса инфузион муолажалар давом эттирилади.  <i>Rp: Reopoliglucini 200.0</i> <i>Did: №1 in flac.</i> <i>S: Томир ичига 90.0 мл секин томчилаб.</i>  <i>Rp: Sol.Natrii chloridi 0,9%-200,0мл</i> <i>Did: №1 in flac.</i> <i>S: 60мл вена ичига томчилаб.</i>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл - 10

5-курс

Талабанинг клиник фикирлашини баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гипертермик синдром Ёши: 3 ёш Тана вазни: 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Тана қароратининг гипертермик рақамларгача кўтарилиши, совуқ қотиш Тер ажралишининг кучайиши Харакат ва нутқнинг кўзғалиши</p> <p>Галлюцинация Хушдан кетиш Нафас тез, қисқа, талваса қолатини пайдо бўлиш эқтимоли бор Қон босими пасайиши, тахикардия, микроциркуляциянинг бузилиши</p>	<p>1) гематокрит -Ht</p> <p>2)Сийдикнинг солиштира огирлиги.</p>	<p>Кўрсаткичнинг кўтарилиши қоннинг қуюқлашишидан далолат беради.</p> <p>Ht&gt;40% (нормада 35-40%)</p> <p>Кўрсаткичнинг 1020 дан ошиши сувсизланишдан далолат беради. (нормада 1012-1018)</p>	<p>1) Тана хароратини ўлчаш</p>	<p>(нормада 36,6-36,9<sup>0</sup>C)</p> <p>а) ўрта 38-39<sup>0</sup>C б) юқори 39-41<sup>0</sup>C в) гиперпиретек - 41<sup>0</sup>C- дан юқори.</p>	<p>Организмни исиб кетиши Бу қолат асосан янги туғилган ва кичик ёшлиларда тери ости ёғ қопламлари хали яхши ривожланмаган болаларда учрайди.</p> <p>Қуёш уриши (юзнинг қизиши, қусиш, қўнгил айниш, холсизлик, кўз хиралашуви)</p>	<p>1. <b>Гипертермияга қарши кураш :</b> <b>А) Медикаментоз усуллар:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Анальгин - 50% эритма 0,1 -0,2 мл/ёшига ( 0,5мл)</li> <li>- Аспирин 0,1 мг/кг 1/3 таблетка сут билан овқатдан кейин</li> <li>- Аминазин - 0,1 мл/ёшига (0,3 мл)</li> <li>- Дроперидол 0,25% 0,15-0,25 мг/кг (1,2мл)</li> </ul> <p><b>Спазмолитиклар :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Но-шпа 0,3мл/кг (1,0мл)</li> <li>- Папаверин 0,2 мл/кг ( 0,5мл)</li> <li>- Платифиллин 0,2 мл/кг ( 0,5 мл)</li> </ul> <p><b>Б) Физик усуллар:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Болалани музлатиш</li> <li>- Болани ечинтириш</li> <li>- Боланинг бошига ва чов соҳасига муз халталачаларини қуйиш</li> <li>- Болани тери қопламларини спирт билан артиш</li> <li>- Болани ошқозонини совуқ сув билан зонд орқали ювиш.</li> </ul> <p>2. Хаётий муқим аъзолари фаолиятини тиклаш</p> <p>3. Кранио-церебрал гипотермиясини ўтказиш.</p> <p><i>Rp: Sol.Analgini 50%-2,0</i> <i>DTD: №2 in amp.</i> <i>S: 0,5мл вена ичига.</i></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0.5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл - 10						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бурун тўсиғи қийшиқлиги.

Ёши: 9 да

Тана вазни: 31 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> бурундан нафас олиш қийинлиги, манқаланиш, аксириш</p> <p><b>Анамнезид:</b> тез-тез синуитлар бўлиши, вақти-вақти билан эшитиш пасайиши, бронхиал астма хуружлари, (вазомотор ринит), энурез, аклий фаолиятнинг бузилиши, тишлар қаторининг бузилиши қийшиқлиги.</p>	<p><b>Ум.қон. анализи</b>                      Нб—120 г/л                      Эр—4,0x10<sup>12</sup>/л                      РК—0,9                      Тр—180x10<sup>9</sup>/л                      Л—5,0x10<sup>9</sup>/л                      т.я.—1x10<sup>9</sup>/л                      с.я.—54x10<sup>9</sup>/л                      эоз—2x10<sup>9</sup>/л                      баз—0                      л—37x10<sup>9</sup>/л                      м—6x10<sup>9</sup>/л                      ЭЧТ—6 мм/соат                      Умумий қон ва сийдик таҳлили ўзгаришсиз.</p>	<p><b>Ум.қон. анализи</b>                      Нб—120-140 г/л                      Эр—3,9-5,0x10<sup>12</sup>/л                      РК—0,85-1,05                      Тр—180-320x10<sup>9</sup>/л                      Л—4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л                      т.я.—1-6x10<sup>9</sup>/л                      с.я.—47-72x10<sup>9</sup>/л                      эоз—0,5-5x10<sup>9</sup>/л                      баз—0-1                      л—19-37x10<sup>9</sup>/л                      м—3-11x10<sup>9</sup>/л                      ЭЧТ—2-15 мм/соат</p>	<p><b>Олдинги риноскопия:</b> бурун тўсиғи бўртиб, чуқки ёки қирра ҳосил қилиш билан "S" ёки "С"-симон қийшайганлиги (қарама-қарши томондаги бурун чиғаноқларининг компенсатор катталашганлиги).</p> <p><b>Ринопневмометрия:</b> бурундан нафас олишнинг қийинлиги</p>	<p>Олдинги риноскопияда бурун тўсиғи ўртада, бурун йўллари кенг, ажралмалар йўқ, нафас олиши бемалол.</p>	<p><b>Сурункали ринитлар:</b>                      Бурун тўсиғи ўрта чизикда, гипертрофик ринитда чиғаноқлар юзаси ғадир-будир бўлиб гул қарамни эслатади. Атрофик ринитда шиллиқ қаватлар юпқа ва қурук ва баъзан қарашлар кўринади. Вазомотор ринитда чиғаноқлар катталашган анемизацияда қисқаради.</p> <p><b>Сурункали синуит:</b> рентгенограммада яллиғланган бўшлиқда хиралашиш.</p> <p><b>Аденоидлар:</b> Бармоқ билан текширишда ёки эпифарингоскопияда аденоид тўқима.</p> <p><b>Бурун ёт жисми:</b> бурундан кўланса ҳид келади, олдинги риноскопияда ринолит ёки ёт жисм кўрилади.</p> <p><b>Бурун бўшлиғи синехияси:</b> анамнезида бурун бўшлиғида операция ўтказилганлик ёки жароҳат, олдинги риноскопияда бурун ён девори ва бурун тўсиғи ўртасида чандикли битишиш кўринади.</p> <p><b>Хоаналар атрезияси:</b> патология туғма, ушбу томон бурун йўлларида шиллиқ ажралма мавжуд ва нафас олишда иштирок қилмайди. Зондланганда атрезия сезилади. Лозим ҳолларда контрастли рентгенограмма қилинади.</p> <p><b>Полипоз синуит.</b></p> <p><b>Бурун бўшлиғи ўсмалари</b>  <b>Ўсмирлар ангиофибромаси</b> Бурун йўлларида полип, ўсма. Дигноз гистологик текшириш R<sup>o</sup>, КТ, МРТ маълумотларига асосланади.</p>	<p>Бурун тўсиғи шиллиқ ости резекцияси ва аутоотоғай ва аутосуяк реимплантацияси билан.</p> <p>Жарроҳликдан кейинги даврда</p> <p>1.Rp.:Benzylpenicillini -natrii-500000ED D.t.d. № 10</p> <p>S. 9 ёшли болага 500000 ЕД кунига 4 марта м/о, 6<sup>00</sup>-12<sup>00</sup>-18<sup>00</sup>-24<sup>00</sup> ларда.</p> <p>2.физиотерапия <b>УВЧ, СВЧ</b></p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл- 106

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бурун бўшлиғи ёт жисми.

Ёши: 4 еш

Тана вазни: 18 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> бурундан қўланса хид келиши (бурун бўшлиғида ёт жисм узоқ туриб қолганда), бурундан йирингли шиллик ажралма келиши, бурундан нафас олишга қийналиш.</p> <p><b>Анамнезида:</b> айрим ҳолларда бурунга ёт жисм киритилганини ота-онаси айтиши мумкин.</p>	<p><b>Умум. қон ан.</b>                      Нв—120 г/л                      Эр—<math>4,0 \times 10^{12}</math>/л                      РК—0,9                      Тр—<math>180 \times 10^9</math>/л                      Л—<math>5,0 \times 10^9</math>/л                      т.я.—<math>1 \times 10^9</math>/л                      с.я.—<math>54 \times 10^9</math>/л                      эоз—<math>2 \times 10^9</math>/л                      баз—0                      л—<math>37 \times 10^9</math>/л                      м—<math>6 \times 10^9</math>/л                      ЭЧТ—3 мм/соат</p> <p><b>Умум. ахлат, пешоб ан. ўзгаришсиз</b></p>	<p><b>Умум. қон ан.</b>                      Нв—120-140 г/л                      Эр—3,9-<math>5,0 \times 10^{12}</math>/л                      РК—0,85-1,05                      Тр—180-<math>320 \times 10^9</math>/л                      Л—4,0-9,0<math>\times 10^9</math>/л                      т.я.—1-6<math>\times 10^9</math>/л                      с.я.—47-72<math>\times 10^9</math>/л                      эоз—0,5-5<math>\times 10^9</math>/л                      баз—0-1                      л—19-37<math>\times 10^9</math>/л                      м—3-11<math>\times 10^9</math>/л                      ЭЧТ—2-15 мм/соат</p>	<p><b>Олдинги риноскопияда</b> мос бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишганлиги, бурун йўлларида шиллик йирингли, буруннинг ушбу томонидан нафас олишга қийналиш. Ёт жисм визуал кўринади (олча, гилос данаги, ўйинчоқ деталлари, пахта, коғоз, батарейка ва бошқ.)</p>	<p>Олдинги риноскопия бурун шиллик қавати оч пушти рангда, бурун йўллари кенг ва тоза, нафас олиши эркин.</p>	<p><b>Ринолит:</b> бурундан қўланса хид келиши, Риноскопияда: кўнғир-қора рангли ёт жисм, зонд билан текканда тош сезилади.</p> <p><b>Сурункали синуит:</b> рентгенограммада яллиғланган бўшлиқ хиралашиши</p>	<p>Бурун бўшлиғи                      Rp.: Sol. Naphtysini 0,1%-10,0 in flac.                      D.S. ёт жисм олиб ташлашдан олдин бурунга анемизация учун сурилади.                      Rp.: Sol. Lidocaini 10%-60 in flac orig                      D.S. ёт жисмни олиб ташлашдан олдин бурунга анестезия учун сепилади.                      Махсус илмок ёрдамида ёт жисм олиб ташланади.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл - 10б.



5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Сурункали гипертрофик ринит

Ёши: 8 ёш.

Тана вазни: 28 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> бурундан нафас олиш қийинлиги ва шу туфайли бош оғриғи, хид билиш қобилияти пасайганлиги, ёпик манқаланиш, эшитишнинг пасайиши, акса уриш.</p> <p><b>Анамнезид:</b> бемор узоқ вақт мобайнида сурункали гайморит, этмоидитлар билан касалланган бўлиб, даволанишдан кейин нафас олиши тикланмаганлиги.</p>	<p><b>Умум. қон ан</b>                      Нв—120 г/л                      Эр—4,0x10<sup>12</sup>/л                      РК—0,9                      Тр—180x10<sup>9</sup>/л                      Л—5,0x10<sup>9</sup>/л                      т.я.—1x10<sup>9</sup>/л                      с.я.—54x10<sup>9</sup>/л                      эоз—2x10<sup>9</sup>/л                      баз—0                      л—37x10<sup>9</sup>/л                      м—6x10<sup>9</sup>/л                      ЭЧТ—5                      мм/соат                      Умум. ахлат,                      пешоб ан.                      ўзгаришсиз</p>	<p><b>Умум. қон ан</b>                      Нв—120-140 г/л                      Эр—3,9-5,0x10<sup>12</sup>/л                      РК—0,85-1,05                      Тр—180-320x10<sup>9</sup>/л                      Л—4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л                      т.я.—1-6x10<sup>9</sup>/л                      с.я.—47-72x10<sup>9</sup>/л                      эоз—0,5-5x10<sup>9</sup>/л                      баз—0-1                      л—19-37x10<sup>9</sup>/л                      м—3-11x10<sup>9</sup>/л                      ЭЧТ—2-15                      мм/соат</p>	<p><b>Риноскопия:</b> бурун чиғаноклари катталашган, юзаси ғадир-будир бўлиб гул карамни эслатади. Томирларни торайтирувчи препаратлар сурилганда чиғаноклар қискармайди</p> <p><b>Ринопневмометрия</b> бурун орқали нафас олиш кескин қийинлашган.</p>	<p>Ташки бурун деформациясиз. Бурун тўсиғи ўрта чизикда, бурун йўллари кенг, тоза, ажралмалар йўқ. Бурун чиғаноклари катталашмаган, оч пушти рангда, шиллик қавати нам.</p>	<p><b>Вазомотор тумов.</b>(акса уриш, нафас олиш қийинлиги кўп миқдорда шиллик ажралма келиши сингари триада симптомлар кузатилади). Бурун чиғаноклари катталашган аммо томирларни торайтирувчи препаратлар сурилганда қисқаради.</p> <p><b>Бурун тўсиғи қийшиқлиги:</b> риноскопияда тўсик бўртиб, чўққи ёки қирра ҳосил қилиш билан "S" ёки "C"-симон қийшайганлиги (қарама-қарши томондаги бурун чиғанокларининг компенсатор катталашганлиги)</p> <p><b>Атрофичек тумов</b> шиллик қаватлар курук ва юпка.</p> <p><b>Сурункали синусит:</b> рентгенограммада яллиғланган синус проекциясида хиралашиш аниқланади.</p> <p><b>Аденоидлар:</b> Бармоқ билан текширилганда ва эпифарингоскопияда аденоид тўқима аниқланади.</p> <p><b>Бурун ёт жисми:</b> бурундан кўланса хид келиши ва риноскопияда ёт жисм ёки ринолит кўринади.</p> <p><b>Бурун бўшлиғи синехияси:</b> анамнезида бурун бушлиғида жаррохлик ўтказилганлиги ёки жароҳат аниқланади. Риноскопияда синехиялар кўринади.</p> <p><b>Хоаналар атрезияси:</b> патология туғма, ушбу томон бурун йўлларида шиллик ажралма мавжуд ва нафас олишда иштирок қилмайди. Зондланганда атрезия сезилади. Лозим ҳолларда контрастли рентгенограмма қилинади.</p> <p><b>Полипоз синусит.</b>  <b>Бурун бўшлиғи ўсмалари</b>  <b>Ўсмирлар ангиофибромаси</b> Бурун йўлларида полип, ўсма. Дигноз гистологик текшириш R<sup>o</sup>, КТ, МРТ маълумотларига асосланади.</p>	<p><b>Операция:</b> Умумий оғриқсилантириш остида бурун чиғаноклари ультра товушли дезинтеграция қилинади, агарда жараён чуқур бўлса икки томонлама пастки конхотомия қилинади. Бундан ташқари гипертрофик ринитга сабабчи ҳисобланмиш сурункали синуситлар даволанади</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл- 106

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: 2 томонлама сурункали йирингли гайморозтмоидит

Ёши: 14 ёш.

Тана вазни: 42 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> бош оғриши, бурун битиши, бурундан йирингли ажралма келиши.</p> <p><b>Анамнезида:</b> тез-тез шамоллаб туриши, 4 ойдан буён касаллиги.</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили</b></p> <p>Нь—120 г/л Эр—4,0x10<sup>12</sup>/л РК—0,9 Тр—200,0x10<sup>9</sup>/л Л—8,2x10<sup>9</sup>/л т.я.—1x10<sup>9</sup>/л с.я.—37x10<sup>9</sup>/л эоз—4x10<sup>9</sup>/л баз—0 л—54x10<sup>9</sup>/л м—3x10<sup>9</sup>/л ЭЧТ—8 мм/соат</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили</b></p> <p>Нь—120-140 г/л Эр—3,9-5,0x10<sup>12</sup>/л РК—0,85-1,05 Тр—180-320x10<sup>9</sup>/л Л—4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л т.я.—1-6x10<sup>9</sup>/л с.я.—47-72x10<sup>9</sup>/л эоз—0,5-5x10<sup>9</sup>/л баз—0-1 л—19-37x10<sup>9</sup>/л м—3-11x10<sup>9</sup>/л ЭЧТ—2-5мм/час</p>	<p><b>Пальпация:</b> ит чуқури ва кўз ички бурчаги босилганда оғрик.</p> <p><b>Риноскопия:</b> ўрта бурун йўлида йирингли ажралма, пастки ва ўрта бурун чиғаноқлари катталашган, кўкимтир тусда.</p> <p><b>Ринопнемометрияда:</b> нафас олиш қийинлашган.</p> <p><b>Ольфактометрияда:</b> хид сезиши камайган – гипоосмия.</p> <p><b>Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенограммасида:</b> юкори жағ ва ғалвирсимон бўшлиқлар проекциясида хиралашиш ва «сатх» кўринади.</p> <p><b>Пункцияда:</b> йиринг олинади.</p> <p><b>Проец усули билан тозаланганда:</b> йиринг</p>	<p><b>Пальпация:</b> оғрик йўқ.</p> <p><b>Риноскопияда:</b> ажралма йўқ, бурун йўллари кенг. Бурун чиғаноқлари катталашмаган.</p> <p><b>Ринопнемометрияда</b> Бурундан нафас олиш бемалол.</p> <p><b>Ольфактометрияда:</b> хид сезиш меъёрида – нормосмия.</p> <p><b>Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенограммасида:</b> бўшлиқлар хиралашмаган.</p> <p><b>Пункция:</b> қилинмайди</p> <p><b>Проец усули:</b> билан тозаланмайди</p>	<p><b>Бурун тўсиғи қийшайиши:</b> риноскопияда бурун тўсиғи қийшайган.</p> <p><b>Аденоидлар:</b> Бармоқ билан текширилганда аденоидлар аниқланади.</p> <p><b>Сурункали гипертрофик ринит:</b> риноскопияда пастки бурун чиғаноқлари катталашган, гул карамни эслатади, томирларни торайтирувчилар сурилганда қискармайди.</p> <p><b>Сурункали атрофик ринит:</b> риноскопияда бурун бўшлиғи кенг шиллиқ қавати курук, баъзан карашлар мавжуд.</p> <p><b>Вазомотор ринит:</b> риноскопияда бурун чиғаноқлари катталашган, адреналин сурилганда нафас олиши тикланади. Анамнезида аллергия ёки нейровегетатив ўзгаришлар.</p> <p><b>Бурун ва унинг ёндош бўшлиқлари ўсмалари (ўсмирлар ангиофибрамаси, остеома ва бошқалар:</b> КТ ва гистологик текшириш маълумотлари.</p> <p><b>Ринолит:</b> Риноскопияда бурун йўлларида тош аниқланади.</p>	<p>Асоратланмаган гайморозтмоидитлар амбулатор шароитда Проец усулида бурун ёндош бўшлиқларига кунига 1–2 марта дорилар киритиш билан консерватив даволанадилар. Олдин бурун бўшлиғи анемизация қилинади: Rp.: Sol. Naphtysini 0,1%-10,0 in flac. D.S. Проец усулида бурунга дорилар киритишдан олдин ўрта бурун йўлига сурилади. Ювиш физиологик эритма, нейтрал анолит ёки фурацилин билан амалга оширилади: Rp.: Natrii chloridi 0,9%-200,0 in flac. D.S. Проец усули бўйича бурунни чайиш.. Rp.: Sol. Metrogili 0,5% 100,0 in flac. orig. Rp.: Sol. Lincomycini 30%-1,0 in amp. N 10 Rp.: Susp. Hydrocortisoni acetates 2,5-5,0 in flac.orig. D.S. Метрогилдан 4 мл, гидрокортизон суспензиядан 0,3 мл, линкомициндан 0,5 мл олиб, аралаштирилади ва бурун ёндош бўшлиқларига Проец усулида киритилади. УВЧ, СВЧ, магнитотерапия, лазеротерапия, магнитно-резонансная терапия. 5-10</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл- 106

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бурундан қон кетиши

Ёши: 10 еш.

Тана вазни: 32 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Клиник манзараси қон йўқотиш миқдорига боғлиқ бўлади.</p> <p><b>Шикоятлари:</b> бурундан қон келиши, қон туфлаш, баъзан қора қон лахтаклари қусиш.</p> <p><b>Анамнезида:</b> грипп, жароҳат, қон касалликлари, катталарда хафакон.</p> <p><b>Умумий кўрикда:</b> тери қопламлари рангпар, қон босими пасайган.</p>	<p>Қон таҳлили кўрсаткичлари қон йўқотиш сабабчилари ва даражасига боғлиқ.</p> <p>I дар-Нв-90 г/л кам эмас.</p> <p>II дар-Нв-90-70 г/л</p> <p>III дар.-Нв-70г/л ва ундан паст</p> <p>Эр—3,3x10<sup>12</sup>/л</p> <p>РК—0,8</p> <p>Тр—170,0x10<sup>9</sup>/л и ниже</p> <p>Л—7,2x10<sup>9</sup>/л</p> <p>т.я.—2x10<sup>9</sup>/л</p> <p>с.я.—39x10<sup>9</sup>/л</p> <p>эоз—2x10<sup>9</sup>/л</p> <p>баз—0</p> <p>л—54x10<sup>9</sup>/л</p> <p>м—3x10<sup>9</sup>/л</p> <p>ЭЧТ—12 мм/соат</p> <p>Ивиш вақти 6<sup>30</sup>-7<sup>15</sup></p> <p><b>ПТИ</b>-&lt;80%</p> <p><b>Гемотакрит</b>-&gt;22%</p> <p><b>Фибриноген</b>-300мг%дан кам</p>	<p><b>Об.ан. қрови</b></p> <p>Нв—120-140 г/л</p> <p>Эр—3,9-5,0x10<sup>12</sup>/л</p> <p>РК—0,85-1,05</p> <p>Тр—180-320x10<sup>9</sup>/л</p> <p>Л—4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л</p> <p>тя.—1-6x10<sup>9</sup>/л</p> <p>с.я.—47-72x10<sup>9</sup>/л</p> <p>эоз—0,5-5x10<sup>9</sup>/л</p> <p>баз—0-1</p> <p>л—19-37x10<sup>9</sup>/л</p> <p>м—3-11x10<sup>9</sup>/л</p> <p>ЭЧТ—2-5мм/час</p> <p><b>ПТИ-80-100%</b></p> <p><b>Гемотакрит</b>-36%</p> <p>Фибриноген-300-500мг%</p>	<p><b>Риноскопия</b> бурун тўсиғи олди қисми (Киссельбах соҳасида)) қизил қон кетиши, бурун шиллиқ қаватида эрозияли ёки субатрофик ўзгаришлар.</p> <p><b>Фарингоскопияда:</b> халқум орқа деворида оч қизил рангли қон келиши.</p>	<p><b>Риноскопия</b> бурун йўллари кенг, тоза, шиллиқ қавати оч кизгиш, бурун тўсиғи ўрта чизикда</p>	<p><b>Бурун ўсмалари ва специфик яралар:</b></p> <p>1. Бурун тўсиғи қонаб турувчи полипи.</p> <p>2. ангиома.</p> <p>3. папиллома</p> <p>4. Сифилитик ва сил яраси.</p> <p>5. рак</p> <p>6. саркома</p> <p>Риноскопияда бурун тўсиғи олдинги қисмида қоновчи ўсма, полип яра кўринади.</p> <p>Ўсмалар ва яралар гистологик текширилади.</p> <p><b>Жарроҳлик аралашуви хафакон касаллиги Қон касалликлари</b> гемофилия, геморагик васкулит ва бошқ. Диагноз қон таҳлили ва гематолог кўригига асосланади.</p>	<p>Даволаш бурундан кетган қон миқдори ва сабабчиларига боғлиқ.</p> <p>Ярим ўтирган ҳолатда.</p> <p>1. Олдинги ёки орқа тампон қўйилади.</p> <p>2. Қон тўхтатувчи препаратлар ва йўқотилган қон хажмини тўлдирувчи антигиповолемик препаратлар буюрилади.</p> <p>2.Rp.:Sol.ac.Aminocapronici 5%-100,0</p> <p>D.t.d №5</p> <p>S. 10 ёшли бола в/и томчилатиб киритиш</p> <p>3.Rp.:Sol.Polyglukini 200,0</p> <p>D.t.d №3</p> <p>S. 10 ёшли бола в/и томчилатиб киритиш</p> <p>4.Rp.:Sol.Dicinoni 12,5%-2,0</p> <p>D.t.d №5 in amp</p> <p>S. 10 ёшли бола в/и ҳар 8-10 соатда</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл- 106						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Лакунар ангина

Ёши: 10 да.

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> ютишда томоқ оғриши, тана ҳарорати кўтарилиши (38-40 °C), умумий ҳолсизлик, Касаллик ўткир бошланади.</p>	<p><b>Ум. қон анализи</b> Нб—120 г/л Эр—4,0x10<sup>12</sup>/л РК—0,9 Тр—180x10<sup>9</sup>/л <b>Л—15,0x10<sup>9</sup>/л</b> т.я.—1x10<sup>9</sup>/л с.я.—54x10<sup>9</sup>/л эоз—2x10<sup>9</sup>/л баз—0 л—37x10<sup>9</sup>/л м—6x10<sup>9</sup>/л <b>ЭЧТ—16 мм/час</b> Умумий ахлат ва пешоб анализи меъёрида.</p>	<p><b>Ум. қон анализи</b> Нб—120-140 г/л Эр—3,9-5,0x10<sup>12</sup>/л ЦП—0,85-1,05 Тр—180-320x10<sup>9</sup>/л Л—4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л п.я.—1-6x10<sup>9</sup>/л с.я.—47-72x10<sup>9</sup>/л эоз—0,5-5x10<sup>9</sup>/л баз—0-1 л—19-37x10<sup>9</sup>/л м—3-11x10<sup>9</sup>/л СОЭ—2-15 мм/час</p>	<p><b>Фарингоскопия:</b> оғиз шиллиқ қавати куруқ ва қизарган, тил ок караш билан қопланган, танглай муртақлари шишган, караш оч-сарик рангда бўлиб, лакуналарда жойлашган. Баъзан карашлар бирлашган лекин муртақлар чегарасидан чикмайди. Карашлар осон кўчади ва қоновчи юза ҳосил бўлмайди.</p>	<p><b>Фарингоскопия:</b> танглай муртақлари ёйлар чегарасида, лакуналар тоза, регионар лимфа тугунлар катталашмаган, ютиши бемалол</p>	<p><b>Ҳалқум дифтерияси</b> Умумий беҳоллик, манқаланиш, муртақлар ва халқум шиллиқ қавати кўнғир-оқиш караш билан қопланган. Бактериологик текширишда Леффлер таёқчаси топилади. <b>Фибриноз (ярали-некротик) ангина:</b> муртақлар оч-сарик караш билан қопланган ва у муртақлар чегарасидан чиққан, лекин Леффлер таёқчаси топилмайди. <b>Замбуруғли ангина:</b> тана ҳарорати нормада, интоксикация йўқ, карашлар сарик тусда бўлиб, муртақларни бутунлай қоплайди ва танглай ёйларига ҳам тарқалади. Бактериологик текширишларда замбуруғлар аниқланади.</p>	<p>Танглай муртақларни ювиш Rp.: Sol. Formalini 2,5%-10 ml D.S. 1 мл эритмани 9,0 физиологик эритмада эритиш ва лакуналарни қунига 1.2 марта 7 кун давомида ювиш. Rp.: Sol.Chlor Iodi 1%-10,0 D.S. 1 мл эритмани 9,0 физиологик эритмада эритиш ва лакуналарни қунига 1.2 марта 7 кун давомида ювиш. Rp.: Sol. Ioxi 30,0. D.S. 0,5 мл эритмани 9,0 физиологик эритмада эритиш ва лакуналарни қунига 1.2 марта 7 кун давомида ювиш. Rp.: Sol. Natri bicarbonici 2%-200,0 D.S. қунига 7-8 марта томоқни ғарғара қилиб чайиш учун. Rp.: Tab. Augmentini 0,375 D.S. 10 яшар болага 1 таблеткадан қунига 3 махал, овқатдан олдин. Rp.: Sol.Lincomycini 30%-1,0 in amp. N 10 S. Лимфотроп йўл билан бўйин-пастки жағ бурчаги териси остига Rp.:Sol. Analgini 25% 2,0 in amp D.t.d.N 3 in amp S. тана ҳарорати қутарилганда 1 мл дан мушак орасига димедрол ва новокаин аралашмаси билан. Rp.:Sol.Dimedroli 1%-1,0 in amp. Dtd:N3 in amp S: . тана ҳарорати кўтарилганда 1 мл дан мушак орасига анальгин ва новокаин аралашмаси билан. Rp.:Sol.Novokaini 0,5%-5,0 in amp. Dtd:N3 in amp S: тана ҳарорати кўтарилганда 1 мл дан мушак орасига анальгин ва димедрол аралашмаси билан. 5. Rp.: Tab. Ascorutini D.S. 10 яшар болага 1 таб 3 махал , овқатдан олдин. 7 кун мобайнида.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл- 106

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Сурункали тонзиллит токсико- аллергик шакли I даража. Ёши: 12 да.

Тана вазни: 34 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> йилига 1-2 марта ангиналар бўлиб туриши, юрак соҳасида ва бўғинларда оғрик, томоқнинг қақраб ачишиши. Оғиздан кўланса хид келиши.</p>	<p><b>Умумий қон, пешоб ва ахлат анализи</b>  <b>Ўзгаришсиз</b>  <b>Леффлер таёқчасига бактериологик текшириш манфий</b>  <b>Ревмосинамалар:</b>                      Серомукоидлар –24 Ед                      С-реактив оқсил- мусбат                      АСЛО-218 Ед.</p>	<p><b>Умумин қон, пешоб ва ахлат анализи</b>  <b>Ўзгаришсиз</b>  <b>Леффлер таёқчасига бактериологик текшириш манфий</b>  <b>Ревмосинамалар:</b>                      Серомукоидлар –22-28 ЕД                      С-реактив оқсил - манфий.                      АСЛО- 216-313 Ед</p>	<p><b>Мезофарингоскопия:</b>                      олдинги танглай равоқлари кизарган (гиперемированў) ва шишган (инфильтрирация) ва бурмасимон қалинлашган (Гизе, Зак ва Преображенский белгилари), тангалай муртақлари чандикли ўзгарган, олдинги равоқлар билан чандикли ёпишган, лакуналарда хидли, йирингли казеоз хосила (тиқинлар).                      Пастки жағ ости лимфа тугунлари катталашган ва оғрикли  <b>ЭКГ:</b> Гисс тутамининг ўнг оёқчаси тўлиқсиз блокадаси</p>	<p><b>Мезофарингоскопия</b>                      : Ҳалқум шиллиқ қавати оч-пушти рангда, лакуналар тоза, муртақлар ёйлари қалинлашмаган, муртақлар ёйлар чегарасида, юмшоқ танглай ҳаракати симметрик, ҳалқум орқа девори шиллиқ қавати оч-пушти рангда ва силлиқ  <b>ЭКГ</b> -ўзгаришсиз</p>	<p><b>Танглай муртақлари гипертрофияси:</b> танглай муртақлари юмшоқ, оч-пушти рангда, кескин катталашган, (Гизе, Зак ва Преображенский белгилари йўқ).  <b>Сурункали тонзиллит токсикоаллергик шакли II даражаси:</b> боғлиқ касалликлар ва ички аъзолар томонидан органик ўзгаришлар (ревмокардит, юрак нуқсонлари, гломерулонефрит, кичик хорей ва бошқ.) мавжудлиги.</p>	<p><i>Танглай муртақларини қуйидаги дорилар билан ювиш:</i>                      Rp.: Sol. Formalini 2,5%-10 ml                      D.S. 1 мл препаратни 9,0 мл физиологик эритмада аралаштириш ва танглай муртақлари лакуналарини кунига 1-2 марта 7 кун давомида ювиш.                      Rp.: Sol.Chlor Iodi 1%-10,0 D.S. 1 мл препаратни 9,0 мл физиологик эритмада аралаштириш ва танглай муртақлари лакуналарини кунига 1-2 марта 7 кун давомида ювиш.                      Rp.: Sol. Ioxi 30,0.                      D.S. 0,5 мл препаратни 9,0 мл физиологик эритмада аралаштириш ва танглай муртақлари лакуналарини кунига 1-2 марта 7 кун давомида ювиш.                      5. Rp.: Tab. Ascorutini                      D.S. 12 яшар болага 1 таблеткадан кунига 3 махал овқатдан олидан ичишга.                      УВЧ,УФО, магнитнорезонанс терапия лазеротерапия в 5-10 кун давомида</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл- 106						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Мастоидит

Ёши: 12 ёш.

Тана вазни: 32 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> Кулоқ орқасида оғриқ, кулоқдан йиринг келиши, эшитишнинг пасайиши, тана ҳароратининг кўтарилиши</p> <p><b>Анамнез:</b> Ўткир йирингли ўрта отит заминида кулоқ орқасида шиш ва оғриқ пайдо бўлганлиги</p>	<p><b>Ум. қон анализи</b> Нв—123 г/л Эр— 3,62x10<sup>12</sup>/л РК—0,9 Гр—216x10<sup>9</sup>/л Л—15x10<sup>9</sup>/л г.я.—2x10<sup>9</sup>/л с.я.—42x10<sup>9</sup>/л эоз—2x10<sup>9</sup>/л баз— л—51x10<sup>9</sup>/л м—3x10<sup>9</sup>/л <b>ЭЧТ—20 мм/час</b></p>	<p><b>Ум. қон анализи</b> Нв—120-140 г/л Эр—3,9-5,0x10<sup>12</sup>/л РК—0,85-1,05 Гр—180-320x10<sup>9</sup>/л Л—4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л т.я.—1-6x10<sup>9</sup>/л с.я.—47-72x10<sup>9</sup>/л эоз—0,5-5x10<sup>9</sup>/л баз—0-1 л—19-37x10<sup>9</sup>/л м—3-11x10<sup>9</sup>/л ЭЧТ—2-15 мм/час</p>	<p><b>Умумий кўрикда:</b> кулоқ орқаси шиши, қизариши, кулоқ супрасини шолпонглиги, кулоқ орқа бурмасини силлиқланиши</p> <p><b>Отоскопияда:</b> ташқи эшитув йўли суяқ қисми тепа-орқа терисининг шишиб осилиб қолганлиги ёки торайганлиги. Ноғора пардасида йирингли ажралма пульсация билан чиқаётган тешик (перфорация) борлиги.</p> <p><b>Шумский бўйича сўргичсимон ўсимталар рентгенографиясида:</b> сўргичсимон ўсимта пневматизацияси камайганлиги, ҳаволи катакларнинг емирилиши кузатилади.</p> <p><b>Акуметрия ва аудиометрияда</b> – товуш ўтказувчанлик типдаги эшитиш пастлиги.</p>	<p><b>Умумий кўрикда:</b> тери қоплами тозақожғуе, инфильтрация ва қизариш йўқ.</p> <p><b>Отоскопия:</b> ташқи эшитув йўли кенг, тоза, деворлари ўзгармаган, ташқи эшитув йўлида йиринг йўқ. Ташқи ноғора пардаси кулрангда, белгилари аниқ.</p> <p><b>Шумский бўйича сўргичсимон ўсимталар рентгенографиясида:</b> сўргичсимон ўсимта пневматик типда.</p> <p><b>Акуметрия ва аудиометрияда</b> эшитиш қобилияти меъёрида.</p>	<p><b>Кулоқ чипқони:</b> tragus symptom ижобий, кулоқ супраси тортилганда оғриқ, отоскопияда торайиш ташқи эшитув йўлининг тоғай парда қисмида.</p> <p><b>Кулоқ орти лимфаденити:</b> отоскопияда ташқи эшитув йўли кенг, тоза, ноғора пардаси ўзгаришсиз, анамнезида кулоқдан йиринг келиши йўқ, эшитиш қобилияти бузилмаган.</p>	<p><b>Оператив даволаш:</b> Антромастоидотомия</p> <p><b>Консерватив терапия:</b> 1. Rp.:Benzylpenicillini-natrii-500000ED D.t.d. № 10 S. реб 9 лет по 500000 ЕД дан 4 марта м/о, 6 ч-12 ч- 18 ч-24 ч.</p> <p>2. физиотерапия <b>УВЧ, СВЧ.</b></p> <p>3. лазеротерапия</p> <p>4. витаминотерапия: Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5%- 1 ml D.t.d. №10 in amp S.9 яшар болага 1 мл м/о кунига 1 маҳал. Rp.:Sol.Thiamini chloridi 2,5%- 1 ml D.t.d. № 10 in amp S. 9 яшар болага 1 мл м/о кунига 1 маҳал per os. Rp.:Sol.Pyridoxini hydrochloridi 5%- 1 ml D.t.d. №10 in amp S. 9 яшар болага 1 мл м/о кунига 1 маҳал per os. Rp.:Tab.Acidi folici 0,001 Dtd: № 20 S.1/2 таб.кунига 2 марта per os. Rp: Dr. Undevitum №100 D.S. 1 дражедан кунига 3 марта, per os</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл- 106

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Хиқилдоқ папилломатози

Ёши: 5 ёш.

Тана вазни: 21 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Касаллик бошида аста-секин товуш хириллаши ва йўтал кузатилади, вақт ўтиши билан нафас олиши қийинлашиб боради (инспиратор хансираш)	Ум.қон. анализи Нб—120 г/л Эр—4,0x10 <sup>12</sup> /л РК—0,9 Гр—180x10 <sup>9</sup> /л Л—5,0x10 <sup>9</sup> /л т.я.—1x10 <sup>9</sup> /л с.я.—54x10 <sup>9</sup> /л эоз—2x10 <sup>9</sup> /л баз—0 л—37x10 <sup>9</sup> /л м—6x10 <sup>9</sup> /л ЭЧТ—5 мм/соат <b>Ум.қон. пешоб, ахлат анализи ўзгаришсиз</b>	Ум.қон. анализи Нб—120-140 г/л Эр—3,9-5,0x10 <sup>12</sup> /л РК—0,85-1,05 Гр—180-320x10 <sup>9</sup> /л Л—4,0-9,0x10 <sup>9</sup> /л т.я.—1-6x10 <sup>9</sup> /л с.я.—47-72x10 <sup>9</sup> /л эоз—0,5-5x10 <sup>9</sup> /л баз—0-1 л—19-37x10 <sup>9</sup> /л м—3-11x10 <sup>9</sup> /л ЭЧТ—2-15 мм/соат	<b>Бевосита ларингоскопия:</b> хиқилдоқ ички юзаси тут мевасини, гул карам ёки хўроз тожини эслатувчи хосила билан қопланган Товуш тирқиши торайган, товуш бурмалари ҳаракати чегараланган.	<b>Ларингоскопияда:</b> <b>Бевосита ларингоскопияда:</b> хиқилдоқ шиллик қават оч пушти рангда, нам, ялтироқ ва юзаси силлик. Товуш бурмалари симметрик, ҳаракатчан, бурма ости бўшлиғи кенг	<b>Сурункали ларингит:</b> товуш хириллаши аммо стеноз аломатлари кузатилмайди. <b>Хиқилдоқ сили:</b> бунда оч-пушти рангли силлик туберкулема кўрилади. <b>Хиқилдоқ захми:</b> Чегаралари ниҳоятда аниқ, туби мойсимон, кратерсимон яра кўрилади. <b>Хиқилдоқ ёт жисми:</b> талвасасимон йўтал ва бирданига бўғилиш	1. Папилломани эндоларингеал олиб ташлаш 2. Rp.: Ung. Colanchini 0,5%-10,0 D.S. Жарроҳликдан кейинги жароҳат юзасига суриш учун. 3. Rp.: Sol. Podafillini 30%-30,0 D.S. Жарроҳликдан кейинги жароҳат юзасига суриш учун 4 Rp.: Prospedini 0,1 Ol. Vazelini Lanolini aa 5,0 MDS. Жарроҳликдан кейинги жароҳат юзасига суриш учун
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл- 106

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сохта бўғма (Бурма ости ларингит)

**Ёши:** 2 ёш.

**Тана вазни:** 14 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандартлари
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Касаллик тўсатдан кечасига бўғилиш (инспиратор – нафас олишга қийналиш), хириллаб нафас олиш, кучук акиллашани эслатувчи йўтал билан бошланади.	<b>Ум. қон анализи</b> Нб—123 г/л Эр— $3,62 \times 10^{12}$ /л РҚ—0,9 Тр— $216 \times 10^9$ /л <b>Л—<math>15 \times 10^9</math>/л</b> т.я.— $2 \times 10^9$ /л с.я.— $31 \times 10^9$ /л <b>эоз—<math>6 \times 10^9</math>/л</b> баз— л— $61 \times 10^9$ /л м— $3 \times 10^9$ /л <b>ЭЧТ—20 мм/час</b>	<b>Ум. қон анализи</b> Нб—120-140 г/л Эр— $3,9-5,0 \times 10^{12}$ /л РҚ—0,85-1,05 Тр— $180-320 \times 10^9$ /л Л— $4,0-9,0 \times 10^9$ /л т.я.— $1-6 \times 10^9$ /л с.я.— $47-72 \times 10^9$ /л эоз— $0,5-5 \times 10^9$ /л баз—0-1 л— $19-37 \times 10^9$ /л м— $3-11 \times 10^9$ /л ЭЧТ—2-15 мм/час	<b>Бевосита ларингоскопияда:</b> чин товуш бурмаси ости шиллик қаватининг шишганлиги.	<b>Бевосита ларингоскопияда:</b> хиқилдоқ шиллик қават оч пушти рангда, нам, ялтирок ва юзаси силлик. Товуш бурмалари симметрик, ҳаракатчан, товуш тирқиши фонацияда тўлиқ ёпилади, кул ранг оқимтир тусда.	<b>Хиқилдоқ дифтерияси билан:</b> ларингоскопияда кулранг-қўнғир карашлар кўринади, аста-секин стеноз, дисфония ва бўйин лимфа тугунлари реакцияси кузатилади. Эпидемиологик анамнез таҳлил қилинади, бактериологик текширишда Леффлер таёқчаси экилади. <b>Кекирдак ва бронхлар ёт жисми:</b> бўғилиш уйқу пайтида кузатилмайди. <b>Халқум орти хўппози:</b> аста-секин манқаланиш бошланади, ютиш қийинлашади, халқум ортида хўппоз бўрғиб туради.	1.Rp: Sol. Lazixi 0,5%-2,0 in amp. D.S. 0,3 мл препарат Lig. Conicum соҳасига, тери остига киритилади ва 15 минутдан кейин қуйидаги препаратлар киритилади: 2.Rp.:Susp.Hydrocortisonae acetatis 2,5%-0,5 Sol. Lyncomycini hydrochloridi 30%-0,5 Sol. Novocaini 0,5%- 3,0 M.D.S. Lig. Conicum соҳасига, тери остига киритилади (лимфотроп терапия) 3. Чалғитувчи терапия: қайт қилиш рефлексини чақиритиш, оёққа иссиқ ванна, деразаларни очиб тоза ҳаво. 4. Натрий бикорбанат (чай сода) билан ингаляция:
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл- 106						



## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Билак суякларининг қобик остидан синиши.**Ёши:** 3 ёш.**Тана вазни:** 12 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Қобик остидан синишда, суяк усти пардаси бутун бўлиб суяк синади, бу синиш суякнинг ўқи бўйлаб куч таъсирида юзага келади. Махаллий оғрик ва қўл ўқи бузилмаган бўлиб, қўл функцияси кам бузилади, пальпация оғрик кучаяди.	1.Қон умумий тахлили 2.Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Билак суякларини 2 хил проекцияда рентгенограмма қилиш	Рентгенограммада синик чизиги ва шу сохаса суяк чети қалинлашгани аникланади.	Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши, рентгенограммада суякларда ўзгариш бўлмайди.	Ўрта физиологик ҳолатда бармоқлар асосидан елканнинг ўртасигача орка лонгет гипс боғлам қўйилади, тирсак бўғимидан 90, гипс боғлам 3-4 хафтага қўйилади
100%      2	1	1	1	1	2	2
50%      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ      0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Билак суякларининг травматик чиқиши

**Ёши:** 10 ёш.

**Тана вазни:** 40 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор Текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Кўпроқ билак ва тирсак суяклари чиқади. Деформация, огрик, бўғимда актив ва пассив ҳаракат йўқ, пружинасимон қаршилиқ бўлади суяклари олдинга чиқиш ва орқага, ёнга, ичкарига чиқиш фарқланади	1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Тирсак бўғимининг 2-проекцияда рентгенограммаси	Рентгенограммада чиқиш тури аниқланади. Тирсак бўғими суяклари бутунлиги сақланади	Бўғим ичидаги синишлар – бўғимда гемартроз шиш, қўл осилган, крепитация рентгенда синиш чизиги, силжиши кўринади	Умумий огриксизлантириш остида ёпиқ усулда жойига солинади, жойига тушмаса операция қилинади. Бармоқлар асосидан елка юқори қисмигача супинация ҳолатда 3 ҳафтага орқа гипс лонгета қўйилади.
100%      2	1	1	1	1	2	2
50%      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ      0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Биринчи бармоқнинг травматик чиқиши

**Ёши:** 7 ёш.

**Тана вазни:** 28 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бармоқ бирдан куч тасирида ёзилиб кетишидан чиқиб кетади. Бунда дистал бўлак орқада бўлиб кўпроқ I бармоқда бўлади оғриқ, ҳаракат чегараланган, деформация, актив ва пасив ҳаракат чекланган, тенор соха шишган, «пружинасимон қаршилик» симптоми мусбат	1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Кафтларнинг суякларини 2-проекцияда рентгенограмма си	Бармоқнинг чиқиши ва сесамасимон суяк холатини кўрилади	Кафт - бармоқ бўғимидаги бўғим ичи синишлари деформация, шиш, ғичирлаши, «пружинасимон қаршилик» йўқ	Оғриқсизлантириш остида ёпик усулда жойига солинади ва контрол рентген қилинади ва 3 ҳафтага гипс боғлам қўйилади.
100%      2	1	1	1	1	2	2
50%      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ      0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Сон суягининг травматик чиқиши      **Ёши:** 10 ёш.      **Тана вазни:** 38 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Сон олдинга ва орқага ва ўз навбатида юқори ва пастга чиқади. Кучли оғриқ, оёқ қайси томонга чиқишига қараб мажбурий холатда бўлади. Актив ҳаракат йўқ. Пассив ҳаракатда оғриқли ва пружинасимон қаршилиқ бўлади. Белда лордоз кучаяди.	1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Сон чаноқ бўғими олд проекцияда рентгенограммаси	Рентгенограммада қуймич косасида сон суяги боши йўқ, у бошқа жойда жойлашган	Сон суягининг проксимал қисмини синишлари билан бу жароҳатда оёқ ташқарига ротацияланган, ёпишқоқ товон белгиси, сон-чаноқда ҳаракат бўлади, лекин бор оғриқли, рентгенда синиш чизиғи ва силжиш аниқланади.	Умумий огриксизлантириб Джанелидзе усулида қорнига ётқизиб, оёқни осилтириб мушаклар бўшаштирилиб, осилган холда тизза 90° букилади ва пастга босилади ва ротацияланади. Натижада шилқиллаш эшитилади ва чиқиш клиникаси йўқолади. Контрол рентген ва 3 ҳафтага кокситли гипсли боғлам.
100%      2	1	1	1	1	2	2
50%      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ 0	0		0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бош мия ёпиқ жарохати. Бош мия лат ейиши, энгил даражаси. Ёши: 6 ёш

Тана вазни: 18 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бош ми лат ейишида – умумий мия, ўчоқли неврологик симптомлар ва вегетатив бузилишлар бўлади. Умумий мия белгилари – хушни йўқотиши, ретроград ва антероград амнезия, бош айланиши, кўнгил айнаш, қайт қилиш кўзгалувчан ёки тормозланган, ўчоқли неврологик анизокорея, нистагм, анизорефлексия парез, плегия, патологик рефлекс, менингиал белгилар. Клоно-тоник тутқаноқлар VII-XII нервнинг бузилиши. Вегетатив – тери оқариши, тер ажралиш, харорат энгил, ўрта оғир даражаси бўлади.	1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили 3. Ликвор тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз  Ликворда кон	1. Калла суяги рентгенограммаси 2. ЭхоЭГ 3. ЭЭГ 4. Кўз туби 5. Пункцияда ликвор босими 6.КТ	1.Калла суяги рентгенда синиши 2.Калла ичи босимининг ошиши 3. Умумий мия ва ўзакдаги ўзгаришлар 4. Кўз тубида ликвор босими кўтарилган 6. Бош мияда лат олиш ўчоғи	Бош мия чайқалишида умумий холат нисбатан энгил бўлиб калла суяги бутун. Бош миянинг эзилиши – умумий ва қўпол ўчоқ– неврологик бузилишлар, «ёруғлик оралиғи» птоз, ғилайлик анизокория парез. Ликворда босим паст пункция мумкин эмас	Тинчлик, ётоқ тартиби. Бошига совуқ (муз), дигидратацион даво, Rp: Sol.Magnesii sulfatis 25% - 5,0 D.t.d.№ 5 in amp. S.3 мл магний сульфат 3 мл новокаин билан аралаштириб кунига 1 махал м/о юборилади Rp: Sol.Glucosae 40% - 10,0 D.t.d.№ 10 in amp. S.10 мл в/и кунига 1 махал. Rp: Sol.Acidi ascorbinici 5% - 1,0 D.t.d.№ 10 in amp. S. в/и 40% глюкозани 10 мл 1 мл аскорбин кислотасини аралаштириб 1 махал юборилади. Rp: Sol. Furasemidi 1,0 D.t.d.№ 3 in amp. S. 3 кун эрталаб 0,5мл м/о
100%	2	1	1	1	2	2
50%	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Елка суягининг травматик чиқиши    **Ёши:** 12 ёш    **Тана вазни:** 35 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Елка олдинга, орқага ва пастга чиқади. Кучли оғрик, деформация, мажбурий холат – тирсак бўғимидан бўкилган ва узоқлашган. Елка бўғими нормал холати бузилади, елка боши жойидан бошқа жойда пайпасланади ва актив ҳаракат йўқ. Пассивда «пружинасимон қаршилиқ» симптоми мусбат узунлик ўзгаради.</p>	<p>1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили</p>	<p>Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз</p>	<p>Елка бўғими рентгенограммаси</p>	<p>Елка суягини боши курак бўғим юзасидан бошқа жойда аниқланади</p>	<p>Елканинг проксимал қисмида синишларда гемартроз ҳисобига шишган, қўл яқинлашган, калта, ғичирлаш, синиши рентгенда аниқланди.</p>	<p>Оғриксизлантириш остида олдинга чиқишда Кохер усулда солинади. 1 этап – тирсак бўғими тўғри бурчакда пастга тортилади. 2 этап – билак ташқарига айлантрилади. 3 этап – тирсак тана ўрта чизиғига олиб келинади. 4 этап – билакни ичкарига бураб соғ елкасига ташланади тўғриланади ва 3-4 ҳафтага торокобрахиал гипс боғлам қўйилади.</p>
100%    2	1	1	1	1	2	2
50%    1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ    0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Бош мия ёпиқ жарохати, бош мия чайқалиши

**Ёши:** 5 ёш

**Тана вазни:** 15 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Бош мия чайқалишида умумий мия, ўчоқли неврологик симптомлар вегетатив ўзгаришлар бўлади. Қисқа вақт хушдан кетиш, ( хаммада эмас), бош оғриқ, бош айланиши, уйқувчан, кўнгил айниши, қайт қилиш. ўчоқли неврологик – горизонтал нистагм, доимий бўлмаган анизокария, ярим птоз, VII ва XII бош мия нервнинг кучсизлиги; вегетатив бузилишлар – тахикардия, териси оқарган, мувозанат бузилиши қисқа муддатли ҳарорат кўтарилиши	1.Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили 3. Ликвор тахлили	Лейкоцитоз  Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	1. Калла суяги рентгенограмма 2. ЭЭГ 3. ЭхоЭГ 4. Кўз тубини текшириш	1. Калла суяги ўзгаришсиз 2. Умумий мия белгилари 3. Мия моддалари силжимаган 4. Кўз томир ангиопатияси	Бош мия лат ейишини (енгил, ўрта даражаси) умумий мия белгилари доимий, кўп марта қусиш, неврологик ўзгаришлар қўпол бузилган, рентгенограммада калла суяги синган. Ликворда босим ошган ва қон аниқланади.	Тинчлик, ётоқ режими, биринчи кун бошига совуқ (муз), магнезия 25% - 3,0 + новокаин 3,0 мл в/м, глюкоза 40% - 10,0 +Вит С – 1,0 мл в/в. Шишган миядан суюқликни қонга ўтказди, седатив таъсир. Фуросемид 1% -0,5 мл в/м. Ремиссия даврида алоэ, лидаза, витамин В <sub>1</sub> , В <sub>6</sub> в/м, мияда метаболизмни яхшилаш учун пирогетам, кавинтон.
100%	2	1	1	1	2	2
50%	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши

Ёши: 5

Тана вазни: 16 кг.

Клиника	Ташҳисот				Кёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Шикастланган сохага қон қуйилиш ҳисобига шиш, оғриқ бўлиб функцияси ҳар доим ҳам чекланмайди. Оғриқ билан боғлиқ бўлади. Гематома сохаси ҳар доим оғриқли бўлади. Нозик ва ғовак тўқима –сохасида лат ейиш бўлса шиш кўп бўлади (юз ва бўғимда). Эзилган тўқималар ва қон қуюлиш узоқ вақт давом этса оғриқ бўлиб ҳаракатда оғриқ бўлади.	1.Қон умумий тахлили, 2.Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Аниқ бўлмаган холда 2 проекцияда рентгенограмма қилиш	Рентгенограммада суяк бутунлиги аниқланади. Юмшоқ тўқималар ҳажми катталашган сояси кўринади	Қбиқ остидан синишида клиникаси бир бирига ухшаш бўлиб рентгенограмма аниқланади	Амбулатор шароитда даволанади. Фақат катта ҳажмдаги тўқималар эзилиши, ички орган ва бош мия жароҳатига шубҳада шифохонага ёт-қизилади. Биринчи кун совуқ ёки муз қўйилиб 1-2 соатда ал-маштирилади. Гипсли лонгетада иммобилизация қилиниб 2-3 кундан сўнг куруқ иссиқ, УВЧ, массаж ва ЛФК. Бўшлиққа қон қуйилса пункция қилиб қон олиниб антибиотик юборилади ва сўрдирувчи даво қилинади.
100%      2	1	1	1	1	2	2
50%      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ      0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Болдир кафт бўғимидаги бойлам аппаратининг чўзилиши

**Ёши:** 12 ёш

**Тана вазни:** 36 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Болдир-кафт бўғимида оғрик, хар хил даражада шиш ва функциясининг бузилиши. Биринчи соатларда бола юради ва ўйнайди. Аста секин оғрик кучайиб юра олмайди. Пальпация оғрикли, болдир кафт бўғимида ҳаракат чегараланган, асосан супинация ва оёқ кафтгни яқинлаштиришда	1.Қон умумий тахлили, 2.Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Болдир кафт бўғимини 2- проекцияда рентгенограмма қилиш	Суякда ўзгаришлар аниқланмайди	Тўпикнинг синиши – шиш катта, қон қуюлиш ва таянч функцияси йўқолади, бундай ёшда жуда кам крепитация учрайди, синиш рентгенограммада аниқланади.	Бойламлар чўзилганда иммобилизация қилинади. Орқа гипс боғлам 3 ҳафтага қўйилади. Гипс ечилгандан сўнг аста секин актив-пассив ҳаракатларга рухсат берилади, қуриқ иссиқ ва физиотерапевтик муолажалар тўлиқ функцияси тиклангунча қилинади.
100%	2	1	1	1	2	2
50%	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Билак суякларининг синиши

Ёши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Билак суяклари куйидагича сина ди: тирсак ўсиғи, билак суягини боши ва бўйнидан, диафизидан синиш (ўрта, юқори, пастки), алохида синиш ва синиб-чиқишлар. Оғрик, пальпацияда кучаяди, шиш, хара катни бузилиши, силжиганда деформация бўлади. Тирсак ўсиғи синганда ёзиш, билак суяги боши, бўйни синганда айлана ҳаракатлар бўлмайди.</p>	<p>1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили</p>	<p>Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз</p>	<p>Синган ёки чиққан соха 2-проекцияда рентгенограмма қилинади.</p>	<p>Рентгенограммада синиш чизиги ва силжиш даражаси ва Монтеджи, Галлиаци, Коллис Смит жарохатлари аниқланади. Билак чиққанда Смит ва Гинзбург чизиги ўзгаради,</p>	<p>Юмшоқ тўқмаларни лат ейиши – рентгенограмма ўзгаришсиз, функцияси бузилмайди. узунлиги ўзгаримайди.</p>	<p>Силжимаганда орқа гипс лонгета, силжиганда оғриксизлантириш остида ёпиқ репозиция бармоқлар асосидан елкани ўрта қисмигача ўрта физиологик холда гипс боғлами 4 хафтагача ушланади. Жойига тушмаса очик усулда репозиция ва металлоостеосинтез қилинади.</p>
100% 2	1	1	1	1	2	2
50% 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Билак кафт бўғимидаги бойлам аппаратини чўзилиши

Ёши: 8 ёш

Тана вазни: 22 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Билак кафт бўғимида оғрик, хар хил даражада шиш ва функциясини бузилиши, бола биринчи соатларда қўли билан ҳаракат қилиши мумкин, секин аста оғрик кучаяди. Билак кафт юмшоқ тўқималари пальпацияда оғрикли, ҳаракат чекланган, асосан супинация ҳаракатларида	1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	Билак кафт бўғими 2- проекциясида рентгенограмма қилиш	Рентгенограммада суяк ўзгаришсиз, фақат юмшоқ тўқималар хажми катталашган.	Билак суяклари дистал қисми эпи ва остеоэпифизиолизи билан: оғрик, деформация, патологик ҳаракат актив ва пассив ҳаракатлар йўқ рентгенограммада суяк синиши кўринади	Билак кафт бўғимига юмшоқ фиксацияловчи боғлам ёки бармоқлар асосидан билак юқори қисмигача орқа гипс лонгета 2 ҳафтага қўйилади. Биринчи уч кунда совуқ қўйилиб, сўнг куруқ иссиқ, физиотерапия қилинади .
100%	2	1	1	1	2	2
50%	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варакаси

**Ташҳис:** Билак суяклари дистал қисмининг эпи- ва остеоэпифизиолизи

**Ёши:** 5 ёш

**Тана вазни:** 16 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қисей ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Эпи- ва остео-эпифизиолизлар бўғим капсуласининг эпифиз ва ўсувчи зонасига бирикиш жойда бўлади. Махаллий оғрик, деформация, ўқининг ва функция бузилиши, айрим холларда ғичирлаш бўлади. Силжимаган холда, клиникаси камроқ намоён бўлади. Эпи- ва остеоэпифизиолизларда баъзан гемартроз ва бўғимда ҳаракатнинг чекланиши бўлади</p>	<p>1. Қон умумий тахлили</p> <p>2. Пешоб тахлили</p>	<p>Ўзгаришсиз</p> <p>Ўзгаришсиз</p>	<p>Билак кафт бўғимини 2- проекцияда рентгенограмма қилиш</p>	<p>Ўсиш зонасини торайиши ёки кенгайиши, эпифиз силжиши, «қушни очик тумшук», «суяк пластинкаси» белгиси, ўқини бузилиши. Агар силжимаган бўлса солиштириш учун соҳа R-графиясида 7-10 кундан сўнг суяк қадоғи бўлади</p>	<p>Кафтнинг травматик чиқиши – билак кафтда ҳаракат йўқолади, пружинасимон қаршилиқ бўлади. Юмшок тўқималар лат ейишда суякда ўзгаришлар бўлмайди.</p>	<p><u>Эпифизиолиз</u></p> <p>силжимаганда бармоқлар асосидан елка ўрта қисмигача орқа лонгета қўйилади. Силжиган холатда 1% новокаин билан оғриксизлантириб ёпиқ усулда репозиция қилинади ва ўрта физиологик холда гипс қўйилади контрол рентгенограмма, гипс 4 хафтага қўйилади.</p>
100%	2	1	1	1	2	2
50%	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Кефалогематома

**Ёши:** 10 кунлик

**Тана вазни:** 3 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Калланинг ясси суяклари ва суяк усти пардаси ора сига қон қую-лиши натижасида кефалогематома шаклланади. Бу кўпинча битта тепа суягида, камроқ энса ёки пешона суякларидан учрайди. Хосила ҳар хил ўлчамда бўлиб бошқа суякка ўтмайди. Хосила соҳасидаги териси ўзгаришсиз, пальпацияда кам оғриқли. Флюктуация аниқланади, пульсация йўқ</p>	<p>1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили</p>	<p>Ўзгаришсиз лекин анемия бўлиши мумкин Ўзгаришсиз</p>	<p>Калла суягини рентгенограммаси 2 йўналишда</p>	<p>Рентгенограммада юмшоқ тўқимали гомоген хосила аниқланади</p>	<p>Бош мия ўсмаси ликилдоқлардан чиқади кефалогематомадек эластик эмас. Кефалогематома 2-3 ҳафтада ўз ўзидан йўқолиб кетади</p>	<p>Кўпинча даво талаб этилмайди. Катта ўлчамдаги кефалогематомада пункция қилиниб босиб турувчи боғлам қўйилади. Йиринглаганда кесилиб йиринг чиқарилади ва антисептик моддаларда ювилади. Маҳаллий хирургик даводан ташқари симптоматик ва анемияни даволанади. Агарда суякланса ҳам хирургик даво ўтказилади.</p>
100%    2	1	1	1	1	2	2
50%    1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ    0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

### 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чақалоқларда сон суягининг синиши

**Ёши:** 5 кунлик

**Тана вазни:** 3,5 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Кўриқда сон деформацияланган бўлиб бола безовта, сон-чанок ва тизза бўғимидан букилган, букувчи мушакларнинг рефлектор гипертонуси ҳисобига бир мунча яқинлашган. Пальпацияда суяк билакларининг ғичирлаши, патологик ҳаракат ва оғриқ ҳисобига безовталанади. Шикастланган оёқ калталиги аниқланади.</p>	<p>1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили</p>	<p>Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз</p>	<p>Сон суягини 2-хил проекцияда рентгенограмма қилиш</p>	<p>Рентгенограммада соннинг синган соҳаси (кўпинча ўрта ёки пастки) синиш тури (кўндаланг ёки қийшиқ) силжиши даражаси марказий билак олдинга ва ташқарига, дистал бўлак орқага юқорига</p>	<p>Сондаги юмшоқ тўғималарнинг лат ейиши. Лат ейишда ғичирлаш, патологик ҳаракат йўқ Рентгенограммада суякда ўзгаришлар аниқланмайди</p>	<p>Шикастланган соҳа маҳаллий оғриқсизлантириш остида Блаунт ёки Шеде усулда тортмага олинади. Репозиция контрол рентгендан сўнг баҳоланади. Ўртача тортиш муддати 7-10 кун. Тўлиқ битгунча тортмада сақлаш мумкин.</p>
100%      2	1	1	1	1	2	2
50%      1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ      0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Чақалоқларда елка суяги дистал қисмининг эпифизиолизи

**Ёши:** 7 кунлик

**Тана вазни:** 3 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p>Қўл ёзилган холда танага яқинлашган ва билак енгил пронацияланган. Тирсак бўғимида шиш, гемартроз ёки параартикуляр гематома</p> <p><input type="checkbox"/>исобига деформация аниқланади.</p> <p>Эпифизнинг синиш катталиги ва силжиш даражасига қараб ҳам деформация бўлади.</p> <p>Актив ҳаракатлар йўқ</p> <p>пассив ҳаракатлар чегараланган ва бемор оғрик ҳисобига безовталанади.</p>	<p>1. Қон умумий тахлили</p> <p>2. Пешоб тахлили</p>	<p>Ўзгаришсиз</p> <p>Ўзгаришсиз</p>	<p>Тирсак бўғимини 2-хил проекцияда рентгенограмма қилинади.</p>	<p>Рентгенограммада суяк бўлаги силжиши аниқланади. қўл ўқининг тўғрилиги</p>	<p>Билак суяқларининг травматик чиқишида, тирсак бўғимида актив ва пассив ҳаракатлар бўлмайди.</p> <p>«Пружинасимон қаршилиқ» симптоми мусбат, эпифизиолизда ҳаракат бўлади лекин чегараланган.</p>	<p><u>Эпифизеолиз</u></p> <p>силжимаган ва унча катта бўлмаган силжишда актив ёндошув керак эмас.</p> <p>Фақат бармоқлар асосидан елканинг юқори қисмигача тирсак бўғими ёзилган ҳолатда орқа гипсли лонгета қўйилади.</p> <p><u>Эпифизнинг</u></p> <p>силжишида ёпик усулда репозиция қилинади ва иммобилизация қилинади ва контрол рентгенограмма қилинади.</p>
100%	2	1	1	1	2	2
50%	1	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Чақалоқларда елка суягининг синиши

Ёши: 1 кун

Тана вазни: 3 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
Елка суяги синганда қўл танага яқинлашган холатда, актив ҳаракатлар, кескин чекланган ёки умуман йўқ елка деформацияланган шиш, бола оғрик хисобига безовта, суяк бўлакларининг ғичирлаши ва патологик ҳаракат аниқланади. Пальпация ва пасив ҳаракатда оғрик хисобига бола безовталанади.	1. Қон умумий тахлили 2. Пешоб тахлили	Ўзгаришсиз  Ўзгаришсиз	1. Елка суягининг бўғимини қўшиб 2-хил йўналишда рентгенограмма қилиш 2. Неврологик текшириш	Рентгенограммада синган сохаси (асосан ўрта ёки пастки) синиш тури (қийшиқ, қўндаланг) ва силжиш даражаси бўйлама, ёнга, бурчакли ва ротацион. Билак нервининг холатини аниқлаш зарур	Елка сохасидаги юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши. Бунда суякнинг ғичирлаши ва патологик ҳаракат йўқ. Рентгенограммада суякда ўзгаришлар бўлмайди	Елка суягининг диафизи синиб силжимаган холатида шикастланган соха 2 хафтага Дезо боғлами билан иммобилизация қилинади. Елка суягини синиб силжиганда умумий ёки маҳаллий оғриксизлантириш остида ёпиқ репозиция қилинади ва Дезо боғлами қўйилади. Бунда бурчакли ва ротацион силжишни тўлиқ йўқотиш керак, контрол рентгенограмма қилинади. Боғлам 2-3 хафтага қўйилади.
100% 2	1	1	1	1	2	2
50% 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Тугма диффуз катаракта

Ёши: 2 еш

Тана вазни: 14 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> кўриш қобилиятининг пасайиши, гоҳо ёруғлик сезишгача, қорачикни ранги кулранг, нистагм, гилайлик ичка рига караган</p>	---	---	<p>1) Визометрия 2) Ёндан ёритиб кўриш 3) Қорачикнинг еруғликка реакциясини текшириш 4) Кўзнинг огиш бурчагини аниклаш Гиршберг усулида 5) Биомикрос-копия 6) УЗИ</p>	<p>1) Еруғликни сезиш (норма 0,05-0,1) 2) Қорачиқ кул рангда 3) Қорачиқнинг еруғликка реакцияси сакланган 4) Унг кўз ичкарига 15<sup>0</sup> га огган Гиршберг Усулида 5) гавхарнинг хиралашиш масштабини аниклаш 6) орка қисмда патологик жараенни аниклаш.</p>	<p>1) Шох пардада чандиги – бунда куз тинч, яллигланиш белгилари йўқ. Шох пардада хиралашган соха турлича калинликда 2) Ретинобластома. Бунда қорачиқ кенг ёритилганда «амавротик мушук куз» 3) Чала тугилган болалар ретинопатияси – бунда фиброз, шишасимон танада деструкция, янги кон томирлар</p>	<p><u>Педиатр тактикаси:</u> офтальмологга юбориш. Офтальмолог тактикаси: хирургик даво- Катаракта экстракцияси, мусбат (+10,+12Д) кузойнак ёки контакт линза билан коррекция қилиш. 3 ёшдан кейин ИОЛ имплантацияси. Rp: OU Sh Convex (K)10,0 Dpp=56мм D.S. Доим тақиш у-н кўз-ойнак.</p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Унг куз юкори ковоги Туғма птози Ёши: 2 еш Тана вазни: 12 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> унг куз юкори ковоги тушишига</p>	---	---	<p>1) ташки курув 2) кўриш уткирлигини аниклаш</p>	<p>1) Унг куз юкори ковоги Қорачиқнинг 2/3 қисмини беркитади. Куз тиркиши торайган 2) Кўриш уткирлиги OD/OS = 0,1/0,6 (норма 0,6 – 1,0)</p>	<p>1) юкори куз ёриги синдроми – бунда птоз билан биргаликда мидриаз куз олмаси ҳаракати чекланиши, шох парда сезувчанлигини пасайиши, куз тубида димланиш ва экзофтальм кузатилади 2) Горнер синдроми – бунга учлик хос – птоз, миоз энофтальм</p>	<p><u>Педиатр тактикаси:</u> офтальмологга юбориш. Офтальмолог тактикаси-хирургик даво – птозни тугрилаш.</p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Гилайлик ҳамкорликдаги ичкарига караган альтернирловчи доимий

Ўши: 5 еш

Тана вазни: 20 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикояти:</b> Куз олмасини гилайланишига</p>	---	---	1) Ташки кўриш 2) Кўриш уткирлигини аниклаш 3) Гилайлик бурчагини аниклаш 4) Рефрактометрия 5) Бинокуляр қуришни аниклаш 6) Офтальмоскопия 7) Куз олмасини харакатини текшириш	1) Иккала кузнинг галма галдан гилайланиши, бирламчи бурчак иккиламчи бурчакка тенг 2) Кўриш уткирлиги OD/OS = 0.6/0.6 (норма 0.9 – 1.0) 3) Девиация (+)15 <sup>0</sup> альтернациялан-ади 4) Гиперметропия (+) 2,0Д 5) Бир вақтда иккала куз билан алохида кўриш 6) Куз туби узгаришсиз, 7) Куз олмасининг харакати тулик холда	Паралитик гилайлик. Бунда куз олмасини харакати чегараланади. Диплопия, тортиколис, бирламчи бурчак иккиламчи бурчакдан катта	<u>Педиатр</u> <u>тактикаси:</u> офтальмологга юбориш. Офтальмолог тактикаси: хирургик даво-ички тугри мушакларни бирецессия килиш
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Унг кузда тур парда кучиши

Ёши: 10 еш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Шикоятлари кўриш уткирлигини унг кузда секин аста пасайиши ва кўриш майдонида кайсидир квадрантида корамтир доғлар пайдо булиши	-	-	1) визометрия 2) периметрия 3) утувчи ёругликда кўриш 4) офтальмоскопия 5) тонометрия 6) УЗИ 7) ПЗР	1) кўриш уткирлиги 0.2 гача пасайиши (норма 1.0) 2) патологик узгариш зонасига карама карши булган кўриш майдони сохасининг тушиб колиши ёки торайиши 3) тур парда кучган сохада куз тубидан ок ёки кулранг рефлекс аникланади 4) кучган тур парда юзасининг «толаланиши» баъзан унинг корамтир томирлар каби бурмаланиши – тур парда окиш ёки кул рангда, - тур парда шишасимон тана томонга буртиши, - томирлар эгрилиги, - куз харакатланганда тур парда харакатчанлиги 5) куз икчи босими пасайиши 15 мм.с.у. (N- 16-26мм.с.у.) 6) тур парданинг кучиши 7) куз олмасининг нисбатан кичрайиши.	1) ретролентал фиброплазия (чала тугилган чакалоклар ретинопатияси) – бунда хираланиш гахар ортида, куз улчами кичрайган булиши мумкин. Бола чала тугилган 2) ретинобластома – болаларда 2-3 ёшда кузатилади, қорачик сохасида саргимтир рефлекс, кўриш функциялари кескин пасаяди, куз тубида тез катталашувчи сарик кул рангдаги хосила. КИБ ортиши мумкин, иккиламчи гилайлик.	<b>Педиатр тактикаси:</b> офтальмологга юбориш. Офтальмолог тактикаси: тур пардада йиртилиш сохаси аниклангандан сунг хирургик даво: ясси кучишларда тур парда йиртилган соха атрофида фото- лазер- криодиаатермокоагуляция килинади.
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Герпетик кератит

Ёши: 3 еш

Тана вазни: 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлар:</b> ёругликдан куркиш, ёш окиши, кузда оғрик, ёт жисмни кузда хис килиш (ифлосланиш), куришнинг пасайиши, шох парданинг хиралашиши, сероз еки шиллик йирингли ажралма ажралиши</p>	---	---	<p>1. визометрия</p> <p>2. ёндан ёруглик тушириш билан текшириш</p> <p>3. шох парда сезгирлигини аниклаш</p> <p>4. биомикроскопия</p> <p>5. флюоресцеин синамаси</p>	<p>1. Кўриш уткирлиги 0,06 – 0,07 гача пасайиши (N-0,6 – 1,0)</p> <p>2. Перикорнеал инъекция</p> <p>3. Шох парда сезгирлиги пасайган</p> <p>4. шох парда оптик кисмида инфилтрат борлиги</p> <p>5. инфилтрат чуқурлигини аниклаш</p>	<p>1. Шох пардани чандиги – бунда куз тинч, хиралашган кисмининг чегаралари аник ва юзаси силлик</p> <p>2. Конъюнктивит билан – бунда конъюнктивал инъекция кузатилади ва шох пардани хусусиятлари сакланган</p> <p>3. Катаракта билан – бунда яллигланиш белгилари кузатилмайди, қорачиқ кул рангда</p>	<p><u>Педиатр тактикаси:</u></p> <p>офтальмологга шошилиш равишда юбориш.</p> <p>Офтальмолог тактикаси:</p> <p>левомецетин 0,5% 2 т. 5-7 м кунига ципролет 2т. 5-7 м.кунига солкосерил гели, тетрацилин малхами 1% ковоклар орқасига куйиш 2м., мидриатикларни инстилляция килиш; 1% мезатон эритмаси ёки 0,3% атропин эритмаси;</p> <p>Интерферон 2т 4-5мах.(150-200ЕД);</p> <p>Оксолин малхами 0,5% 2-3 мах. куз ичига;</p> <p>Вит В1 1.0 м/о N10</p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Туғма глаукома ривожланган даври OU

Ёши: 1 ой

Тана вазни: 4500 г.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Шикоятлар: куз ёш окиши, ёругликдан куркиш, куз тиркишининг қисман катталашishi, куз олмасининг нисбатан катталашishi	---	---	1. визометрия 2. кератометрия 3. офтальмоскопия 4. тонометрия пайпаслаб ва Маклаков узулида 5. ПЗР	1. Еруглик сезиш (0,005-0,01) 2. Қорачик улчамининг кенгайishi 2,0-2,5мм (нормада 1,5 мм) 2 Шох кават диаметрининг катталашishi 12 мм (нормада 9,0 мм) 3. Курув нерви дискининг глаукоматоз экскавацияси 4. Тонометрия п/п Қ2,0 (нормада Т п/п N) Маклаков узулида 29 мм.с.у. (16-26 мм.с.у.N) 5. ПЗР = 19 мм (нормада – 16 мм)	Кератит ёругликдан куркиш, куз ёши окиши, шох пардада инфилтрат (битта ёки бир неча), баъзан хиралашган учоклар зарарланган учок одатда флюоресцеин билан буялади, баъзида томирлар юзакки ёки чуқур усиб кириши, конъюнктивит бир ёки иккала куз ковоклари да кум хисси. Ажралмалар баъзан куп ёки кам ажралиши мумкин, конъюнктив кузгиш, баъзан гиперемия, шиш кузатилади.	<u>Педиатр</u> <u>тактикаси:</u> шошилич равишда офтальмологга юбориш. <u>Офтальмолог</u> <u>тактикаси:</u> диагноз куйилиши билан жаррохлик йули билан даволаш (синусотрабекулото мия, базал иридэктомия)
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бактериал пневмококкли конъюнктивит

Ёши: 7 еш

Тана вазни: 28 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлар:</b>                      конъюнктивита                      бушлигидан шиллик –                      йирингли ажралма                      борлигига, кузларнинг                      ифлосланишини хис                      килиш, кузда кум                      кадалишини хис                      килиш, кузнинг                      кизариши, еш окиши                      еругликдан куркиш</p>	---	---	1. ташки курув 2. конъюнктивал бушлигидан бактериал экув 3. ендан еритив текшириш	1. ковокларнинг шиши ва склера конъюнктивасида нуктасимон геморрагияларковок лар ва постки ковок гумбазида окимтир- кулранг пардалар хосил булади. Уларни кучирилганда конъюнктивита конамайди, осон кучади 2. Флора аниклаш учун (пневмококк) 3. конъюнктивита гиперемияси	1. Дифтерияли конъюнктивит билан – ковокларда ва пастки ковок гумбази шиллик каватида кул ранг парда хосил булади. Бу парда кучирилганда кийин кучади ва конъюнктивита конайди. 2. уткир эпидемик конъюнктивит билан – бунда куз олмасининг конъюнктиваси шишган, гиперемияланган, петихиал кон куюлишлар булади ва оксил парда конъюнктиваси хемози.	<p><u>Педиатр тактикаси:</u>                      Rp: Sol. Laevomycetini 0,5% -                      10 ml                      D.S: 2 томчидан конъюнктивита                      бушлигига 5-6 махал                      томизиш</p> <p>Rp: Sol.Sulfacyli-natrii 30% 10.0                      ml D.S: 2 томчидан                      конъюнктивита бушлигига 3-4                      махал томизиш</p> <p>Rp: Ung.Tetracyclini 1% 10.0                      D.S Малхам пастки ковок                      остига 2 махал куйиш</p> <p>Rp: Ung.Sulfapyrida-zini-natrii                      10% 10.0                      D.S Малхам пастки ковок                      остига 2-3 махал куйиш кунига</p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Иридоциклит

Ёши: 4 ёш

Тана вазни: 18 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
Шикоят: ёругликдан куркиш, кузда оғрик, кузнинг кизариши, кўриш кобилятининг пасайиши	---	---	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ташки курув</li> <li>2. визометрия</li> <li>3. ёндан ёруглик тушириш билан текшириш</li> <li>4. биомикроскопия</li> <li>5. Қорачиклар-ни ёругликка реакциясини текшириш</li> <li>6. офтальмоскопия</li> <li>7. тонометрия</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ёругликдан куркиш, куз ёш окиши</li> <li>2. кўриш уткирлиги пасайиши 0,02-0,03 (норма 0,6-1,0)</li> <li>3. конъюнктивда шиш, гиперемия, перикорнеал инъкция</li> <li>4. шох парда эндотелий каватида преципитатлар, рангдор парда рельефи ва ранги узгарган, орка камера синехиялар, катаракта</li> <li>5. қорачик тор ва ёругликка реакция сусайган</li> <li>6. офтальмоскопияда куз туби энгил туманда курилади</li> <li>7. Т n/n (-) 1,0 (нормада Т n/n N)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бактериал увеит билан (уткир бошланиш хос, жараён соғ кузга утиши 10-14 кун ичида ва унда огир кечиш хос)</li> <li>2. Ревматоид артрит билан (Стилл касаллиги бунда ревматоид артрит шох парда каватининг лентасимон дегенерацияси, увеит, катаракта )</li> <li>3. Ревматик увеит билан, бунда ревматизм, ретиноваскулит, тур пардада рецидивланувчи кон куюлишлар билан кечади</li> <li>4. Бехчет касаллиги – учлик симптомлари билан характерланади: иридоциклит, афтоз стоматит, жинсий аъзолар шиллик каватида яралар</li> </ol>	<p><u>Педиатр тактикаси:</u> шошилиш равишида офтальмологга юбориш ва биринчи ёрдам курсатиш: <b>Мидриатиклар</b></p> <p>Rp:Sol. Atropini sulfatis 0,5 % 10 ml D.S. 2 томчидан конъюнктива бушлигига 2 махал томизиш (атропин 0.1% 1 ешгача , 0.3% 3 ешгача , 0.5 % 5 ешгача, 1% 5 ешдан катталарга).</p> <p>Rp:Sol..Dexametha-soni 0,1% 10 ml DS: конъюнктива бушлигига 2-6 махал томизиш</p> <p>Rp:Sol..Dexametha-soni 0,4% 1 ml D.t.d. N 5 in amp. S. конь-ва остига инъекция у-н контрикал 0,5 дан, CaCl 5%-5,0 мл в/в)</p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Орбита флегмонаси

Ёши: 4 ёш

Тана вазни: 15 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> уткир бошланиши, бош оғриши, куз соккаси нинг буртиб чикиши, тана хароратининг ортиши, холсизлик, иштаханнинг пасайиши, ковоклар шишишива кизариши, кузни оча олмаслик, куз харака тида каттак оғрик</p>	Кон умумий тахлили	<p>Лейкоцитоз <math>14 \cdot 10^9</math> л (<math>6,5 - 13 \cdot 10^9</math> л)  ЭЧТ 30 мм/с. гача (норма 2-10 мм/с)</p>	<p>1. визометрия 2. ташки курув 3. куз соккасининг харакатини текшириш 4. экзофтальмометрия 5. офтальмоскопия 6. куз косаси ва бурун бушликлари рентгенографияси</p>	<p>1. кўриш уткирлигининг 0,3-0,4 гача пасайиши (норма 0,6-1,0) 2. ковоклар гиперемияси, шиши, конъюнктива хемози, томирлари тулаконилиги, мидриаз 3. куз соккаси харакатининг чегараланиши 4. экзофтальм (норма 16 – 21 мм) 5. куз тубида веналарда кон димланиши 6. Rp-графияда бурун ёндош бушликлари кораланиши</p>	<p>1. Пульсацияланувчи экзофтальм билан- хар бир пульсацияланишда бош оғрик, кулок шангиллаши, куз тагида аускультатив систолик шовкин, куздан ичкарида пульсацияланаётган хосила 2. Ёмон сифатли экзофтальм билан – куз олмасининг чикиши, орбита сохасида кучли оғрик, диплопия, куз харакатининг юкорига ва пастга чегараланиши, лагофтальм Юкори куз тиркиши синдроми билан - бунда юкори ковок птози, щох парда ва пешона терисининг сезгирлиги пасайиши, куз тубида димланиш белгилари</p>	<p><u>Педиатр тактикаси:</u> ЛОР ва офтальмолог консултацияси. Офтальмолог тактикаси: ЛОР истисносидан сунг орбитотомия, дренажлаш билан даволаш. Бензилпенициллин натрий 500 000 ЕД м/о 4 махал суткада, 40% глюкоза эритма си аскорбин к-таси билан в/о 20 мл N10, эритромицин табл 0,25 x 4 махал ичишга, Rp: Sol. Laevomycetini 0,5% - 10 ml D.S: 2 томчидан конъюнктура бушлигига 5-6 махал томизиш, Rp: Ung. Tetracyclini 1% 10.0 D.S Малхам пастки ковок остига 2 махал куйиш</p>
100 % - 2	1	1	1	1	2	2
50 % - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Шох парда ва склеранинг тешиб кивувчи жарохати

Ўши: 10 ёш

Тана вазни: 30 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текшириш	Интерпретация		
<p><b>Шикоят:</b> Кўз олмаси жарохатига ёругликдан куркишга, куз ёш окишига ва куришнинг пасайишига</p>	---	---	<ol style="list-style-type: none"> <li>ёндан ёруглик тушириш билан текшириш</li> <li>визометрия</li> <li>тонометрия (пальпаторно, эхтиётлик билан)</li> <li>офтальмоскопия</li> <li>рентгенография Комберга-Балтина усулида.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>шох парда ва склера жарохати борлиги ва гефема, олд камера нотекис, корачик жарохатга тортилган, рангдор парда жарохатга кисилган,</li> <li>кўриш уткирлиги пасайган (норма 0,9-1,0)</li> <li>гипотония</li> <li>тур парда йиртилиши, шишасимон танада хиралашиш ва кон куюлиш,</li> <li>ёт жисм борлиги.</li> </ol>	<p>Шох парда ва склерани тешиб кивмайдиган жарохат билан- бунда флюоресцеин буёк билан буялганда жарохат канали кур тугаши аникланади, гипотония йўқлиги, корачик формаси ва олдинги камера чукурлиги узгармайди</p>	<p><u>Педиатр тактикаси:</u> кузга дез.томчилар томизиш, м/о антибиотик, т/о кокшолга карши анатоксин, ҳамда бинокуляр боғлам куйиш, шошилиш равишда стационарга юбориш</p> <p><u>Офтальмолог тактикаси:</u> БХИ хирургик даво-ет жисми олиш, шох парда ва склера жарохатини тикиш. .</p>
100 % - 2	-	-	2	2	2	2
50 % - 1	-	-	1	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	-	-	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p><b>Умумий белгилар:</b> Тўсатдан бошланиши, қалтираш, тана ҳароратини 39-41 С гача кўтарилиши, уйқусизлик, қабзият, иштаҳа йўқолиши, пешоб ажралишини камайиши (олигурия).</p> <p><b>Маҳаллий белгилар:</b> <b>Эритематоз шакли</b> Ачитувчи оғриқ, терида оч кизилликнинг «географик карта» ёки «олов тили» кўринишида пайдо бўлиши, тери шишган, соғ юза устидан кўтарилиб туради. (бу формани давомийлиги 5-10 кун).</p> <p><b>Буллез шакли</b> Касалликнинг бу шаклида сарик ёки геморрагик суюқлик билан тўлган (стрептококка бой) пуфакчалар пайдо бўлади.</p> <p><b>Флегмоноз ёки некротик шакли</b> Касалликнинг бу шаклида яллиғаниш процессига тери-ости ёғ қабати йирингли инфекцияси қўшилиб йиринг оқиш, кучсизланган беморлар терисида эса некрозга учраган соҳалар пайдо бўлиши кузатилади. Айримларида эса шу соҳада <b>қайталанувчи шакли</b> пайдо бўлади.</p>	<p><b>Умумий қон тахлили</b> – нейтрофил лейкоцитоз, эозинопения, нор-мохром анемия</p> <p><b>Умумий пешоб тахлили</b> – Оксил, эритроцитлар, лейкоцитлар, гиалин ва донадор цилиндр-лар.</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b> <b>-микроб вирулентлигига,</b> <b>-микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсификациясига,</b> <b>-макроорганизм реактивлигига.</b></p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш кон яра-тиш функцияси бузилишига олиб келади: шакланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади - <b>нормохром анемия</b> (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада конда эрит-роцитлар – 4,5-5,7 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л), <b>эозинопения</b> (эозинофиллар миқдорини камайиши, нормада 0,5-5%) кузатилади. Шу билан бирга лейкоцитар формулани чапга силжиши (сегментядролилар сонини камайиши, нормада - 47-72%, таёқчаядроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада - 1-6%) кузатилади.</p> <p><b>Умумий пешоб тахлили</b> (нормада): -оксил - аникланилмайди, -эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида -лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида -цилиндрлар: -гиалин 0-1 -донадор – аникланилмайди</p> <p>Эозинопения йўқолиши ва лимфоцитларни кўпайиши (нормада – 19-37%) яхши прогностик белги ҳисобланади.</p>	<p><b>-териости ёғ қавати флегмонаси</b> (тери шиши ва кизариши аста секинлик билан соғ тўқималарга чегараланмасдан ўтади)</p> <p><b>-юзаки тромбофлебит</b> (бемор умумий ахволида ўзгаришлар кам, тана ҳарорати субфебрил, яллиғланган вена соҳаси оғриқли ва пайпаслаганда оғриқли каттик тизимча шаклида аниқланилади)</p> <p><b>-прогрессияланувчи (ривожланувчи) лимфангит</b> (инфекция асосан терининг сўргич қаватида жойлашиб, лимфангитнинг сарамасга ўтиш эҳтимоли ёки сарамасда лимфангит белгилари ривожланиши мумкин)</p> <p><b>-ўткир дерматит</b> (анамнезида ишлаб чиқаришдаги аллергенлар ёки маиший химия маҳсулотлари билан алоқада бўлганлиги, юзнинг қовоқ қисми ва жинсий аъзоларда пайдо бўлган тошмали ўчоқларнинг четлари кескин чегараланганлиги, қўл ва оёқ қафт соҳаларида бу ҳолатнинг кузатилмас-лиги, касалликнинг ўткир шаклида эса папула, пуфакчалар ва улар атрофидаги кизариш, намланиш ва қичишиш белгилари мавжудлиги билан ҳарак-терланади.)</p>	<p><b>Оператив даво усуллари:</b> <b>Буллез шаклида</b> –буллаларни кесиб очиш, -стрептоцид малҳамли, ёки -синтомицин эмулсияли, ёки -2% тетрациклин малҳамли боғ-ламлар кўйиш.</p> <p><b>Некротик шаклида</b> –некрозга учраган тўқималарни кесиб олиб ташлаш, антисептик боғламлар (фурациллин ёки борат кислота эритмалари билан) кўйиш.</p>	<p><b>Консерватив даво усуллари:</b> -шифоҳонага ётқизиш лозим, -юқори калорияли овқатлан-тириш, -кўп суюқлик истеъмол қилиш, -антибиотикларнинг катта дозалари <b>Rp: Benzylpenicillini Natrii 1000000 ED</b> <b>D.t.d. № 10</b> <b>S: флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаинда эритилиб, 4 маҳал м/о 5 мл. дан юборилади.</b></p> <p><b>Rp: Tab. Tetracyclini 0,25 obduc-tae № 20</b> <b>D.S: 1 таб. 4 маҳал ичишга (овқатдан кейин)</b></p> <p>-сульфаниламидлар <b>Rp: Tab. Aethazoli 0,5</b> <b>D.t.d. № 10</b> <b>S: 1 таб. 4 маҳал ичишга.</b> ёки <b>Rp: Tab. Sulfadimethaxini 0,5</b> <b>D.t.d. № 15</b> <b>S: 1 таб. 2 маҳал ичишга.</b></p> <p>-витаминлар, -десенсибилизацияловчи терапия (супрастин, ёки тавегил, ёки диазолин, ёки димедрол), -иммуностимуляторлар (тималин, ёки тактивин, ёки иммуномодулин инъекцияда), -дезинтоксикацион терапия (в/ичига 5% глюкоза эритмаси, 0,9% натрий хлор эритмаси, гемодез ва х.), -Ултратрабинафша нурлар билан нурлатиш.</p>
100% - 2	1	1	2	2	2
50% - 1	0,5	0,5	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир носпецифик анаэроб инфекция

**Ёши:** 50 года

**Тана вазни:** 70 кг

**Синонимлари:** анаэроб, ёки газли, ёки госпитал гангрена, бронзали сарамас, газли целлюлит

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p>Инкубацион даври бир неча соатдан 7 суткагача давом этади.</p> <p><b>Маҳаллий:</b></p> <p>-жароҳатдаги оғрик;</p> <p>-оёқ қўлларнинг шишиб та ранглашиш хиссиёти;</p> <p>-боғлам торлигини сезиш;</p> <p><b>Умумий:</b></p> <p>-субфебрил ҳарорат кескин 38-39 С гача кўтарилади;</p> <p>-тахикардия (минутига 140-150`);</p> <p>-АҚБ 90-80 гача пасайиши;</p> <p>-нафас олиш частотаси минутига 30-40</p> <p><b>Кўрикда:</b></p> <p>-қўл оёқлар кескиш шишган, оқарган;</p> <p>-пайпаслаганда териности эмфиземаси ва крепитацияси аниқланилади.</p> <p>Оёқ қўллар R-тасвирида тўқималар орасида газ мавжудлиги, лигатура белгисини (оёқ қўлларга боғланган ипни териға ботиб кириши) кузатилади.</p>	<p>-Анемия, -ЭЧТ нинг ортиши</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b></p> <p><b>-микроб вирулентлигига,</b></p> <p><b>-микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсивлигига,</b></p> <p><b>-макроорганизм реактивлигига.</b></p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш қон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шакланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади – <b>нормохром анемия</b> (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада қонда эритроцитлар–4,5-5,7x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади.</p> <p>Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (<b>лейкоцитоз</b>, нормада 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), <b>лейкоцитар формулани чапга силжиши</b> (сегментядролилар сонини камайиши, нормада-47-72%, таёқчадроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада-1-6%), кузатилади.</p> <p><b>Умумий пешоб тахлили</b> (нормада):</p> <p>-оқсил - аниқланилмайди,</p> <p>-эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида</p> <p>-лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида</p> <p>-цилиндрлар:</p> <p>-гиалин 0-1</p> <p>-донадор – аниқланилмайди.</p>	<p>ўткир чиритувчи инфекцияда газ кўпиксимон пуфакчалар кўринишида жароҳат ажралмасида, анаэроб газли гангренада эса газ пуфакчалари мушакларда аниқланилади.</p>	<p>1. Беморни алоҳида хонага қўйиш;</p> <p>Операция: шошилич радикал жаррохлик аралашувини бажариш (зарарланган ҳамма патологик тўқималарни кенг, максимал–равишда кесиб олиб ташлаш).</p>	<p>Умумий даволаш чоралари:</p> <p>1. В/орасига метронидазол, диоксидин, клиндамицин, кўшимча аминоглюкозидлар, цефалоспоринлар, яримсинтетик пенициллинларни юбориш.</p> <p>2. Дезинтоксикацион терапия: қон ва қон маҳсулотларини, суюқликлар ва гемодезни қуйиш. Кўрсатма асосида экстракорпорал детоксикацияни бажариш.</p> <p>3. Организм иммунитетини кўтарувчи дорилар: иммунотерапия (тимус маҳсулотлари)</p> <p><b>Rp: Timalini 1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>- витаминотерапия</p> <p><b>Rp: Sol. Tiamini hydrochloride 1%-1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: қунига 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>интерлейкинлар, иммуноглобулинлар, ксеноталок перфузияси.</p> <p>Специфик даволаш: гангренага қарши зардоб юборш.</p>
100%	- 2	1	1	2	2
50%	- 1	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	- 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир носпецифик анаэроб инфекция

**Ёши:** 50 ёш

**Тана вазни:** 70 кг

**Синонимлари:** анаэроб, ёки газли, ёки госпитал гангрена, бронзали сарамас, газли целлюлит

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив	
<p>Инкубацион даври бир неча соатдан 7 суткагача давом этади.</p> <p><b>Маҳаллий:</b></p> <p>-жароҳатдаги оғрик;</p> <p>-оёқ қўлларнинг шишиб та ранглашиш хиссиёти;</p> <p>-боғлам торлигини сезиш;</p> <p><b>Умумий:</b></p> <p>-субфебрил ҳарорат кескин 38-39 С гача кўтарилади;</p> <p>-тахикардия (минутига 140-150`);</p> <p>-АҚБ 90-80 гача пасайиши;</p> <p>-нафас олиш частотаси минутига 30-40</p> <p><b>Кўриқда:</b></p> <p>-қўл оёқлар кескиш шишган, оқарган;</p> <p>-пайпаслаганда териности эмфиземаси ва крепитацияси аниқланилади.</p> <p>Оёқ қўллар R-тасвирида тўқималар орасида газ мавжудлиги, лигаура белгисини (оёқ қўлларга боғланган ипни териға ботиб кириши) кузатилади.</p>	<p>-Анемия, -ЭЧТ нинг ортиши</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b></p> <p><b>-микроб вирулентлигига,</b></p> <p><b>-микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсивлигига,</b></p> <p><b>-макроорганизм реактивлигига.</b></p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш қон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шакланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади – <b>нормохром анемия</b> (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада қонда эритроцитлар–4,5-5,7x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади.</p> <p>Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (<i>лейкоцитоз</i>, нормада 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), <i>лейкоцитар формулани чапга силжиши</i> (сегментядролилар сонини камайиши, нормада-47-72%, таёқчадроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада-1-6%), кузатилади.</p> <p><b>Умумий пешоб тахлили</b> (нормада):</p> <p>-оқсил - аниқланилмайди,</p> <p>-эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида</p> <p>-лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида</p> <p>-цилиндрлар:</p> <p>-гиалин 0-1</p> <p>-донадор – аниқланилмайди.</p>	<p>ўткир чиритувчи инфекцияда газ кўпиксимон пуфакчалар кўринишида жароҳат ажралмасида, анаэроб газли гангренада эса газ пуфакчалари мушакларда аниқланилади.</p>	<p>2. Беморни алоҳида хонага кўйиш;</p> <p>Операция: шошлинч радикал жаррохлик аралашувини бажариш (зарарланган ҳамма патологик тўқималарни кенг, максимал–равишда кесиб олиб ташлаш).</p>	<p>Умумий даволаш чоралари:</p> <p>4. В/орасига метронидазол, диоксидин, клиндамицин, кўшимча аминоглюкозидлар, цефалоспоринлар, яримсинтетик пенициллинларни юбориш.</p> <p>5. Дезинтоксикацион терапия: қон ва қон маҳсулотларини, суюқликлар ва гемодезни қуйиш.</p> <p>Кўрсатма асосида экстракорпорал детоксикацияни бажариш.</p> <p>6. Организм иммунитетини кўтарувчи дорилар: иммунотерапия (тимус маҳсулотлари)</p> <p><b>Rp: Timalini 1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>- витаминотерапия</p> <p><b>Rp: Sol.Tiamini hydrochloride 1%-1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: қунига 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>интерлейкинлар, иммуноглобулинлар, ксеноталок перфузияси.</p> <p>Специфик даволаш: гангренага қарши зардоб юборш.</p>	
100%	-	2	1	1	2	2
50%	-	1	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир носпецифик анаэроб инфекция

**Ёши:** 50 года

**Тана вазни:** 70 кг

**Синонимлари:** анаэроб, ёки газли, ёки госпитал гангрена, бронзали сарамас, газли целлюлит

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив	
<p>Инкубацион даври бир неча соатдан 7 суткагача давом этади.</p> <p><b>Маҳаллий:</b></p> <p>-жароҳатдаги оғрик;</p> <p>-оёқ қўлларнинг шишиб та ранглашиш хиссиёти;</p> <p>-боғлам торлигини сезиш;</p> <p><b>Умумий:</b></p> <p>-субфебрил ҳарорат кескин 38-39 С гача кўтарилади;</p> <p>-тахикардия (минутига 140-150);</p> <p>-АҚБ 90-80 гача пасайиши;</p> <p>-нафас олиш частотаси минутига 30-40</p> <p><b>Кўриқда:</b></p> <p>-қўл оёқлар кескиш шишган, оқарган;</p> <p>-пайпаслаганда териости эмфиземаси ва крепитацияси аниқланилади.</p> <p>Оёқ қўллар R-тасвирида тўқималар орасида газ мавжудлиги, лигатура белгисини (оёқ қўлларга боғланган ипни терига ботиб кириши) кузатилади.</p>	<p>-Анемия,</p> <p>-ЭЧТ нинг ортиши</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b></p> <p><b>-микроб вирулентлигига,</b></p> <p><b>-микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсивлигига,</b></p> <p><b>-макроорганизм реактивлигига.</b></p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш кон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шаклланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади – <b>нормохром анемия</b> (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада конда эритроцитлар–4,5-5,7x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади.</p> <p>Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (<b>лейкоцитоз</b>, нормада 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), <b>лейкоцитар формулани чапга силжиши</b> (сегментядролилар сонини камайиши, нормада-47-72%, таёқчадроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада-1-6%), кузатилади.</p> <p><b>Умумий пешоб тахлили</b> (нормада):</p> <p>-оксил - аниқланилмайди,</p> <p>-эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида</p> <p>-лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида</p> <p>-цилиндрлар:</p> <p>-гиалин 0-1</p> <p>-донадор – аниқланилмайди.</p>	<p>ўткир чиритувчи инфекцияда газ кўпиксимон пуфакчалар кўринишида жароҳат ажралмасида, анаэроб газли гангренада эса газ пуфакчалари мушакларда аниқланилади.</p>	<p>3. Беморни алоҳида хонага қўйиш;</p> <p>Операция: шошлинч радикал жаррохлик аралашувини бажариш (зарарланган ҳамма патологик тўқималарни кенг, максимал–равишда кесиб олиб ташлаш).</p>	<p>Умумий даволаш чоралари:</p> <p>7. В/орасига метронидазол, диоксидин, клиндамицин, қўшимча аминоглюкозидлар, цефалоспоринлар, яримсинтетик пенициллинларни юбориш.</p> <p>8. Дезинтоксикацион терапия: кон ва кон маҳсулотларини, суюқликлар ва гемодезни қуйиш.</p> <p>Кўрсатма асосида экстракорпорал детоксикацияни бажариш.</p> <p>9. Организм иммунитетини кўтарувчи дорилар: иммунотерапия (тимус маҳсулотлари)</p> <p><b>Rp: Timalini 1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>- витаминотерапия</p> <p><b>Rp: Sol. Tiamini hydrochloride 1%-1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: қунига 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>интерлейкинлар, иммуноглобулинлар, ксеноталок перфузияси.</p> <p>Специфик даволаш: гангренага қарши зардоб юборш.</p>	
100%	-	2	1	1	2	2
50%	-	1	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир носпецифик анаэроб инфекция

**Ёши:** 50 ёш

**Тана вазни:** 70 кг

**Синонимлари:** анаэроб, ёки газли, ёки госпитал гангрена, бронзали сарамас, газли целлюлит

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p>Инкубацион даври бир неча соатдан 7 суткагача давом этади.</p> <p><b>Маҳаллий:</b></p> <p>-жароҳатдаги оғрик;</p> <p>-оёқ қўлларнинг шишиб та ранглашиш хиссиёти;</p> <p>-боғлам торлигини сезиш;</p> <p><b>Умумий:</b></p> <p>-субфебрил ҳарорат кескин 38-39 С гача кўтарилади;</p> <p>-тахикардия (минутига 140-150);</p> <p>-АҚБ 90-80 гача пасайиши;</p> <p>-нафас олиш частотаси минутига 30-40</p> <p><b>Кўриқда:</b></p> <p>-қўл оёқлар кескиш шишган, оқарган;</p> <p>-пайпаслаганда териости эмфиземаси ва крепитацияси аниқланилади.</p> <p>Оёқ қўллар R-тасвирида тўқималар орасида газ мавжудлиги, лигатура белгисини (оёқ қўлларга боғланган ипни терига ботиб кириши) кузатилади.</p>	<p>-Анемия,</p> <p>-ЭЧТ нинг ортиши</p>	<p>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</p> <p>-микроб вирулентлигига,</p> <p>-микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсивлигига,</p> <p>-макроорганизм реактивлигига.</p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш кон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шаклланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади – нормохром анемия (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада конда эритроцитлар–4,5-5,7x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади.</p> <p>Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (лейкоцитоз, нормада 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), лейкоцитар формулани чапга силжиши (сегментядролилар сонини камайиши, нормада-47-72%, таёқчадроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада-1-6%), кузатилади.</p> <p>Умумий пешоб тахлили (нормада):</p> <p>-оксил - аниқланилмайди,</p> <p>-эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида</p> <p>-лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида</p> <p>-цилиндрлар:</p> <p>-гиалин 0-1</p> <p>-донадор – аниқланилмайди.</p>	<p>ўткир чиритувчи инфекцияда газ кўпиксимон пуфакчалар кўринишида жароҳат ажралмасида, анаэроб газли гангренада эса газ пуфакчалари мушакларда аниқланилади.</p>	<p>4. Беморни алоҳида хонага қўйиш;</p> <p>Операция: шошилинч радикал жаррохлик аралашувини бажариш (зарарланган ҳамма патологик тўқималарни кенг, максимал–равишда кесиб олиб ташлаш).</p>	<p>Умумий даволаш чоралари:</p> <p>10. В/орасига метронидазол, диоксидин, клиндамицин, қўшимча аминоглюкозидлар, цефалоспоринлар, яримсинтетик пенициллинларни юбориш.</p> <p>11. Дезинтоксикацион терапия: кон ва кон маҳсулотларини, суюқликлар ва гемодезни куйиш. Кўрсатма асосида экстракорпорал детоксикацияни бажариш.</p> <p>12. Организм иммунитетини кўта-рувчи дорилар: имунотерапия (тимус маҳсулотлари)</p> <p><b>Rp: Timalini 1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>- витаминотерапия</p> <p><b>Rp: Sol. Tiamini hydrochloride 1%-1,0</b></p> <p><b>D.t.d. № 10</b></p> <p><b>S: кунига 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>интерлейкинлар, иммуноглобулинлар, ксеноталок перфузияси.</p> <p>Специфик даволаш: гангренага қарши зардоб юбориш.</p>
100% - 2	1	1	2	2	2
50% - 1	0,5	0,5	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

## 5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Ўткир носпецифик анаэроб инфекция

**Ёши:** 50 ёш

**Тана вазни:** 70 кг

Синонимлари: анаэроб, ёки газли, ёки госпитал гангрена, бронзали сарамас, газли целлюлит

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p>Инкубацион даври бир неча соатдан 7 суткагача давом этади.</p> <p><b>Маҳаллий:</b> -жароҳатдаги оғрик; -оёқ қўлларнинг шишиб та ранглашиш хиссиёти; -боғлам торлигини сезиш;</p> <p><b>Умумий:</b> -субфебрил ҳарорат кескин 38-39 С гача кўтарилади; -тахикардия (минутига 140-150); -АҚБ 90-80 гача пасайиши; -нафас олиш частотаси минутига 30-40</p> <p><b>Кўриқда:</b> -қўл оёқлар кескиш шишган, оқарган; -пайпаслаганда териости эмфиземаси ва крепитацияси аниқланилади.</p> <p>Оёқ қўллар R-тасвирида тўқималар орасида газ мавжудлиги, лигатура белгисини (оёқ қўлларга боғланган ипни териға ботиб кириши) кузатилади.</p>	<p>-Анемия, -ЭЧТ нинг ортиши</p>	<p>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади: -микроб вирулентлигига, -микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсивлигига, -макроорганизм реактивлигига.</p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш кон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шакланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади – нормохром анемия (гемо-глобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада конда эритроцитлар–4,5-5,7x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади.</p> <p>Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (лейкоцитоз, нормада 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), лейкоцитар формулани чапга силжиши (сегментядролилар сонини камайиши, нормада-47-72%, таёқчадроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада-1-6%), кузатилади.</p> <p>Умумий пешоб тахлили (нормада): -оксил - аниқланилмайди, -эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида -лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида -цилиндрлар: -гиалин 0-1 -донадор – аниқланилмайди.</p>	<p>ўткир чиритувчи инфекцияда газ кўпиксимон пуфакчалар кўринишида жароҳат ажралмасида, анаэроб газли гангренада эса газ пуфакчалари мушакларда аниқланилади.</p>	<p>5. Беморни алоҳида хонага қўйиш; Операция: шошилинч радикал жаррохлик аралашувини бажариш (зарарланган ҳамма патологик тўқималарни кенг, максимал–равишда кесиб олиб ташлаш).</p>	<p><u>Умумий даволаш чоралари:</u> 13. В/орасига метронидазол, диоксидин, клиндамицин, қўшимча аминоглюкозидлар, цефалоспоринлар, яримсинтетик пенициллинларни юбориш.</p> <p>14. Дезинтоксикацион терапия: кон ва кон маҳсулотларини, суюқликлар ва гемодезни куйиш. Кўрсатма асосида экстракорпорал детоксикацияни бажариш.</p> <p>15. Организм иммунитетини кўта-рувчи дорилар: имунотерапия (тимус маҳсулотлари) <b>Rp: Timalini 1,0</b> <b>D.t.d. № 10</b> <b>S: 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>- витаминотерапия <b>Rp: Sol. Tiamini hydrochloride 1%-1,0</b> <b>D.t.d. № 10</b> <b>S: кунига 1,0 дан 1 мартаба тери остига</b></p> <p>интерлейкинлар, иммуноглобулинлар, ксеноталок перфузияси. Специфик даволаш: гангренага қарши зардоб юбориш.</p>
100% - 2	1	1	2	2	2
50% - 1	0,5	0,5	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.



5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Флегмона

Ёши: 50 ёш.

Тана вазни: 70 кг

Клиника	Ташхисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти		
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив	
<p>Ўткир бошланиш, тана ҳароратининг 40 С гача кўтарилиши, холсизланиш, дармонсизланиш, бош оғрик, инфилтрат соҳасидаги оғриқларга, уларни ҳаракат ва тана вазиятини ўзгартирганда кучайишига шикоят қилади.</p> <p><b>Маҳаллий белгилари</b> – яллиғланишнинг ҳамма классик белгилари (шиш, кизариш, оғрик, маҳаллий ҳарорат кўтарилиши, функцияни бузилиши) намоён бўлади.</p> <p>Шиш катталашиб, устки териси аввал киза-риб, сўнгра оқаради. Пайпаслаганда шишнинг оғриқлилиги, чегаралари аниқланмаслиги, ҳаракатсизлиги ва маҳаллий ҳарорат юкори-лиги аниқланилади.</p> <p>Флегмонанинг абсцесс босқичига ўтиши, инфилтрат юмшаши – <b>флюктуация</b> пайдо бўлишига олиб келади. Регионар лимфатугунлар катталашган ва оғриқли. Актив ва пасив ҳаракатлар, тана вазиятининг ўзгариши, флегмона соҳасидаги оғриқларни кучай-тиради.</p> <p>Чуқур <b>мушакларо флегмоналарда</b> патологик ўчоқ жойлашган оёқ ёки қўл ҳажми соғ томонга нисбатан (сантиметр лента билан ўлчаганда) катталашади. Пайпаслаганда чуқур, кескин оғриқли инфилтрат, қўл ёки оёқларнинг мажбурий ҳолати, регионар лимфатугунларини катталашганлиги ва оғриқлилиги аниқланилади.</p> <p>Пункция қилинганда йиринг борлиги <b>чуқур мушакларо флегмона</b> ташхисотини тасдиқлайди. Бўйинда белгилари яхши намоён бўлмаган – <b>тахтасимон (деревянистая) флегмона</b> кузатилади.</p>	<p><b>Умумий қон тахлили:</b> -нормохром анемия -нейтрофилли лейкоцитоз -Эритроцитлар чўкиш тезлигини (ЭЧТ) ортиши</p> <p><b>Умумий пешоб тахлилида:</b> -оксил -цилиндрлар аниқланилади.</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b> <b>-микроб вирулентлигига,</b> <b>-микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиши интенсивлигига,</b> <b>-макроорганизм реактивлигига.</b></p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш қон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шакланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади – <b>нормохром анемия</b> (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада қонда эритроцитлар – 4,5-5,7 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади.</p> <p>Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (<b>лейкоцитоз</b>, нормада 4,0-9,0x10<sup>9</sup>/л), <b>лейкоцитар формулаи чага силжиши</b> (сегментядролилар сонини камайиши, нормада - 47-72%, таёқчаядроли нейтрофил-ларни кўпайиши, нормада - 1-6%), <b>Эритроцитларни чўкиш тезлиги</b> (ЭЧТ) ортиши, (нормада 2-10 мм/с) йирингли процесс учун характерли бўлиб, у қон яратиш бузилишига олиб келади.</p> <p><b>Умумий пешоб тахлили</b> (нормада): -оксил - аниқланилмайди, -эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида -лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида -цилиндрлар: -гиалин 0-1 -донадор – аниқланилмайди.</p>	<p><b>-Абсцесс</b> (пиоген қобикка эга бўлган, ярим шарсимон шаклли, устки териси қизарган, маҳаллий ҳароратли, марказида флюктуация белгилари мавжуд, чегараланган йирингли бўшлиқ мавжудлиги билан характерланади).</p> <p><b>-Сарамас касаллиги</b> (умумий ахволи кескин емонлашган, бошланиши ўткир, маҳаллий эса аниқ чегарали кизариш - “олов ти-ли” ёки “географик карта” белгилари бор-лиги билан характерланади).</p> <p><b>-Гидраденит</b> (бемор умумий ахволи кам ўзгаради, касаллик ўткир бошланади, қўлтикости соҳасида тери юзасидан бўртиб чиққан кичик оғриқли тугуннинг пайдо бўлиши, бир нечта тугунларнинг қўшилиши эса қаттиқ оғриқли, устки териси қизарган инфилтрат ҳосил бўлишига олиб келади, инфилтрат ўртасида эса флюктуация аниқ-ланилади).</p> <p><b>-Юзаки тромбофлебит</b> (бемор умумий ахволида ўзгаришлар кам, тана ҳарорати субфебрил, яллиғланган вена соҳаси оғрик-ли ва пайпаслаганда оғриқли қаттиқ тизим-ча шаклида аниқланилади)</p> <p><b>-Лимфангит</b> (инфекция асосан терининг сўргич қаватида жойлашиб, лимфангитнинг сарамасга ўтиши эҳтимоли ёки сарамасда лимфангит белгилари ривожланиши мумкин)</p> <p><b>-Гематоген остеомиелит</b> (асосан болалар касаллиги, умумий ахволининг оғирлиги, тана ҳароратининг юкорилиги характерланади. Биринчи рентгенологик белгилар – периостал реакция, суяксти қаватининг калинлашиши ва унинг остида йиринг тўпланиши оқибатида ажралиши фақат 10-14 суткаларда пайдо бўлади).</p> <p><b>-Актиномикоз</b> (тери кўкимтир қўнғир рангда бўлиб, яралар, оқмалар пайдо бўлиши, тола қисмлари билан суюқ йиринг ажралиши кузатилади. Ташхисни серологик реакция ва йирингда тола қисмларини аниқ-ланилиши тасдиқлайди.</p>	<p>24 соат давомида жараёни кучайиши ва даво эффеќтини йўқлиги–<b>оператив аралашувга</b> кўрсатмадир.</p> <p>Наркоз ёрдамида флегмонани очиб, йиринг ва некротик тўқималар чиқарилади. Йирингли чўнтақлар очиб ташланади. Жароҳат антисептик эритмалар билан ювилиб, дренажланилади. Кўрсатмалар бўлса контрапертуралар амалга оширилади. Шуларга қўшимча ГБО (кўрсатма асосида), азотерапевтик мосламалар – АТУ – 3, АТУ – 4 қўлланилади.</p>	<p><b>Бошланғич босқичда:</b> 1.Кўрпа тўшак режими. 2.Яллиғланган соҳани тинч-лантириш. 3.УВЧ-терапия. 4.Протеолитик ферментлар билан электрофорез. 5.Вишневский усули билан антибиотик - новоканли футляр блокадалар бажариш. 6.Антибиотикотерапия (биринчи 2-3 кун давомида) <i>Rp: Benzylpenicillini Natrii 1000000 ED D.t.d. № 10</i> <i>S: флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новоканлида эритилиб м/о 5 мл юборилади.</i> Шунингдек антибиотикларни регионар лимфотроп усулда юбориш ҳам тавсия қилинади. Кейинги 4 кундан бошлаб, микробларга сезувчанлиги аниқланган антибиотиклар ишлатилади. 7.Дезинтоксикацион терапия в/ичига – (5% глюкоза, 0,9% натрий хлор, гемодез эритмалари ва х.) юборилади. 8.Витаминотерапия, 9.Иммуностимуляторлар (тималин, ёки тактивин, ёки иммуномодулин инъекцияларда).</p>	
100%	-	2	1	1	2	2
50%	-	1	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	-	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Юмшоқ тўқималар абсцесси

Ёши: 40 ёш

Тана вазни: 70 кг

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p><b>Умумий клиник белгилар:</b> -тана хароратини кўтарилиши (субфебрилдан юқори кўрсаткичларгача) -умумий холсизлик -иштаҳа йўқолиши -бош оғриқ</p> <p><b>Маҳаллий белгилар:</b> <b>Юза жойлашган абсцессларда:</b> кизариш, шиш, оғриқ, маҳаллий хароратни кўтарилиши, функция бузилиши, флюктуация аниқланилиши. Яллиғланиш белгилари хар хил майдонни эгаллаши мумкин.</p> <p>Йиринг характери кўзгатувчи турига боғлиқ: <i>Чиритувчи инфекцияда</i> – бадбўй хид, кулранг – ифлос ранг. <i>Стафилококкда</i> – куюк сарик – яшил йиринг. <i>Кўкяшил таёқча</i> – кўкяшил ранг ва ширин хидли.</p> <p><b>Чукүр жойлашган абсцессларда</b> Флюктуация аниқланилмаслиги мумкин, бу холда: -диагностик пункция -Ултратовуш текшируви (УТТ) -аъзолар компьютер томографияси -рентгенография усуллари ёрдам бериши мумкин.</p>	<p><b>Умумий қон тахлили:</b> -нейтрофилли лейкоцитоз-15-20 х 10<sup>9</sup>/л.гача, -лейкоцитар формулани чапга силжиши. -Эритроцитлар чўкиш тез-лигини (ЭЧТ) ортиши.</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b> <b>-микроб вирулентлигига, -микроблар маҳсулотлари ва токсин-ларнинг сўрилиши интенсивлигига, -макроорганизм реактивлигига.</b> Бу касалликда лейкоцитлар сонини ошиши (лейкоцитоз, нормада 4,0-9,0х10<sup>9</sup>/л), <i>лейкоцитар формулани чапга силжиши</i> (сегментядролилар сонини камайиши, нормада - 47-72%, таёқчаядроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада - 1-6%), кузатилади. <b>Эритроцитларни чўкиш тезлиги</b> (ЭЧТ) ортиши, (нормада 2-10 мм/с) йирингли процесс учун характерли бўлиб, у кон яратиш бузилишига олиб келади.</p>	<p><b>-совүк абсцесс</b> (бу холат суяк ва бўғимлар силига хос бўлиб, жуда сеин авж олиши, флюктуация белгиси мавжуд бўлса ҳам, маҳаллий яллиғланиш белгиларининг йўқлиги билан характерланади). <b>-юмшоқ тўқималар ўсмасининг емирилиши босқичи</b> (ўсмалар атроф тўқималарга ўсиб кириб битишиб кетади, жуда тез ривожланади, метастазлар беради. Яллиғланиш белгилари кузатилмайди, охириги босқичларида ўсманинг емирилиши кузатилади. Умумий ахволи ёмонлашиб, сабабсиз озиш, анемия белгилари пайдо бўлади. Биопсия ташҳисни тасдиқлайди). <b>-гематомаларда</b> (бу холат тўқималар орасига кўп миқдорда қон куйилиши, натижада қон билан тўлган сунъий бўшлиқ борлиги билан характерланиб, пайпаслаганда яллиғланиш белгиларсиз, юмшоқ эластик консистенцияли шиш аниқланилади, диагностик пункцияда қон мавжудлиги ташҳисни тасдиқлайди). <b>-флегмона</b> (тери шиши ва кизариши аста секинлик билан соғ тўқималарга чегаралан-масдан ўтади) <b>-гидраденит</b> (бемор умумий ахволи кам ўз-гаради, касаллик ўткир бошланади, қўлтик-ости соҳасида тери юзасидан бўртиб чиққан кичик оғрикли тугуннинг пайдо бўлиши, бир нечта тугунларнинг қўшилиши эса қаттиқ оғрикли, устки териси кизарган инфилтрат ҳосил бўлишига олиб келади, инфилтрат ўртасида эса флюктуация аниқланилади). <b>-чурралар</b> (чурра ҳосил бўлиши соҳаларида, оғриқсиз, юмшоқ, эластик консистенцияли, шишнинг пайдо бўлиши, тана холати ўз-гарганда ҳосила таркибий қисмларининг қорин бўшлиғига кириб кетиши натижасида бўшашиши, перкуссияда тўмтоқ товуш ёки тимпанит, пайпаслаганда эса ичаклар ғулдираши, “йўтал турткиси” симптомининг аниқланиши билан характерланади).</p>	<p><b>Инфилтрат босқичида:</b> 1)тинчлик бериш 2)иссиклик муолажалари: -иситувчи компресслар -грелкалар -соллюкс -УВЧ 3)антибиотикотерапия (биринчи 2-3 кун давомида) <i>Rp: Tab. Erytromycini 0,25 D.t.d. № 20</i> <i>S: 1 таб. 4 маҳал ичишга ёки</i> <i>Rp: Tab. Tetracyclini 0,25 obductae № 20</i> <i>D.S: 1 таб. 4 маҳал ичишга (овқатдан кейин)</i> <i>Rp: Benzylpenicillini Natrii 1000000 ED</i> <i>D.t.d. № 10</i> <i>S: флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаинда эритилиб м/о 5 мл юборилади.</i> Шунингдек антибиотикларни регионар лимфотроп усулда юбориш ҳам тавсия қилинади. Кейинги 4 кундан бошлаб, микробларга сезувчанлиги аниқланган антибиотиклар иш-латилади. -дезинтоксикацион терапия в/ичига–(5% глюкоза, 0,9% натрий хлор, гемодез эритмалари ва х.) юборилади. -витаминотерапия, -иммуностимуляторлар (тима-лин, ёки тактивин, ёки им-муномодулин инъекцияларда), Флюктуация белгиси аниқ-ланилганда шошилиш равишида <b>абсцессни очиш</b> операцияси амалга оширилади.</p>	<p><b>Оғиксизлантириш:</b> -маҳаллий -вена ичи наркози</p> <p><b>Абсцесслардаги тери қирқимлари:</b> -аввалига пункция қили-ниб, сўнгра игна бўйлаб тўқималар кесилади ва абсцесс очилади, -йиринг чиқарилади, ло-зим бўлса электрсўргич ёрдамида сўриб олинади, -қирқим кенгайтирилиб абсцесс бўшлиғи бармоқ билан (перчаткали) тек-ширилади, тўсиқлар бу-зилади, тўқима секвестр-лардан тозаланилади, -йиринг бўшлиқ 3% водород пероксиди эрит-маси билан, сўнгра фура-циллиннинг (1:5000) эритмалари билан юви-либ, 10% натрий хлор ёки протеолитик фер-ментлар (трипсин, химопсин ёки трипсин) эритмаларига шим-дирилган докали тампон-лар билан дренажланади.</p>
100%	- 2	1	1	2	2
50%	- 1	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ	- 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бўйин карбункули

Ёши: 47 ёш

Тана вазни: 96 кг

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p><b>Шикоятлари:</b> кучли оғрик, бўйин орқа соҳасида оғриқли шиш мавжудлиги, тана ҳароратининг 40 С гача кўтарилиши, эт уйиши, дармонсизлик, холсизланиш, иштаҳа йўқлиги, бош оғриқларига.</p> <p><b>Анамнездан:</b> қандли диабет ҳасталиги борлиги, авитаминоз, озгинлик.</p> <p><b>Бемор текширувида</b> бўйин орқа қисмида тери ранги кўкимтир бўлган оғриқли шиш мавжудлиги аниқланилади.</p> <p><b>Қасаллик бошланишида</b> бир нечта кичик оғриқли инфилтратлар қўшилиб, тери устидан кўтарилиб турувчи қатта шиш ҳосил қилади. Бу шиш юзасида бир нечта йирингли некротик пустикулалар аниқланилиб, улар қўшилганда марказида тери некрози ҳосил бўлади. Некроз натижасида юпқалашган соҳаси ёрилиб бир нечта тешикчалардан йиринг чиқиши кузатилади. (“Элак” ёки «Ари ини» симптомлари).</p>	<p><b>Умумий қон таҳлили:</b> -25-30x10<sup>9</sup>/л гача лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши билан –эритроцит, гемоглобин миқдорининг камайиши -Эритроцитлар чўкиш тез-лиги (ЭЧТ) 30-40 мм/с.гача ортиши</p> <p><b>Қон биохимик таҳлилида:</b> -гипопротеинемия</p> <p><b>Умумий пешоб таҳлили:</b> – оксил ва цилиндрлар мав-жудлиги.</p>	<p><b>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</b> -микроб вирулентлигига, -микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиш интенсивлигига, -макроорганизм реактивлигига.</p> <p>Ривожланаётган йирингли захарланиш қон яратиш функцияси бузилишига олиб келади: шакланмаган ёш эритроцитлар пайдо бўлади - <b>нормохром анемия</b> (гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларини камайиши, нормада қонда эритроцитлар – 4,5-5,7 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 120-160 г/л) кузатилади. Шу билан бирга лейкоцитар формулани чапга силжиши (сегментядролилар сонини камайиши, нормада - 47-72%, таёқчаядроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада - 1-6%,) кузатилади.</p> <p><b>Эритроцитларни чўкиш тез-лиги</b> (ЭЧТ) ортиши, (нормада 2-10 мм/с) йирингли процесс учун характерли бўлиб, у қон яратиш бузилишига олиб келади.</p> <p><b>Гипопротеинемия</b>-қондаги умумий оксиллар миқдорини камайиши, нормада 65-85г/л.</p> <p><b>Умумий пешоб таҳлили</b> (нормада): -оксил - аниқланилмайди, -эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кў-рув майдонида -лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кў-рув майдонида -цилиндрлар: -гиалин 0-1 -донадор – аниқланилмайди.</p>	<p><b>Сибирярали карбункул</b> (геморрагик суюқликли пуфаклар мавжудлиги, йирингли ажралма йўқлиги, инфилтрат оғриксизлиги, тўқималарнинг кескин шишганлиги, некротик тўқимада кўп сонли геморрагик характерли пуфакчалар бўлиб, унда сибир яраси таёқчаси борлиги билан фаркланади)</p>	<p>Консерватив даво чораларининг 2-3 кун давомида ёрдам бермаслиги, тўқималар некрозининг кучайиши <b>операцияга</b> кўрсатмадир: 1)в/ичи наркози билан 2)бутсимон кесим орқали инфилтрат фасциягача кесилиб, некрозга учраган тўқималар кесиб олиб ташланади, йирингли чўнтаклар кенг очилди, 3% водород пероксиди ва фурациллиннинг (1:5000) эритмалари би-лан ювилиб, натрий хлорнинг 10% ли гипертоник эритмаси ёки протеолитик фермент-лартрипсин, ёки химопсин, ёки химотрипсинли тампонлар билан дренажланади.</p>	<p><b>Бошланғич фазасида:</b> -соҳани тинчлантириш, (фиксациялаш) -ётиш режими -суюк овқат -70 спирт билан артиш, асептик боғлов қўйиш -УВЧ терапия -антибиотикотерапия (биринчи 2-3 кун давомида) <i>Rp: Tab. Erytromycini 0,25 D.t.d. № 20</i> <i>S: 1 таб. 4 маҳал ичишига</i></p> <p><i>ёки</i> <i>Rp: Tab. Tetracyclini 0,25 obductae № 20</i> <i>D.S: 1 таб. 4 маҳал ичишига (овқатдан кейин)</i></p> <p><i>Rp: Benzylpenicillini Natrii 1000000 ED D.t.d. № 10</i> <i>S: флакон ичидаги моддани 5 мл 0,5% новокаида эритилиб м/о 5 мл юборилади.</i></p> <p>Шунингдек антибиотикларни регионар лимфотроп усулда юбориш ҳам тавсия қилинади. Кейинги 4 кундан бошлаб, микробларга сезувчанлиги аниқланган антибиотиклар иш-латилади. -дезинтоксикацион терапия в/ичига– (5% глюкоза, 0,9% натрий хлор, гемодез эрит-малари ва х.) юборилади. -витаминотерапия, -иммуностимуляторлар (тималин, ёки тактивин, ёки иммуномодулин инъекцияларда), -кўрсатма асосида қон ва унинг таркибий қисмлари қуйилади.</p>
100% - 2	1	1	2	2	2
50% - 1	0,5	0,5	1	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5 – Курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир йирингли мастит

Ёши: 23 ёш

Тана вазни: 56 кг

Клиника	Ташҳисот		Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти	
	Лаборатор текширув	Интерпретация		Оператив	Консерватив
<p><b><u>Маститнинг сероз фазаси үчүн характерли:</u></b> Касалликнинг ўткир бошланиши, эт уюшиши, сут беши соҳасидаги шишнинг катталаниши ва қаттиқлашиши, сут беши ўлчамларининг катталаниши, пайпаслаганда оғриқлилиги, тана ҳароратини 38-39 С гача кўтариллиши. Касалликнинг ривожланиши унинг <b><u>инфильтратив фазага</u></b> ўтишидан дарак беради, бу ҳолда: -сут безининг қаттиқлашиши, -устидagi терини қизариши -тунги оғриқлар пайдо бўлиши -уйқусизлик -умумий холсизланиш -тана ҳароратининг 40 С гача кўтариллиши -кўлтиқ ости лимфа тугунларининг катталаниши кузатилади</p> <p><b><u>Маститнинг флегмоноз-гангреноз шакли.</u></b> <b><u>(абсцессланиш босқичи)</u></b> -умумий ахволи оғирлашади -эт уюши сакланилади -септик ҳолатлар кучаяди -яллиғланган ўчоқ соҳаси кескин шишиб, териси қизаради -сўргич ичкарига тортилади -юза жойлашган веноз томирлари кенгайди -лимфангит аломатлари пайдо бўлади -инфильтрат соҳасида <b><u>флюктуация</u></b> аниқланилади.</p>	<p><b><u>Умумий қон таҳлили:</u></b> -лейкоцитоз 10-12x10<sup>9</sup>/л -Эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) 30-45 мм/с.гача ошади.</p> <p><b><u>Умумий қон таҳлили:</u></b> -15-20x10<sup>9</sup>/л. гача нейтро-филли лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши билан -анемия: Нб: -40-50 г/л -ЭЧТ 60-70 мм/с. гача оша-ди..</p> <p><b><u>Умумий пешоб таҳлили:</u></b> -пешобда оксил, чўкмасида лейкоцитлар, донатор цилиндрлар аниқланади.</p>	<p><b><u>Бу ўзгаришлар организмнинг инфекцияга умумий реакцияси бўлиб, қуйидагиларга боғлиқ бўлади:</u></b> <b><u>-микроб вирулентлигига, -микроблар маҳсулотлари ва токсинларнинг сўрилиши интен-сивлигига, -макроорганизм реактивлиги-гига.</u></b></p> <p>Шу билан бирга лейкоцитар формулани чапга силжиши (сегментядролилар сонини камайиши, нормада - 47-72%, таёқчадроли нейтрофилларни кўпайиши, нормада - 1-6%.) кузатилади.</p> <p><b><u>Умумий пешоб таҳлили</u></b> (нормада): -оксил - аниқланилмайди, -эритроцитлар (чўкмада) - 0-1/кўрув майдонида -лейкоцитлар (чўкмада) – 1-3/кўрув майдонида -цилиндрлар: -гиалин 0-1 -донатор - аниқланилмайди.</p>	<p><b><u>Лактостаз</u></b> (сут бешида сутнинг дим-ланиши, икки томонлама бўлиб, кўпинча биринчи тўққан аёлларда учрайди ва у сут келиши вақтлари – 3-5 суткаларга тўғри келади. Шиқоятлари: сут беши соҳасида оғирлик, сут беши бўлақлари проекциясида оғриқли, ҳаракатчан шишларнинг пайдо бўлиши, улар босилганда сутнинг ажралиши, бутунлай соғиб ташланганда эса енгиллик сезилиши билан ҳарактерланади).</p> <p><b><u>Гинекомастия</u></b> (эркакларда сут безларининг катталаниши бўлиб, кўпинча гипофиз, буйрақусти безининг пўстлоғи функциялари бузилишидан келиб чиқади, баъзида жигар циррозида ҳам учраши мумкин. Ўсмирларда эса гинекомастиянинг диффуз шакли учраб, у жинсий безлар функцияларининг бузилиш натижасидир).</p> <p><b><u>Кўкрак қафаси девори флегмонаси</u></b> (тери шиши ва қизариши аста-секинлик билан соғ тўқималарга чегараланмасдан ўтади).</p> <p><b><u>Сут беши рақи</u></b> (белгиларсиз бошланиб, сут беши соҳаси пайпасланганда бехосдан, оғриқсиз қаттиқ тугунлар аниқланилади. У жуда тез ривожланиб атроф тўқималарга ўсиб киради ва кўлтиқ, ўмов ости лимфа тугунларига метастаз беради).</p>	<p><b><u>Шошилчи операция:</u></b> А)терини <b><u>радиар</u></b> кесиш Б)йирингли бўшлиқни бармоқ билан текшириш, ички тўсиқларни бузиб, ягона бўшлиққа айлантириш В)йиринг бўшлиқни найлаш Г)лозим бўлганда бир неча радиар кесмалар-контрапертуралар бажариш Маститнинг ретромаммар шаклида <b><u>Барденгайер</u></b> кесмасини бажариш.</p>	<p>-сутни соғиб туриш ёки шу кўкрак билан эмизиш -сут безини кўтарилган ҳолатда ушлаш -физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, Электрофорез) <b><u>-антибиотикотерапия:</u></b> <i>Rp: Benzylpenicillini Natrii 1000000 ED</i> <i>D.t.d. № 10</i> <i>S: флакон ичидаги моддани 5 мл</i> <i>0,5% новокаинда эритилиб, 4 маҳал м/о 5 мл юборилади.</i> <b><u>Антибиотикларни қуйидаги усулларда ҳам юбориш тавсия этилади:</u></b> а)регионар лимфотроп усулда юбориш б)сут безини антибиотиклар билан инфилтрациялаш в)антибиотикни 0,25% новокаин билан ретромаммар юбориш -дезинтоксикацион (в/ичига – 5% глюкоза, 0,9% натрий хлор, гемодез эритмалари ва б.), -витаминотерапия, -иммуностимуляторлар (тималин, ёки тактивин, ёки иммуномодулин инъекцияда), -кўрсатма бўйича қон ва унинг препаратларини қуйиш, -Гипербарик оксигенация (ГБО) – терапияси.</p>
100%	- 2	1	2	2	2
50%	- 1	0,5	1	1	1
Жавоб йўқ	- 0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Оёқ вена қон томирларининг варикоз кенгайиши Ёши: 35 Тана вазни: 64 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
Кўп юрганда оғрик ва шиш, тез чарчаш. Кўрилганда болдир ва сон сахасида юзаки веналарни копсимон, илонсимон ва цилиндрсимон кенгайиши, пайпасланганда йўқолиши, оғриксизлиги.	Коагуло грамма	Узига хос узгаришлар йўқ	Флебомоно-метрия  Флебография	Оёқ мушаклари ҳаракатда бўлгандан сўнг вена қон босими секинлик билан ўз ўрнига келади. Вена қон томирларининг ўзгаришини, чуқур веналарни ўтказувчанлигини, клапан аппаратининг ва комуникант веналар ҳолатини кўрсатади.	Оёқ чуқур веналарининг тромбофлебитдан сўнгги синдроми билан таққослаш лозим. Тромбофлебитдан сўнгги синдромда анамнези тромбофлебит бўлганини тасдиқлайди, оёқда шиш ҳар доим бўлади, юзаки веналарнинг кенгайиши ёйилган ҳолатда, тери трофикалси бузилган бўлади. Пертес юриш синамасида чуқур веналарни ўтказувчанлиги бузилгани кўрилади.	I. <u>Консерватив даволаш:</u> Эластик бинт боғлаш ёки эластик пайпок кийиш. II. Склерозлаш усули (кенгайган вена ичига склероз чакирадиган дорилар юбориш: варикоцид, вистарин, сотрадекол, трамбовар ва х.к.). III. <u>Хирургик даволаш:</u> флебэктомия (Троянов, Бэбкок, Маделунг ва бошқа усуллар).
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ- 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Уткир механик ичак тутилиши

Ёши: 25 еш

Тана вазни: 70 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> қориндаги тўлғоқсимон оғриқларга, кўнгил айниши, қусишга, ел ва нажас ажиралишини тухташига. Касаллик анамнезидан: ўткир бошланади.</p> <p><b>Шайъи анамнезидан:</b> Аввал қорин бўшлиғида операция ўтказгани, саратон хасталиги симптомлари борлиги.</p> <p><b>Кўрув:</b> Тери қопламлари оқарган. АҚБ пасайган. Пульс тезлашган, қорин шишган, асимметрик, Вал симптоми мусбат.</p> <p><b>Пальпация:</b> Қорин ҳамма сочаларида оғриқ сезади.</p> <p><b>Перкуссия:</b> Кивуль симптоми.</p> <p><b>Аускультация:</b> Дастлабки дақиқаларда гиперперестальтика, кейгинчалик перистальтика бўлмаслиги мумкин.</p> <p><b>Тўғри ичак кўруви:</b> Греков, Обухов шифохонаси симптоми мусбат</p>	<p>1. <b>Умумий қон анализ:</b> лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, СОЭ тезлашган.</p> <p>2. <b>Биохи-мик анализларга:</b> кеч даврларда мочевино ва креатинин миқдори ошади.</p>	<p>Лейкоцитоз беморда қон қуюқлашиши ва қорин бўшлиғидаги яллиғланиш процессига боғлиқ.</p> <p>2. Шосил бўлган метаболик ацидоз жигар ва буйрак иш фаолиятини бузилишига олиб келади.</p>	<p>1. <b>УЗИ:</b> ичак пневматози, қорин бўшлиғида суюқлик аниқланиши мумкин.</p> <p>2. <b>Ренгенскопия:</b> Клойберг косачалари аниқланади ва ингичка ва йўғон ичак арқлари кўринади.</p>	<p>1. Суюқлик ва газлар транзити бузилиши натижасида ичак қовуздоқлари шишади. Перитонит белгилари пайдо бўлганда қорин бўшлиғида суюқлик аниқланади.</p>	<p>1. <b>Ўткир аппендицит:</b> - оғриқ ўнг ён бош соҳасида, доимий: -ичаклар перитастальтикаси қониқорли; -тўғри ичак ампуласи бўш;</p> <p>2. <b>Ўткир холецистит:</b> -оғриқ доимий, ўнг қовурға ёки остида, ўнг бел ва ўнг куракка узатилади; -пайпаслаганда катталашган ўт пуфаги пайпасланади; -сариклик пайдо бўлиши мумкин; -эрта лейкоцитоз.</p> <p>3. <b>Ўткир панкреатит:</b> -оғриқ қорин юқори қаватида "белбоғсимон" оғриқ, кўп марта қусиш; -териси кўкимтир - мармар рангда; -Мейо-Робсон, Воскресенский симптомлари муссийдикда диастаза миқдори ошиши.</p>	<p><b>Консерватив даволаш:</b> -совуқ сув билан ошқозонни ювиш; -инфузион терапия; -сифон клизма; паранефрал блокада.</p> <p>2. <b>Консерватив даво 2 соат ичида самарасиз бўлса оператив даво:</b> ичак тутилишини бартараф қилиш; қорин бўшлиғини дренажлаш;</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: *Тешилган яра* Ёши: 45 Тана вазни: 62 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструментал текширув	Интерпретация		
<p><b><u>Яра перфорацияси учун анъановий ўқлик белгиси хос:</u></b>                      -Тусатдан эпигастрал соҳада ханжар санчгандек оғриқ (95%);                      -қорин мускуллари таранглашуви "тахтасимон" бўлиши (92%);                      -анамнезда яра бўлиши (82%). Баъзида 10-20% беморларда сазм органлари патологиясида яра перфорацияси бирламчи щисобланади. Бу ҳолат асосан ёш ёки ёши ўтган қари кишиларда кузатилади. Перфорацияда оғриқ синдроми жуда кучли бўлиб, касални шокгача олиб бориши мумкин. Улар мажбурий шолатда, юзи азоб чекаётган кишиникига ўхшайди. Тери ер рангида. Қўл ва оёқ фалангаларининг охирлари совуқ, акрацианоз, юзаки нафас, совуққотиш (титраш). Тили қуруқ. Дастлаб пульс секин (вагусли пульс), кейинчалик тахикардия, АҚБ эса касалликни бошиданок ташкирғанда қориннинг шамма соҳасида кучли оғриқ бўлади, қорин юқори қисмида мускуллар таранглиги, кейинчалик қориннинг шамма қисмига тарқалиши кузатилади. Щёткин - Блюмберг симптоми мусбат.                      Жигар тўмтоқлиги камаяди ёки умуман йўқолади. Кервин ва Френикус-симptomлари мусбат. Кўп беморларда ичак перистальтикаси сусайган ёки аускультацияда бутунлай эшитмайди.                      Ректал текширувда-қорин пардасининг чанок қисмида қаттиқ оғриқ анакланиди.                      Касалликнинг кечишида 3 та босқич фаркланади:                      1.Шок босқичи.                      2.Сохта яхшиланиш босқичи.                      3.Перитонит босқичи.                      Юқорида келтирилган клиник ҳолат биринчи соатларда ривожланади ва шок босқича учун характерли. 5-6 соатдан кейин оғриқ камаяди, шок шалати бартараф бўлади, касалнинг ахволи бирмунча яхшиланади. Бу белгилар сохта яхшиланиш босқичига характерли. Кейинги 6-12 соатда касал ашволи прогрессив равишда ёмонлашади, пульс тезлашади, АҚБ пасаяди, енгиллик келтирмайдиган қушиш ва қорин шиши пайдо бўлади, перитонит клиник кўриниши ривожланади.</p>	<p>Умумий қон анализи.</p> <p>Сийдик анализи</p> <p>Қонни биохимик анализи</p>	<p>Тез усувчи лейкоцитоз 11,0-12,0 10<sup>9</sup>/л лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан</p> <p>ЭЧТнинг ошиши.                      Перитонит ривожланганда оксил, цилиндрлар, шаклли элементлар аниқланади.                      Мочевина ва креатининнинг ошиши.</p>	<p>1.Рентгенологик текширув.</p> <p>2.Пневмогастрография.</p> <p>3.Лапароскопия.</p> <p>4.УЗИ</p>	<p>Қорин бўшлиғининг ўнг диафрагма гумбазиде остигда шаво кўринида.</p> <p>Ошқозонга зонд орқали шаво юбориш ташхисни аниқлашга ёрдам беради.</p> <p>Ошқозон ёки 12 б ичак девориде тешилган соҳа анакланиди.</p> <p>Қорин бўшлиғида эрик суюқликни аниқлаш.</p>	<p>Ўткир аппендицит билан, айниқса, яра перфорациясидан 6-7 соат ўтган даврда диф. ташхис қилиш қийинчилик тудиради.                      Чунки яра перфорациясида эксудат ва ошқозон суюқлиги ўнг ёнбош чуқурчасига тўпланади шамма ўткир аппендицитга хос симптомларни чақиради.                      Ўткир холецистит билан, ўткир панкреатит, ичак тутилиши билан, буйрак коликаси, миокард инфаркти, базал плеврит, плевропневмония, перикардит</p> <p>фарқлаш керак.</p>	<p>Шошилиноч операция.                      Беморнинг агонал шолати ягона монелик щисобланади.  <u>Операциядан кейинги даврда:</u>                      -назогастрал зонд орқали актив аспирация.                      -Анальгетиклар, кенг таъсир доирали антибиотиклар, коррекцияловчи инфузион терапия, ичак перестальтикасини стимуллаш, иммунитетни ошириш, умумий қувватловчи даво чоралари.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Уткир панкреатит

Ёши: 31 еш.

Тана вазни: 67 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
<p><b>Шикоятлари:</b> Эпигастрал сощада доимий харктердаги белбоғсимон оғрик, кўнгил айниши, қусиш.</p> <p><b>Анамнезида:</b> касаллик парhezни бузгандан, алкагол қабул қилгандан кейин уткир бошланади.</p> <p><b>Шаёт анамнезида:</b> зарарли одатлардан алкоголизм, кўп ёғли овкат ейиш.</p> <p><b>Умумий кўрувда:</b> Щуши жойида. Тери коплами оқарган, <b>Деструктив шаклда:</b> Куллен ва Грей-Тернер симптомлари мусбат қорин бироз шишган, нафас актида кучсиз қатнашади. Пальпацияда эпигастрал мускуллар таранглиги ва сощада оғрик; Керте, Мейо-Робсон, Воскресенский симптомлари мусбат.</p> <p>Перкусия- перкутор товуш одатда ўзгармаган. Аускультация: ичак перистательникаси актив ёки сустлашган.</p>	<p>Умумий қон анализ.</p> <p>Қон биохимик анализ.</p>	<p>Лейкоцитоз, формуланинг чапга силжиши билан. ЭЧТошган.</p> <p>Диастаза ошади (альфа-амилаза). Билирубин микдори ошиши мумкин</p>	<p>1.УЗИ.</p> <p>2. Диагностик лапароскопия.</p>	<p><b>Ошқозон ости беzi:</b> катталашган, паренхима инфильтрацияси, чарви копида эркин суюқликни топиши мумкин.</p> <p>Стеаринли пилакчалар топилади.</p>	<p>Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги ва асоратлари, ўткир холецистит, ўткир аппендицит, ўткир миокард инфаркти, ковурағалараро невралгия, буўрак касалликлари, ўраб олувчи герпесдан фарқлаш керак.</p>	<p>1.<b>Очлик, ошқозони совум сув билан ювиши, эпигастрал сощага совуқ қуйиши;</b> антибиотиклар, протеаза ингибиторлари, инфузион, дезинтоксикацион даво, цитостатиклар, хаёт учун зарур орган ва системаларни бузилган функцияларини коррекциялаш учун даво. <b>Консерватив даво фойда бермаса, оператив даво қилинади.</b> Ўрта лапаротомия; секвестрэктомия; чарви копини дренажлаш.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир аппендицит

Ёши: 70 еш.

Тана вазни: 64 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
<p>ЎНГ ёнбош сохадаги доимий оғриқ, кўнгил айнаш, бир мартаба қусиш. Қусгандан кейин ахволининг биров энгллашиши. Баъзида оғриқ қориннинг эпигастрал соҳаси ёки бўтун қорин бўйлаб бошланади. 2-3 соатдан сўнг оғриқлар ўнг ёкбош сохага кўчади (Кохер белгиси). Тана харароти одатда субфебрил бўлади 37-37,5<sup>0</sup>С. Ровзинг, Ситковский, Раздольский, Бартомье-Михельсон белгилари мусбат бўлади. Касаллик ноанънавий кечганда Коуп I, II, Образцов белгилари мусбат бўлади. Агар яллиғланиш қорин пардаги ўтадиган бўлса. Щеткин- Бломберг белгиси мусбат бўлади.</p>	<p>Қоннинг ўмумий тахлили. СОЭ.</p> <p>Сийдик умумий тахлил.</p>	<p>Лейкоцитоз. Лейкоцитар формулани чап томонга силжиши. Лейкоцитлар соннинг ўсиш доражаси яллиғланишнинг чуқурлигини англатади. Чувалчангсимон ўсимта деструктив формасида сийдик умумий тахлилида оксил, цилиндрлар пайдо бўлади.</p>	<p>УТТ.</p> <p>Лапароскопи я.</p>	<p>УТТ ўнг ёнбош сохада ўлчамлари катталашган гувалгансимон ўсимта аниқланади. Лапароскопия-Ташҳис кўйши қийинчилик бўлганда қўлланилади: Бунда қорин бўшлиғида ўнг ёнбош сохада чувалгансимон ўсимтасининг яллиғланганлиги аниқланади.</p>	<p><u>Ошқозон 12 бармоқ ичак</u> ярасининг тешилиши-эпигастрал сохадаги ханжарсимон оғриқ. Қоринни пайпаслаганда эпигастрал сохада кучли оғриқ, қорин мушакларини таранглашиши, перкуссияда жигар тўмтоқлаги аниқланмаслиги қорин парда яллиғланиш белгиларини пайдо бўлиши. R<sup>0</sup>-скопияда ўнг диафрагма остида эркин газ пайдо бўлади. Анамнез муҳим ахамиятга эга.</p> <p><u>Ўткир холецистит.</u></p> <p>Ўнг қобирға ёйи остида хуружсимон оғриқлар бўлади. Оғриқлар ўнг елка, ўнг куракка узатилади. Доимий равишда кўнгил айнаш, миротоба қусиш шундан сўнг ахволини яхшиламаслиги. Анамнез (ёғли, ўткир овқатлар ва алкогольни истеъмол қилиш натижасида). УТТ катталашган, яллиғланган ўт қопи ва кўпинча ўт қопи ичида тошлар аниқланади.</p> <p><u>Ўткир панкреатит.</u></p> <p>Кучли белбоғсимон оғриқлар, доимий кўнгил айнаш, азобловчи доимий қусиш ва ахволини оғирлашиши. Қоннинг биохимиявий тахлилида - L амилазани ошиши. Сийдик тахлилида диастазаларни пайдо бўлиши кузатилади, баъзида гипокальцемия бўлиши мумкин. УТТ да ошқозон олти бен ката <u>Ўнг тарафлама буйрак санчиги.</u> Тўсатдан ўнг бел соҳасида кучли оғриқ в оғриқларни ўнг чов, мойк соҳаларига узатилиши. Тез-тез оғриқли сийиш кузатилади. Ўнг торафлама Пастернацкий белгиси мусбат. Сийдик тахлилида янги эритроцитлар, лейкоцитлар, оксиллар пайдо бўлади. УТТ ўнг буйракда тош қум ёки пиелоектомиа гидроневроз белгилаги аниқланади.</p> <p><u>Бачадондан ташқари хомила.</u> Тухумдон апоплексияси. Қоринни пастки қисимларида тўсатдан кучли оғриқ, зўраовчи холсизлик, тери қопламларини бўзариши, пульс тезлашиши. АКБ пасайиши. қон тахлилида Нв, эр. миқдорини комониши. УТТ да кичик тозда суюқлик ёки катталашган тухумдон аниқланади.</p>	<p>Шошлинч жаррохлик амалиёти. Аппендэктомиа оғриқсизлантириш-махаллий ёки умумий. Мак-Бурней кесхлик орқами. Агар перитонит белгилари бўлса (умумий оғриқсизлантирисш билан) ўрта пастки лапаротомия аппендэктомиа кесими орқали бажарилади.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

### 5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

**Ташҳис:** Аппендикулярнўй инфилтрат **Ёши:** 22 ёш **Тана вазни:** 54 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
<p>АИ-серозли экссудат даражасидаги чегаранган перитонит. АИ клиникаси касаллик бошлангандан сўнг 3-5 кундан кейин намоён бўлади. Қориндаги оғриқлар ўтиб кетади. Тана харорати субфебрил даражада бўлади. Ровзинг, Ситковский белгилари мусбат бўлиши мумкин. Ўнг ёнбош сохани пайпаслаб кўрилганда қаттиқ, катталашган, кам ҳаракатли, оғрикли ҳосила қўлга илинади. Шу ҳосила ўнг ёнбош суягига ёпишган бўлади</p>	<p>Қоннинг умумий тахлили.</p>	<p>Лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чап томонга сурилиши. Эритроцитлар чўкиш тезлигини ортиши.</p>	<p>1.Ўнг ёнбош сохасини УТТ. 2.Лапароскопия.</p>	<p>УТТда ўнг ёкбош сохада ҳосила аниқланади.  Лапароскопия-ташҳис кўйиш қийинчилик туғдирганда қўлланилади. Қорин бўшлиғида ўнг ёнбош сохада бир-бири билан чамбарчас боғланган ингички ичак, йўғон ичак ва ичак қовузғоқлари, қорин парда париетал варрағи, катта чарви билан ўралган холда аниқланади</p>	<p><u>Уткир аппендицит</u>-ўнг ёнбош сохасидаги доимий оғриқ, қорин мушакларини ўнг ёнбош сохада таранглашиши. Ровзинг, Ситковский, Воскресенский, Бартомье-Михельсон белгиларини мусбатлиги. <u>Ўнг тараф йўғон ичан ўсма касалликлари</u>-қориндаги тўмтоқ оғриқлар, Цолсизлик, анемия белгилари, ичак тутилиши клиникасини намоён бўлиши. Ошқозон ичан тракти рентген контраст текширувида ҳосилани аниқланиши.</p>	<p>1.Жаррохлик бўлимига ётқизиб, ётоқ халатини таъминлаш.  3.Антибиотиклар масалан: пенициллин 1,0млн х 4 маҳал. м/о. Бир ҳафта давомида ампициллин 1,0 х 3 маҳал, м/о гентамицин 80мг х 3 маҳал м/о.  4. Инфузион даво. 5%-глюкоза+аскорбин к-та 5,0 в/м. 0,9% физиологин суюқлик +КСІ 7,5%-10,0 в/и.  5.Ўнг ёнбош сохасига муз қўйиш.  6.Енгил пархез.  7.УВЧ, УФО иссиқ муолажаялар.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Кисилган чов чурралари

Ёши: 35 ёш Тана вазни: 73 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
Бирданига човда пайдо булган хосила соҳасидаги оғрик. Олдинига бемалол кирган чурраларнинг корин бўшлиғига кирмай қолиши. Баъзи пайтларда ичак қовузлоклари қисилганда - ўткир ичак тутилиши белгилари пайдо булади (кунгил айниш, қусиш, ел ва ичи келмаслиги).	Умумий қон анализи.          Сийдик умумий анализи.	Лейкоцитоз, баъзи пайтларда лейкоформуласини чапга силжиши билан. СОЭ тезлашуви.    Ўта оғир ҳолатларда цилиндр-лар ва оқсил аникланади.	Қорин бўшлиғини Ренгеноскопик, график текшируви УТТ-ультратовуш текшируви.	Ичак тутилиши белгилари болганди Клойбер косачалари аникланади   Кайси аъзо қисилганини ва корин бўшлиғиди, суюқлик бор-йўқлиги аникланади.	<u>Липома</u> -кўп вақт мобайнида бўлиши, юмшоқ - эластик консистенцияда, пайпаслаб кўрганда юмшоқ ҳаракатчанг ва оғриксиз. <u>Сон чурралари</u> -купрок аёлларда учрайди. Кийшик чов чурраларида азоларнинг ёрғокга тушиши кузатилади. Тўғри чов чурраларида хосила юмалоқ шаклда, баъзи пайтларда икки томонлама симметрик ҳолатда, ёши ўтган беморларда чов каналанини ташқи тешиги проекциясида жойлашади.	Шошилич оператив даволаш - чуррани бартараф этиш ва Жирар-Спасокукоцкий, Бассини, Постемский усуллари буйчи пластика бажариш.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир мастит

Ёши: 23 ёш

Тана вазни: 58 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
<p>Тўсатдан тана харорати 39-40<sup>0</sup>С га кўтариллади. Щамда сут безида кучли оғрик бўлади.</p> <p><b>Сероз фазада:</b> сут бези катталашган, пайпаслаганда (пальпацияда) оғрикли, контурлари сақланган, устидаги тери ўзгаришсиз.</p> <p><b>Ўткир инфилтратив фазада:</b> пальпацияда кескин оғрик, ноаниқ чегарали инфилтрат қўлга уннайди, устидаги териси кизаради. Бош оғриғи, уйқусизлик, қалтириш, харорат кўтариллади. Баъзан қўлтиқ ости лимфатик тугунларида оғриқлар ва уларнинг катталашуви кузатилади. Абсцессланиш фазасида барча клиник белгилар кучалади ва инфилтрат соҳасида флюктуация аниқланади. Флегманоз фазада беморнинг умумий ақволи кескин оғирлашади. Харорати кўтариллади, қайта-қайта титроқ босади. Септик ҳолат шам ривожланиши мумкин. Тили ва лаблари қуруқлашиши, уйқусизлик, бош оғриғи, ишта ҳасизлик кузатилади. Сут безнинг катталашуви, қапқиши, тери гиперемияси, ялтироқлик кузатилади. Баъзан цианотик тусга киради шамда лимфангит белгилари аниқланади, тери ости веналари кўзга ташлана бошлайди. Кўпинча сўргич ичига тортилади, бир неча қойда флюктуация белгилари аниқланади.</p> <p><b>Гангреноз фаза:</b> кеч мурожат қилган беморларда хаддан ташқари оғир кечади.</p>	<p>Сийдик ва қон тахлили. УТТ.</p>	<p>Инфилтратив фазада лейкоцитлар сони 10-12 10<sup>9</sup>/л етади. ЭЧТ 35-45 мм/с. Йирингли маститда лейкоцитлар сони 17-20 10<sup>9</sup>/л га етади. ЭЧТ 60-70 мм/с ортади. Сийдикда оксил, лейкоцитлар, эритроцитлар, донатор ва гиалин цилиндрлар аниқланади.</p>	<p>Термометрия. УТТ.</p>	<p>Тана харорати 39-40<sup>0</sup>С ортган. УТТ инфилтратив бўшлиқли хосила аниқланади.</p>	<p>Мастопатияда сут безининг ҳамма қисмларида ўткир яллиғланиш белгиларисиз қаттиқланиш аниқланади. Фиброаденомада сут безида 1-4 см лик қаттиқ-эластик консистенцияли, атрофдаги тўқима билан битишмаган шосила аниқланади. Сут бези ракида шосила устида тери хосила тарафга тортилганлиги, сўргич ичкарига ботганлиги ва ундан геморрагик суюқлик ажралиши кузатилади. Ойдинлаштириш учун: маммография, УТТ, аспирацион, пункцион, эксцезиацион биопсия қилинади. Сарамасда яққол гиперемиялашган "географик карта" тусидаги нотекис чегарали соща анакланади, йиринг ва қонли экссудатли эпидермис билан қопланган пуфакчалар шосил бўлиши мумкин. Инфекция тушган сощада куйгансимон оғрик ва иссиқлик хисси кузатилади.</p>	<p>Сероз-инфилтратив фазада касалланган кўкрақдан эмизиш давом эттирилади, вақти-вақти билан йиғилган сутни соғиб ташлаш ёки сут сўргич билан сўриб олиш мумкин. Сут безига кўтарилган ҳолат бериш лозим. Антибактериал терапия ретромаммар пинициллин-новокаин блокадаси, физиотерапия (УФН, УВЧ, солюкс лампаси) амалга оширилади. Йирингли мастит хирургик йўл билан даволанилади. Мащаллий ёки умумий оғрик сизлантириш остида сут безининг ташки чиқарув йўллари йўналиши бўйича йирингли соща устида 1 ёки 2 радиал кесим бажарилади. Сўргич ва сўргич халқаси атрофи доирасида кесиш мумкин эмас. Йиринг эвакуация қилингандан сўнг бармоқ билан йиринг бўшлигини ажратиб турувчи деворлар очиб ташланади ва 3% ли водород пероксиди, фурациллин, нейтрал анализ эритмаларида тозаланиб, жарохат бўшлиги дренажланади. Антибактериал, дезинтоксикацион терапия, физиотерапия, витаминотерапия муолажалари бажарилади.</p>
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ - 0	0	0	0	0	0	0

Максимал балл – 10 б.

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Йирингли плеврит

Ёши: 40 ёш

Тана вазни: 56 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
Плеврит ишқаланиш шовқуни билан хамрохликдаги плевритик оғриқ фебрил харорат, хансираш перкусияда "Тумтоқ ёки тумтоқлашган перкутор товуш. Аускультацияда йиринг тўпланган соҳа устида нафас йўқлиги еки уни жуда сусайганлиги аниқланади. Баъзан бронхиал нафас эшитилади.	Қон, сийдик тахлили, плевра ажралмасинг рН ни аниқлаш, Грам усулида бўялган суртмалар бактериоскопияси. Микроблар ни ва уларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш.	Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши. Сийдикда оксил ёки оксил излари, микроскопияда эса токсик характерга эга ўзгаришлар аниқланади. Плевра суюқлигида рН 7,2 дан камлиги эмпиема борлигини тасдиқлайди.	Ренгено-скопия, ренгено-графия. Плевра бўшлиғининг диагностик пункцияси, торако-центези.	Ён проекцияда кесилган костодиафрагмал бўрчак, диафрагманинг орқа қисмини сояланиши, тўғри проекцияда горизонтал сатхли қоронғиланиш аниқланади. Рентгеноскопияда плевра бўшлиғида суюқлик борлиги ва кўкс оралиғининг соғ тарафга силжиши кузатилади. Торакоцентез пайтида плевратик ажрамани тўла равишда эвакуация қилишга қийинчилик туғулган ҳолларда ультратовуш текшируви суюқлик жойлашувини яққол аниқлаб беради. Диагностик пункцияда, торакоцентезда одатда специфик нохуш хидга эга, жуда хира, қуюқ ва хақиқий йирингга айланувчи суюқлик олинади.	Эксудат 3 г% купроқ оксил ва юқори активлигга эга бўлган ЛДГ ферменти борлиги билан трансудатдан фарқ қилади. Плевра бўшлиғида кўп микдорда геморогик суюқлик тўпланиши кўпроқ усмаларга, шикастланишларга ва упка инфарктига хос белгилар хисобланади. Панкреанекроз ва қизилунгачнинг ерилишида плевра суюқлигида кўпинча амилаза ферментининг фаоллиги ортанлиги аниқланади. Баъзан хавфли ўсмаларда ҳам амилаза фаоллиги биров ортиши мумкин. Туберкулез ва хавфли ўсмалар билан боғлиқ плевра ажрамаларида гоҳида рН кўрсаткичи 7,3 дан кам бўлган ҳоллар учраши мумкин. Плевра бўшлиғи суюқлиги ва плазмадаги глюкоза концентрациянинг ўзаро нисбатининг пасайиши туберкулез ва ўсмаларга хос белги хисобланади.	Вена ичига ва плевра бушлиғига аниқланган микрофлорага сезирлиги юқори антибиотикларни юбориш самарали антибиотиктерапия утказиш. Плевра бўшлиғи суюқлигида нисбатан лейкоцитлар сони кам, рН кўрсаткичи 7,2 кўп, инфекция ривожланмаган ҳолларда антибиотикларни системали қўллаб беморни соғайтириш мумкин. Бактериал пневмония билан боғлиқ эрта ўткир эмпиемаларда бемор плевра бўшлиғининг қайта-қайта пункция қилиб, йирингли эксудатни сўриб чиқариб ва адекват антибактериал муолажалар ёрдамида соғайтирилади.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ- 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Ўткир калькулез холецистит (тошли) Ёши: 42 ёш

Тана вазни: 68 кг

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
Шикоятлари: ўнг қовурга ёйи остидаги щуружсимон оғринларга ва бу оғрикларни ўнг елкага, ўнг қуракга берилишига, кўпчил айниши, кўп маротоба қусишга, тана шаророти кўтарилишига. Тахикардия. Ўнг қовурга ёйи остида оғрик ва мускуллар таранглашган. Катталашган, таранглашган, оғрикли ўт пуфаги. Пойпасланиши мумкин. Ортнер, Мерфи Симтомлари мусбот.	Қон умумий анализи  Қон биохимик тахлили. Биллирубин АСТ, АЛТ Асосли. Фосфатога.	Лейкоцитоз, Лейкоформу лани чапга силжиши СОЭ теэлашу ви 45% шолатда  Билирубин кўтариледи. 40% холатда кўтариледи 23% холатда кўтариледи	Холецисто-графия  УЗИ  Термография  ЭКГ	Ўт куфаги, катталашгани, деворининг қалинлашгани, тош, борлиги ўт-эвакуацияси, холлати. Жигарнинг холлати, ўт пуфаги, унинг улчамлари, девори қалинлиги, тош борлиги, холедох холлати. 80-90% ўт пуфиги яллигланишида учрайди. Диф. диагноз учун зарур.	1.Меъда ва 12-бармоқли ичак перфорацияси:- Ўткир ханжарсимон оғрик. Ярали анамнез: -Мажбурий холат -"Тахтасимон" қорин -Чугуев симптоми -Жигар тумтоқлигини аниқлашмаслиги -R-спияда: "Эркин" газ диафрагма остиди. 2.Ўткир панкреатит -Велбоғсимон кучли оғриклар -Кўп маротаба қусиш. -Акроцианоз, Грей Турнер, Мондор симптомлари мусбат. -Керте, Мейо-Робсон, Воскресенский симптомлари мусбат -Қон ва сийдикда L амилаза ошиши. 3.Ўткир аппендицит-Ўнг енбош соҳасида симирловли оғрик. Воскресенский, Ситковский, Бортомье Михельсон симптомлари мусбат. 4.Миокард инфаркти-Юрак проекциясидаги кучли оғрик, аритмия, АКБ пасайиши. ЭКГ даги ўзгаришлар.	1.Етоқ шолати. 2.Очлик. 3.Локал гипотермия. 4.Инфузион. терапия 5.Спазмалитиклар ва анальгетиклар. 6.Новокаин блокадалари. 7.Антибиотиклар. 8.Консерватив муложалалар фойдаси бўлмаса, оператив доъво-Холецистэктомия.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ- 0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Бевоссил Ёши: 40 ёш

Тана вазни: 74 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
Дефекация акти охирида томчилаб қон оқиши. Бавоссил тугунларининг катталашиси.	1.Қон умумий тахлили	Қон кетишда гемоглобин ва эритроцитлар сони пасайиши.	Тўғри ичакни бормоқ билан текшириш.  Ректоскопия.  Ректоромоноскопия Нажасни текшириш	Қўл билан текширилганда тугунлар каталашисини, асоратлар борлиги аниқланади.  Ректоскопия билан кўрганда геморроидал тугунларини катталашганини асоратларини кўриш мумкин.	<u>1.Тўғри ичак раки:</u> узун анамнез, анусдан шиплик, йуринг ва қон ажаралиши, тугунларни қўл билан текширилганда қаттиқ, ғадир-будир бўлади. Ректоскопия вақтида тугундан биопсия олинади. <u>2.Анус атрофидаги канделома:</u> Анамнез (сифилис билан касалланган беморлар билан жинсий алоқада бўлиши). Васерман реакцияси, мусбат булиши.	Бошлангич босқичи консерватив даволанилади. Бевоссил асоратлари оператив йўл билан доволанилади (қон оқиш тромбоз). Геморройэктомия.
100% - 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ-0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						



5-курс

Талабанинг клиник фикрлаш баҳолаш варақаси

Ташҳис: Пилородуодения стеноз

Ёши: 34 ёш

Тана вазни: 50 кг.

Клиника	Ташҳисот				Қиёсий ташҳис	Даволаш стандарти
	Лаборатор текширув	Интерпретация	Инструмент текширув	Интерпретация		
Овқат исътемом қилингандан кейин эпигастрал сохода оғирлик ва тўлаликни щис қилиш. Перистальтикани кучайиши, қоринни юқори қисмини дам бўлиши, исътемом қилинган овқат билан кекириш, қайт қилиш, оғиздон ёмон щиз келиши.	1.Қонни умумий тахлили.  2.Қон биохимияси.  3.Қон электролитлари.  4.Қон гематокрити. 5.Сийдик умумий анализи.	Гемоглабин ва эритроцитлар миқдорини кўтарилиши. Гипопротеинэмия.  Гипокалемия, Гипохлоремия.  Гематокритни ошиши.	1.Рентгено-скопия. 2.Рентгено-графия	Ошқозон кенгайиб, барий контраст моддасини туриб қолиши кузатилади.	1. <u>Ошқозон пилорик қисмини раки:</u> Яра анамнезини бўлмаслиги, қиска анамнез, ренген, эндоскопик маъмуотлар, биопсия. 2. <u>Ошқозон атонияси:</u> анамнез белгилари. Ошқозон атонияси кўпинга операциядан кейин щосил бўлади, қиска анамнез.	Фақат оператив. Кўпинча ошқозонни 2/3 қисмини Б-I ва Б-II резекцияси, оғир щамотларда ГЭА.
100%- 2	1	1	1	1	2	2
50% - 1	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1
Жавоб йўқ-0	0	0	0	0	0	0
Максимал балл – 10 б.						

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. «Руководство по детской офтальмологии» 1987.
2. Арипов У.А. и др. «Умумий хирургия». 1997.
3. Бабажанова Л.Д., Елисеева С.Г. «Турли ёшдаги болаларда кўриш функцияси ва унинг текшириш усуллари» Метод. Указания для студентов – 2000.
4. Балаболкин М.И. «Эндокринология». М., 1989 г.
5. Бунатян А.А. и соавт. «Справочник по анестезиологии и реаниматологии». 1989.
6. Васильев Н.А. «Туберкулез» М., 1990.г
7. Под редакцией Волкова М.В., Тер-Егiazарова Г.М. «Ортопедия и травматология детского возраста». М. Мед. 1983.
8. Ганиев К.Г. «Сил касаллиги» (дарслик) Ташкент, 1995.й
9. Дарбинян Т.М. «Руководство по анестезиологии». 1973.
10. Исаков Ю.Ф. «Детская хирургия». М. Медицина. 1982.
11. Под ред. Камарова Ф.И., М. «Руководство по внутренним болезням». 1993 г. том 1,2,3.
12. Под редакцией Лейна Д., Эндрю М. «Детская и подростковая психотерапия». С.-П. Питер. 2001.
13. Ленюшкин А.И. «Руководство по детской поликлинической хирургии». Л.1986.
14. Маджидов Н.М. «Умумий неврология». Ташкент. 1995.
15. Мазурин А.В., Воронцов И.М. «Пропедевтика детских болезней». М., 1985.
16. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречануй С.В. «Клиническая психиатрия раннего детского возраста». С.-Петербург. Питер. 2001.
17. Под редакцией Мусалатова Х.А., Юмашева Г.С. «Травматология и ортопедия». М. Мед. 1995.
18. Павлов С.Т., Шапошников О.К. Самцов В.И., Ильин И.И. «Кожные и венерические болезни».
19. Пальчун В.Т., Крюков А.И. «Оториноларингология». М., Литера, 1997 г. – 512 стр.
20. Потемкин В.В. «Эндокринология». М., 1986й.
21. Под ред. проф. Садыковой Г.К. Методические рекомендации по всем разделам общей и частной неврологии на узб. яз. Ташкент. 1994, 1996, 1997.
22. Скрипкин Ю.К. «Кожные и венерические болезни». Учебник для медицинских институтов М., 1979.г
23. Под.ред. Сметенева А.С. Кукеса. В.Г. «Внутренние болезни». М., 1982 г.
24. Солдатов И.Б. «Руководство по оториноларингологии». Москва, 1997.
25. Стручков В.И. «Умумий хирургия», М. 1978, 1983.г
26. Таболин В.А., Шабалов Н.П. «Справочник неонатология». М. 1984.
27. Под редакцией Тура А.Ф., Тарасова С.В., Шабалова Н.П. «Детские болезни». Л. 1985.

28. Учайкин В.Ф. «Руководство по инфекционным болезням у детей». М., 1998.
29. Цыбульский Э.К. «Неотложная помощь в педиатрии». Медицина 1997 г.
30. Под редакцией Чазова Е.И. «Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь»
31. Шабалов Н.П. «Неонатология». Санкт – Петербург. 1996.
32. Под редакцией Шейдера Р. «Психиатрия». М. Практика. 1998.
33. Шувалова Е.П. «Инфекционные болезни». 1995.