

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ДЕРМАТОМИОЗИТ. ПОЛИМИОЗИТ

**Тиббиёт олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари,
даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари V курс талабалари учун
ўқув-услубий қўлланма**

Тошкент - 2020 йил

Ишлаб чиқувчи муассаса: Тошкент тиббиёт академияси, 1-сон факультет ва госпитал терапия ва касб касалликлари курси кафедраси

Тузувчи:

Муҳаммадиева С.М. -

ТТА 1-сон факультет ва госпитал терапия ва касб касалликлари курси кафедраси доценти, т.ф.н.

Такризчилар:

Мирахмедова Х.Т. -

ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири, доцент, т.ф.д.

Собиров М.О. -

Тошкент давлат стоматология институтининг 2 сон терапевтик фанлар йўналиши кафедраси мудири, доцент, т.ф.д.

Тошкент тиббиёт академиясининг Марказий услубий кенгашида муҳокама қилинди.

Мажлислар баёни № ____ “ ____ ” _____ 20__ йил.

Тошкент тиббиёт академиясининг Илмий кенгашида тасдиқланди

Мажлислар баёни № ____ “ ____ ” _____ 20__ йил.

ОТМ кенгаш котиби:

Исмаилова Г.А.

Ўқув машғулотида таълим технологияси модели

Мавзу: Дерматомиозит. Полимиозит

Вақти: 6 соат	Талабалар сони: 6-8 та
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	1. Назарий қисм 2. Амалий қисм
Ўқув машғулотининг мақсади:	Талабалар дерматомиозит, полимиозит касаллиги этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотларга эга бўлиши; - талабаларни дерматомиозит, полимиозит касаллиги таснифи билан таништириш; - талабаларни дерматомиозит, полимиозит касаллиги клиникаси билан таништириш; - талабаларга дерматомиозит, полимиозит касаллиги диагностикасини, даволаш тактикасини ўргатиш; - талабаларга амалий кўникмаларни қадамма-қадам бажаришни ўргатиш, билим ва кўникмаларни чуқурлаштириш.
Талаба билиши лозим	- дерматомиозит, полимиозит этиологияси ва патогенезини; - дерматомиозит, полимиозит клиникаси, ташхиси, таққослама ташхисини, асоратларини; - даволаш принципларини; - дерматомиозит, полимиозитда қўлланиладиган дори воситаларининг ножўя таъсирини;
Талаба бажара олиши лозим	- дерматомиозит, полимиозит билан касалланган беморларни курация қилишни; - асосий касаллик белгиларини аниқлаш; - дерматомиозит, полимиозит билан касалланган беморлар лаборатор-инструментал текширув натижаларини интерпретация қилишни; - дерматомиозит, полимиозит касаллигини ташхислаш ва қиёсий ташхис ўтказишни;

	- асосий препаратлар гуруҳларига рецептлар ёза билишни.
Педагогик вазифалар: - талабаларни дерматомиозит, полимиозит клиникаси ва унда кузатиладиган симптомлар билан таништириш; - талабаларга подаграли беморга хос асосий клиник белгилар, диагностикаси, даволашни ўргатиш	Ўқув фаолияти натижалари: - дерматомиозит (полимиозит)ли беморларни курация қила оладилар; - дерматомиозит (полимиозит)нинг патогенетик вариантларининг хусусиятларини ажрата оладилар; - дерматомиозит (полимиозит)ли беморларни текшириш режасини туза оладилар; - дерматомиозит (полимиозит)да кузатиладиган лаборатор-инструментал текширув натижаларини таҳлил қила оладилар; - дерматомиозит (полимиозит)ли беморларга режали даволашни тавсия эта оладилар; - даволашда қўлланиладиган дорилар гуруҳларига мисоллар келтирадилар. Талабаларда ақлий фикр юритишни ўстириш, тўғри ташхис қўйиш ва қиёсий ташхислаш табдиллари кетма-кетлик чизмасини тўғри тасавур қилишни, танқидий мулоҳазани шакллантириш
Таълим усуллари	Ақлий ҳужум, кўрсатма бериш, намойиш, видеоусул, амалий иш усули, китоб билан ишлаш
Таълим шакли	Гуруҳларда ишлаш, интерфаол ва графикли органайзерлар усуллари
Таълим воситалари	Доска-стенд, видеофильм, рентгенограммалар, график, диаграммалар, матнлар
Таълим бериш шароити	Махсус техника воситалари билан жиҳозланган, гуруҳли шаклларда ишлашга мўлжалланган хоналар
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки сўров: тезкор-сўров, ёзма сўров, тест

«Дерматомиозит (полимиозит)» ўқув машғулотининг технологик харитаси

Иш босқичи	Вақти	Фаолият	
		Таълим берувчи	Таълим олувчилар
I Қисм. Назарий қисм	Амалий машғулот 20 дақиқа	1.1. Мавзунинг номи, мақсади ва кутилаётган натижаларни етказди. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, тасниф, клиник белгилари, даволаш ва профилактика тўғрисида тушунча беради. Машғулот режаси билан таништиради. Адабиётлар рўйхатини беради	Тинглайдилар ва ёзиб оладилар
	Амалий машғулот 60 дақиқа	1.2. Талабаларни ақлий хужумга тортиш учун саволлар беради. Машғулот режаси ва тузилишига қараб таълим жараёнини ташкил этиш бўйича ҳаракатлар тартиби баён қилинади. Талабалар билимини фаоллаштириш мақсадида мавзунинг асосий тушунчалари бўйича тезкор-сўров ўтказди. Кичик гуруҳларда ишлашни ташкиллаштиради, ишлаш қондаси, вазиятларни таҳлил қилиш чизмаси, муаммоларни ифодаланишига эътибор беришларига қаратади.	Саволларга жавоб берадилар. Муҳокама қиладилар, аниқлаштирувчи саволлар берадилар, аниқлайдилар. Мустақил равишда таҳлил қилиш варағини тўлдирадилар, муаммони ечадилар.
II қисм Амалий қисм	40 дақиқа	2.1 Ўқитувчи билан биргаликда бемор курацияси ва уни таҳлил қилиш	Тинглайдилар, саволлар берадилар
	40 дақиқа	2.2. Мустақил беморлар курацияси. Амалий кўникмаларни бажариш.	Амалий кўникмаларни бажарадилар.

40 дақиқа		Катта танаффус	
II қисм Амалий қисм	40 дақиқа	2.3. Касаллик тарихи ёзиш. Амалий кўникмаларни бажариш.	Касаллик тарихи ёзадилар. Амалий кўникмаларни бажарадилар.
I Қисм. Назарий қисм	40 дақиқа	1.3. Вазиятли масалаларни ечиш. Тестларни ечиш. Мустақил таълим презентацияси. Гуруҳ бўйича баҳолаш мезонларини эълон қилади.	Вазиятли масалалар ечадилар. Тестларни якка тартибда ишлайдилар. Мустақил бажарган ишларнинг намоиши.

Кириш

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мрзиёевнинг «Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз» асарида: **“Биз ёшларга доир сиёсатини ҳеч оғишмасдан, қатъият билан давом эттирамиз. Нафақат давом эттирамиз, балки бу сиёсатни энг устувор вазифамиз сифатини бугун замон талаб қилаётган юксак даражага кўтарамиз. Ёшларимизнинг мустақил фикрлайдиган, юксак интеллектуал ва маънавий салоҳиятга эга бўлиб, дунё миқёсида ўз тенгдошларига ҳеч қайси соҳада бўш келмайдиган инсонлар бўлиб камол топиши, бахтли бўлиши учун давлатимиз ва жамиятимизнинг бор куч ва имкониятларини сафарбар этамиз”**, деб алоҳида таъкидлаган. Бунинг учун эса мамлакатимизда олий таълим тизимини янада ривожлантириш, таълим сифатини кўтариш учун бир қатор Фармон ва Қарорлар чиқарилмоқда. Жумладан, Ўзбекистон Республикаси Президентининг **2017 йил 20 апрелдаги ПҚ - 2909-сон “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”** ги Қарорида белгиланган вазифаларнинг 1-банди бўйича белгиланган вазифаларда таълим жараёнини, олий таълимнинг ўқув режа ва дастурларини янги педагогик технологиялар ва ўқитиш усулларини кенг жорий этиш, таълим жараёнини сифат жиҳатидан янгилаш ва замонавий ташкилий шакллари жорий этиш асосида янада такомиллаштириш; янги авлод ўқув

адабиётларини яратиш ва уларни ОТМнинг таълим жараёнига кенг татбиқ этиш, ОТМни замонавий ўқув, ўқув-методик ва илмий адабиётлар билан таъминлаш, шу жумладан, энг янги хорижий адабиётлар сотиб олиш ва таржима қилиш, ахборот-ресурс марказлари фондларини мунтазам янгилаб бориш кабилар белгиланган. Шу нуқтаи назардан, тиббиёт олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари ва талабалри учун тиббиётнинг замонавий янгиликлари билан бойитилган дарсликлар, ўқув қўлланмалар ва ўқув-услубий қўлланмаларни яратиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

МАВЗУ: ДЕРМАТОМИОЗИТ (ПОЛИМИОЗИТ)

1. Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши

- даволаш факультетига қарашли 1-сон факультет ва госпитал терапия кафедрасининг ўқув хонаси, ТТА 1-клиникасининг ревматология бўлими, тематик беморлар ёки волонтерлар, касаллик тарихи, кўргазмали қуроллар, мавзу бўйича видеофильм, тарқатма материаллар, лаборатор ва рентгенологик текширувлар натижалари.

2. Машғулотнинг давомийлиги – 4 соат.

3. Машғулотнинг мақсади:

- дерматомиозит (полимиозит) тўғрисида умумий тушунчани шакллантириш;
- дерматомиозит (полимиозит) этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотларга эга бўлиш;
- талабаларни дерматомиозит (полимиозит) таснифи билан таништириш;
- талабаларни дерматомиозит (полимиозит) клиникаси ва унда кузатиладиган клиник белгилар билан таништириш;
- талабаларни дерматомиозит (полимиозит) диагностикаси билан таништириш;
- талабаларни дерматомиозит (полимиозит)нинг асоратлари билан таништириш;
- дерматомиозит (полимиозит)да кузатиладиган лаборатор-инструментал текширувлар, натижаларни таҳлил қила олишни ўргатиш;
- дерматомиозит (полимиозит)ни даволашнинг асосий принципларини баён этиш;

- талабаларни қўлланиладиган асосий дорилар гуруҳлари билан таништириш ва уларда бу препаратларга рецептлар ёзишни шакллантириш.

Вазифалар

Талаба билиши керак:

- дерматомиозит (полимиозит) этиологияси ва патогенези тўғрисида маълумотлар;
- дерматомиозит (полимиозит) таснифни, клиникаси, қиёсий ташхиси;
- дерматомиозит (полимиозит)ни даволашнинг асосий принциплари;
- подагратинг олдини олишни.

Талаба қила олиш керак:

- дерматомиозит (полимиозит)ли беморларни курация қила олишни;
- дерматомиозит (полимиозит)да кузатиладиган клиник белгиларни аниқлай олишни;
- дерматомиозит (полимиозит)да кузатиладиган лаборатор-инструментал текширувлар натижаларини таҳлил қила олишни;
- дерматомиозит (полимиозит)ли беморларнинг диагностикасини;
- дерматомиозит (полимиозит)ли беморларни текшириш режасини тузишни;
- дерматомиозит (полимиозит)ли беморларнинг клиник ташхисини асослашни;
- дерматомиозит (полимиозит)ли беморларга парҳез ва режали даволашни тавсия этишни;
- асосий препаратлар гуруҳларига рецептлар ёза билишни.

Мавзуни асослаш

Дерматомиозит ва Полимиозит жиддий оқибатли касалликлар ҳисобланади. Дерматомиозит ва Полимиозит асосан ёш аёлларда кузатилади.

Шунинг учун ҳам касалликни эрта аниқлаб, асоратларининг олдини олиш, тўғри даволаш ката аҳамиятга эга. Бу ҳозирда ревматологиянинг долзарб вазифаларидан ҳисобланади. Умумий амалиёт шифокори учун Дерматомиозит ва Полимиозит касалликларининг этиопатогенези, таснифи, клиникаси, замонавий диагностикаси ва даволашни ўрганиш муҳим аҳамиятга эга.

Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Ушбу мавзуни ўқитишда талабаларнинг нормал физиология, гистология патологик физиология, патологик анатомия, ички касалликлар пропедевтикаси, фармакология бўйича ўзлаштирган билимларига асосланади. Машғулот давомида олинган билимлар умумий амалиёт

шифокори, ревматология ва бошқа клиник йўналишларда, шу билан бирга клиник фармакологиядаги дори воситаларини ўрганилганда керак бўлади.

4. Машғулотнинг мазмуни:

Назарий қисми

Дерматомиозит ва Полимиозит таърифи, этиологияси, патогенези, таснифи. Дерматомиозит ва Полимиозит касаллигида учрайдиган асосий белги ва синдромлар. Дерматомиозит ва Полимиозит касаллигининг замонавий диагностикаси. Дерматомиозит ва Полимиозит касаллигини қиёсий таққослаш. Дерматомиозит ва Полимиозит касаллигида қўлланиладиган асосий гуруҳ препаратлари.

ДЕРМАТОМИОЗИТ. ПОЛИМИОЗИТ

Дерматомиозит. Полимиозит термини – аутоиммун табиатга эга бўлган, мушакларнинг йирингсиз яллиғланиши ва лимфоцитар инфильтрацияси хос бўлган 2 та касалликни бирлаштиради. Полимиозитдан фарқли дерматомиозитда мушакларнинг зарарланиши теридаги ўзига хос тошмалар тошиши билан бирга келади. Учдан бир қисм беморларда дерматомиозит-полимиозит бириктирувчи тўқима касалликлари (ревматоид артрит, тизимли қизил бўрича, тизимли склеродермия) билан, 8-10% беморларда эса хавфли ўсма касалликлари бирга келади.

Этиологияси. Дерматомиозит (полимиозит)нинг аниқ сабаби аниқланмаган. Бу касаллик ривожланишида наслийлик, вирусли инфекциялар, мушакларнинг зарарланиши ва аутоиммун жараёнлар аҳамиятли ўрин тутаяди, деб қаралади. Касаллик патогенезида насл ва иммун механизмларнинг ролини дерматомиозит (полимиозит) бир оилада кузатилиши ва кўп ҳолларда HLA-DR3 ва HLA-DRw52 антигенларининг топилиши тасдиқлайди. Экспериментал ҳайвонларда Коксаки вируси билан зарарлантириб полимиозит чақириш мумкин. Одамларда эса грипп ва Коксаки вируси чақирган инфекцияларда енгил миозит ривожланиши учраган.

Ҳайвонларга Фрейнд адъювантида мушак тўқимаси антигенлари юборилиб аутоиммун миозит чақирилган экспериментал моделларда бу касаллик Т-лимфоцитларга боғлиқ касалликлиги кўрсатилган. Иммунгистохимик текширишлар ва мушак тўқимасини ва лимфоцитларни

биргаликда ўстириш натижалари полимиозит ва **с включениями миозитда** CD8 фаоллашган лимфоцитлар

Дерматомиозит (полимиозит)нинг асосий **патогенетик омили** - мушак тўқимаси таркибига кирувчи рибонуклеин кислоталар ва цитоплазматик оксилларга қарши аутоантитаналар ҳосил бўлиши билан кечувчи аутоиммун механизм ҳисобланади. Аутоиммун механизмлар ривожланишига Т- ва В-лимфоцитлар нисбатининг дисбаланси ва Т-супрессор функциянинг тушиши мойиллик қилади.

Идиопатик дерматомиозит (полимиозит)нинг махсус антитаналари 4та гуруҳга ажратилади (Е.Л. Насонов ва ҳаммуаллифлар, 1997 й.):

- I гуруҳ – тРНК аминокислотсинтетазага антитана, шунингдек, анти-Jo-1 (аминокислотсинтетазалар алоҳида аминокислоталарни мос келадиган тРНК билан боғланишини катализлайди);
- II гуруҳ – сигнални аниқлаштирадиган зарралар билан реакцияга кирувчи антитаналар (бу зарралар синезланган оксил молекулаларини эндоплазматик тўрға кўчиришни таъминлайди)
- III гуруҳ – Mi-2 га антитаналар (функцияси аниқ бўлмаган оксил-ядроли комплекс)
- IV гуруҳ – i-α омили билан боғланувчи антитаналар (аминокислот-тРНК ни рибосомаларга ва функцияси аниқ бўлмаган цитоплазматик субстанцияларга ташишни таъминлайди).

Юқорида келтирилган миозит-специфик антитаналар дерматомиозит (полимиозит) билан оғриган беморларнинг 40-50%ида учрайди. Mi-2 га антитаналар дерматомиозит учун характерли, анти-Jo-1 эса полимиозит учун хосдир. Шунингдек, кўп ҳолларда шу касалликларда носпецифик антитаналар (миозинга, тиреоглобулинга, эндотелиал хужайраларга қарши, РО ва б.) ҳам аниқланади.

Миозит-специфик антитаналар, айланиб юрган ва бириккан иммун комплекслар мушакларда (кўндаланг-тарғил ва силлик) иммуняллиғланиш жараёнини келтириб чиқаради. Бундан ташқари, мушак тўқимаси хужайраларига қарши Т-лимфоцитларнинг цитотоксик таъсири ҳам катта патогенетик аҳамиятга эга.

Таснифи (Е.М. Тареев, Н.Г. Гусева, 1965й)

А. Келиб чиқишига қараб:

I. Идиопатик (бирламчи)

II. Паранеопластик (иккиламчи)

В. Кечиши бўйича:

I. Ўткир.

- II. Ўткир ости.
- III. Сурункали.
- C. Босқичлари бўйича:
 - I. Продромал: бир неча кундан бир ойгача.
 - II. Манефест босқичи тери, мушак, умумий синдром билан.
 - III. Дистрофик ёки кахектик, терминал, асоратлар босқичи.
- D. Фаоллик даражаси: I, II, III.
- E. Асосий клиник белгилари (синдромлар).

Бирламчи идиопатик дерматомиозит (полимиозит)дан ташқари касалликнинг 20-30% ни ташкил қиладиган ўсмага хос (иккиламчи) тури ҳам ажратилади.

Клиник кўриниши

1. Касаллик одатда, секин-асталик билан бошланади. Беморлар қўл ва оёқнинг проксимал мушакларидаги зўрайиб борувчи кучсизликка шикоят қиладилар. Баъзи беморларда мушаклардаги холсизлик 5-10 йил давомида кучайиб боради. Касалликнинг ўткир бошланиши, яъни 2-4 ҳафта давомида мушакларда кучли оғриқ ва холсизлик бўлиши, тана ҳарорати кўтарилиши ва тез ривожланадиган беморларнинг умумий аҳволи оғирлашиши кам кузатилади. Баъзида касалликнинг биринчи белгилари теридаги тошмалар, Рейно синдроми, полиартралгиялар бўлиши мумкин.
2. Мушаклар зарарланиши касалликнинг асосий белгиси саналади. Қўл ва оёқ проксимал мушакларининг, шунингдек бўйин мушакларининг кучли кучсизланиши касалликка хос белгидир. Бемор тўшакдан туришга, ювинишга, сочини тарашга, кийим кийишга, транспорта чиқишга қийналади. Оғир ҳолатларда эса беморлар бошини ёстикдан кўтаролмайдилар, бошни тутиб туролмайдилар (боши кўкрагига тушади), ўзгалар ёрдамсиз юролмайдилар, қўлларида ҳатто енгил буюмларни ҳам ушлолмайдилар. Патологик жараёнга халқум, қизилўнгач, ҳиқилдоқ мушаклари қўшилганида нутқ бузилади, йўтал хуружлари пайдо бўлади, овқат луқмасини ютиш қийинлашади, қалқиб кетиш кузатилади. Қўл ва оёларнинг дистал мушаклари зарарланиши кам ва минимал даражада кузатилади. Мушакларни текширилганда оғриқ, шишганлик, касаллик узоқ давом этганида (айниқса, полимиозитда) мушаклар атрофияси аниқланади. Қовурғалараро мушаклар ва диафрагма жароҳатланганида ўпкаларнинг вентилиацион функцияси бузилади, бу эса зотилжам ривожланишига мойиллик қиладди. Юз ва кўз олмаси мушаклари жуда кам ҳолларда зарарланади.

3. Терининг зарарланиши – дерматомиозитнинг характерли белгиси бўлиб қуйидагилар билан намоён бўлади:

- юқори қовоқ соҳасидаги (“кўзойнак” кўринишидаги периорбитал шиш ва эритема), ёноқ суяклари, бурун қанотлари, бурун-лаб бурмаси, кўкракнинг юқори қисмида, орқада, тирсак, тизза, кафт-бармоқ, проксимал бармоқлараро бўғимлардаги эритематоз-доғсимон тошмалар;



1- расм. А - “кўзойнак” кўринишидаги периорбитал шиш ва эритема, ёноқ суяклари, бурун қанотлари, бурун-лаб бурмаси эритематоз доғсимон тошмалар; В – тананинг очик қисмидаги эритематоз доғсимон тошмалар; С- кафт-бармоқ, проксимал бармоқлараро бўғимлардаги эритематоз-қипиқланувчи тошмалар; Д-“механик қўли” (кафт ичи терисининг қизариши ва қуруши) белгиси.

- Готтрон симптоми (қўл бармоқлари проксимал бармоқлараро бўғимлардаги эритематоз қипиқланувчи доғлар);



2-расм. Готрон белгиси.

- Кафт ичининг қизариши ва қипиқланиши;
 - Тирноқ атрофи эритемаси, тирноқларнинг қийшайиши ва синувчанлиги;
 - Пойкилодерматомиозит – кўплаб телеангиэктазиялар, тери камайиши, қуруши ва гиперкератози билан пигментация ва депигментация ўчоқларининг навбатма-навбат келиши;
 - Касаллик узоқ давом этганида тери атрофияланиб депигментация ўчоқлари аниқланади.
4. Шиллиқ қаватлар зарарланиши кинъюктивит, стоматит, танглай, халқум орқа девори гиперемияси, шиши билан намоён бўлади.
 5. Дерматомиозит (полимиозит) учун бўғим синдроми кам характерли бўлсада кузатилиши мумкин. Одатда, қўл ва оёқларнинг майда бўғимлари, билак-панжа бўғими, кам холларда тирсак, елка, тизза, болдир-товон бўғимлари зарарланади. Бўғимларда оғриқ, шиш, териси гиперемияси, ҳаракат чекланиши аниқланади. Шунини айтиш лозимки, бўғим синдроми глюкокортикоидлар таъсирида тўлиқ тузалади, бўғимлар деформацияси хос эмас. Сурункали деформацияловчи артрит жуда кам холларда ривожланади, асосан қонида Jo-1 антигенига қарши антитаналари бўлган беморларда учрайди.
 6. Кальциноз – сурункали ювенил дерматомиозитга характерли бўлган белги, ёши катталарда кам кузатилади. Кальцификатлар зарарланган мушаклар яқинида фасциялар ичида, тери остида ёки тери ичида ҳамда елка ва тос-сон камари мушакларида жойлашиши мумкин. Кальций шунингдек, тирсак ва тизза бўғимлари проекциясида, думбаларда йиғилиши мумкин. Тўқималарнинг массив кальцификацияси беморларнинг ногиронлигига сабаб бўлиши мумкин.

Кальцинатларнинг тери остига тўпланиши терининг емирилиб кальций бирикмаларининг ташқарига ушқосмон кўринишда чиқишига сабаб бўлади.



3-расм. Кальцинознинг кўриниши.

7. Юрак зарарланиши дерматомиозит (полимиозит) билан оғриган беморларнинг аксариятида кузатилади ва қуйидаги ўзгаришлар билан намоён бўлади:
 - Миокардит, миокардиофиброз: тахикардия, юрак чегараларининг кенгайиши, кўпинча чўққида тонларнинг бўғиқлашиши, аритмиялар, артериал гипотензия, ЭКГ да турли даражадаги атриовентрикуляр блокада, Т тишча ўзгариши, ST интервалининг изолиниядан пастга силжиши;
 - Перикардит кам учрайди, констриктив перикардит ривожланганлиги ҳақида маълумотлар бор.
8. Ўпкаларнинг зарарланиши интерстициал пневмония, фиброзловчи альвеолит, гиповентиляция (қовурғалараро мушаклар, диафрагма мушалари зарарланиши), ютиш бузилганида аспирациялар ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, ҳансираш, бутун ўпка тўқимаси устида тарқоқ крепитация, баъзида қуруқ хириллашлар, йўтал билан намоён бўлади. Ўпкаларни рентгенографик текширувида базал пневмосклероз аниқланади.
9. Ошқозон ичак тизими зарарланиши иштаҳа пасайиши, дисфагия, қоринда оғриқлар билан намоён бўлади. Бу симптомлар асосида халқум, кизилўнгач мушаклари функцияси бузилиши, ошқозон ичак

тракти васкулитлари ётади. Тахминан 30% беморларда жигар катталашиши ва функцияси бузилиши кузатилади.

10. Буйраклар зарарланиши кам кузатилади. Баъзи беморларда гломерулонефрит кузатилади ва у протеинурия, жуда кам холларда нефротик синдром билан намоён бўлади.
11. Асаб тизими зарарланиши кам характерли. Баъзи холларда кучли полиневритлар; кўпинча эса яққол вегетатив дисфункция кузатилиши мумкин.
12. Эндокрин тизим зарарланиши касаллик оғир кечганида жинсий безлар, буйрак усти беи функцияси сусайиши кўринишида учрайди.

Клиник кечиш вариантлари

Касаллик кечиши бўйича ДМ нинг 3 та асосий шакли ажратилади (А.П. Соловьева, 1980): ўткир, ўткир ости, сурункали. Касалликнинг ўткир кечиши мускулларнинг тарқоқ зарарланиши билан кечиб, беморлар умуман кимирлолмай қоладилар, шунингдек, эритема, дисфагия, юрак ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши оқибатида ДМ бошлангандан 2-6 ой ўтиб ўлим холати билан характерланади. Ўз вақтида массив глюкокортикоидлар билан даволаш самара берганида, касаллик ўткир ости ва сурункали шаклига ўтиши мумкин. Ўткир ости шакли эса, симптомларнинг секин-аста ривожланиши, касалликнинг циклик кечиши, ҳамда ДМ бошлангандан 1-2 йил ўтиб яққол клиник кўриниши намоён бўлиши билан характерланади. Сурункали кечиши – оқибати нисбатан яхши бўлиб, касаллик циклик кечиб, ўрта даражада мушак холсизлиги, миалгиялар, эритематоз тошмалар, баъзида тери зарарланмаслиги ҳам мумкин билан ифодаланади. Мушакларнинг маҳаллий зарарланиши ҳам бўлиши мумкин.

Касаллик фаоллик даражаси носпецифик ўткирфаза кўрсаткичлари (ЭЧТнинг кўтарилиши, I-даражада 20 гача, II да 21-40; III даражада 40мм/соатдан катта) ва иммунологик тестлар, асосан IgG асосида баҳоланади.

Е.М. Тареев, Н.Г. Гусева (1965) ДМ нинг қуйидаги даврларини ажратдилар.

Биринчи давр, бошланғич, продромал бўлиб, бир неча кундан бир ойгача ёки кўпроқ давом этади, асосан мушак ёки тери симптомлари билан, юқори қовоқларининг гиперемияси ёки шиши, умумий холсизлик, тана харорати кўтарилиши билан намоён бўлади. *Иккинчи давр*, манифест, яққол намоён бўлган асосий синдромлар – тери, мушак, умумий белгилар билан характерланади. *Учинчи давр*, кечки, дистрофик (кахектик), терминал, асоратлар даври.

Дерматомиозит (полимиозит)нинг алоҳида иммунологик шакллари

1. *Миозитспецифик антисинтетазали Jo-1 антитанали ДМ ва ПМ қуйидаги хусусиятларга эга:*
 - Миозитнинг ўткир бошланиши;
 - Иситма;
 - Симметрик артрит;
 - Ўпкаларнинг интерстициал зарарланиши;
 - Рейно синдроми;
 - “механик қўли” (кафт ичи терисининг қизариши ва кипикланиши)
 - Касаллик одатда баҳор ойида бошланади;
 - Глюкокортикоидларни қўллаганда тўлиқ жавоб кузатилмаслиги.
2. *Антисинтетазали бўлмаган цитоплазматик анти-SRP миозитспецифик антитанали ДМ (ПМ) қуйидаги хусусиятларга эга:*
 - Аёлларга нисбатан эркакларнинг кўпроқ касалланиши (6:1);
 - Миозитнинг ўткир бошланиши ва оғир кечиши;
 - Юрак жароҳатланишининг юқори кўрсаткичлари;
 - Глюкокортикоидлар билан даволанганда самарасизлик.
3. *Миозитспецифик антиядроли антитаналар – анти-PM ДМ (ПМ) одатда кесишган синдромга – полимиозит ва тизимли склеродермия бирга келишига хосдир. Баъзида бу антитаналар ювенил дерматомиозитда ҳам аниқланади.*

Диагностик критериялари

Диагностик критериялар (А.П. Соловьева, 1980)

1. *Тери синдроми:* тананинг очик қисмларидаги, бўғимлар устидаги қуёшда қуйишга ўхшаган ёки бинафша ранг эритемалар, параорбитал шиш, юқори қовоқнинг бинафшаранг эритемаси – “дерматомиозит кўзойнаги”, кафтларнинг, бармоқ ёстикчаларининг капилляритлари; юзнинг, қўл панжаларининг, кам холларда оёқ панжасининг, болдирларнинг, тананинг қаттиқ ёки хамирсимон шиши (эритема билан биргаликда)
2. *Суяк-мушак синдроми:* кўндаланг-тарғил мушакларнинг тарқоқ зарарланиши, эрта босқичларда елка камарининг, оёқлар проксимал мушакларининг кучайиб боровчи холсизлиги, миалгиялар, мушаклар шиши; кечки босқичларида миосклероз, контрактуралар, қўл ва оёқнинг проксимал қисмлари атрофияси.

3. *Висцерал-мушак синдроми*: нафас мушакларининг, диафрагманинг ҳам (хансираш, диафрагманинг юқори туриши ва нафас экскурсияси сустлиги, ўпкалар тириклик сиғимининг ва нафас резервининг камайиши), халқум, қизилўнгач, ҳиқилдоқ (дисфагия, қалқиб кетиш, дисфония), миокард (миокардит, дистрофия, интерстециал шиш) зарарланиши.
4. *Умумий синдром*: умумий ҳолат оғирлиги, иситма, сўрчларнинг тўкилиши, аменорея.
5. *Лаборатор кўрсаткичлар*: креатинурия, қонда транаминазалар, миоглобин, альдолаза, креатинин-фосфокиназа, лактатдегидрогеназалар миқдорининг ошиши.
6. *Морфологик кўриниши*: склероз ривожланиши, мушак толаларининг атрофияси, кальциноз билан якунланувчи яллиғланиш-дистрофик ўзгаришлар; мушак толаларининг дистрофияси толалар парчаланиши, кўндаланг-тарғил изларнинг йўқолиши, толалар ингичкаланиши, гомогенизацияси ва аста-секин йўқолиши, некроз бўлиши; яллиғланиш инфильтрацияси мушак толалариаро ва мушаклараро бириктирувчи тўқима орасида периваскуляр жойлашади; мушак толалари шишган, бирикмаган бўлади.
7. *Электрмиография*: зарарланган мушакларнинг биоволтажларининг пасайиши.

ДМ ташхиси 2-3 та белги бўлганида тасдиқланади, 100% тери ва мушак синдроми бўлиши шарт, булар касалликнинг дастлабки белгилари бўлади. ДМ висцерал патологиядан бошланмайди.

Дерматомиозит ва полимиозитнинг диагностик критериялари (Bohan, Petter, 1975)

1. Дерматологик кўринишлар қовоқлар терисининг гелиотроп ранги периорбитал шиш билан; қафт устининг тангачасимон эритематоз дерматити, айниқса қафт-бармоқ ва проксимал бармоқлараро бўғимлар устида (Готтрон синдроми), тизза, тирсак бўғимлари териси, юз, бўйин, тананинг юқори қисми терисининг зарарланиши.
2. Бир неча ҳафта ёки ойлар давомида зўрайиб борувчи елка ва тос камари, бўйиннинг олдинги букувчи мушакларининг, дисфагия ёки нафас мушакларининг зарарланиши ёки зарарланмаслиги билан, симметрик кучсизлиги.
3. Қон зардобиди мушак ферментларининг (КФК, альдлаза, АСТ, АЛТ ва ЛДГ) миқдорининг ошиши.

4. Электромиографик ўзгаришлар: қисқа, кичик полифаз мотор бирликлар, фибрилляциялар.
5. Мушакларни гистологик текширишда 1- ва 2- тип мушак фибриллаларининг некрози, фагоцитоз, базофилияли регенерацияси, сарколеммада йирик ядролар ва ядрочалар, перифасциал атрофия, миофибриллалар ўлчамининг вариабеллиги, яллиғланишли экссудат аниқланади.

Биринчи ва кейинги критериялардан икkitаси аниқланганида дерматомиозит ташхиси қўйилади, 2,3,4,5 критерийлар аниқланганида эса полимиозит ташхиси қўйилади.

Диагностик критериялар (АРА)

А. Асосийлари

1. терининг махсус ўзгаришлари: периорбитал шиш ва эритема (“кўзойнак” симптоми); телеангиэктазиялар, тананинг очик қисмларидаги (юз, бўйин, кўкракнинг юқори қисми, қўл ва оёқ) эритемалар.
2. Мушакларнинг зарарланиши (қўл ва оёқларнинг проксимал мушакларининг зарарланиши), мушак холсизлиги, миалгиялар, шиш ва кейинчалик атрофиялар билан намоён бўлади.
3. Биопсияда мушакларнинг характерли патоморфологик ўзгаришлари (дегенерация, некроз, базофилия, яллиғланиш инфильтратлари, фиброз).
4. Зардоб ферментлари – КФК, альдолаза, трансаминазаларнинг нормага нисбатан 50% ва ундан кўп фаоллигининг ошиши.
5. Электромиографик текширишда характерли ўзгаришлар.

В. Қўшимча

1. Кальциноз.
2. Дисфагия.

Дерматомиозит ташхиси аниқ бўлади:

- 3 та асосий ва тошмалар бўлганида;
- 2 та асосий ва 2 та қўшимча критериялар ва тошма аниқланганида.

Дерматомиозит ташхиси эҳтимол:

- Биринчи асосий критерий бўлганида;
- Асосий критериялардан биринчисидан ташқари 2таси бўлганида;
- Битта асосий ва иккита қўшимча критериялар топилганида.

Полимиозит ташхиси тошмаларсиз 4 та критерий бўлганида ишончли бўлади.

Лаборатор кўрсаткичлар

1. УҚТ: беморларнинг аксариятида ўрта даражадаги анемия, нейтрофилли чапга силжиган лейкоцитоз, кам холда – лейкопения, эозинофилия кузатилади, ЭЧТ патологик жараён фаоллигига мос равишда ортади.
2. БҚТ: α_2 - ва γ -глобулинлар, серомукоид, фибрин, фибриноген, сиал кислоталари, миоглобин, гаптоглобин, креатин миқдори ортиши, креатинфосфокиназа фаоллиги ошиши (КФК оғир мушак атрофиясида ва қонда КФК ингибитори мавжудлигида меёрий кўрсаткичларда бўлади), трансаминаза, айниқса АсАТ, ЛДГ ва альдолаза кўпаяди, бу эса мушак зарарланишининг оғирлигини ва тарқалганлигини кўрсатади. Сийдик кислота миқдори ҳам ортиши мумкин.
3. Иммунологик текширув: комплемент титрининг пасайиши, РО кам титрларда, LE-хужайралар аниқланиши мумкин, ДНК га антитаналар, Т-лимфоцитлар ва Т-супрессор функциянинг камайиши, IgM ва IgG миқдорининг ортиши, IgA нинг камайиши; HLA B₈, DR₃, DR₅, DRw₅₂ аниқланиши, шунингдек миозитспецифик антитаналар титри ҳам юқори бўлади.
4. Тери-мушак биоптатининг текшируви: оғир миозит, мушакларнинг кўндаланг-тарғиллигининг йўқолиши, мушаклар фрагментацияси ва вакуолизацияси, юмалоқ хужайрали инфильтрация, уларнинг атрофияси ва фибрози. Терида сўргичлар атрофияси, соч фолликулалари ва тер безларининг дистрофияси, коллаген толаларининг ўзгариши, периваскуляр инфильтрация.

Инструментал текширув

Электрмиограмма: оғир мушак зарарланишлари – полифазали ўзгаришлар билан қисқа тўлқинлар, тинч ҳолатда фибрилляр осцилляция.

ЭКГ: диффуз ўзгаришлар, юрак ритми ва ўтказувчанлигининг бузилиши белгилари.

Рентгенологик текширув юмшоқ тўқималарнинг зарарланиш даражаси ва ички аъзолар зарарланишини аниқлашда ёрдам беради. Рентгенограммаларни, юмшоқ тўқималар структурасини олиш мақсадида, енгил нурланиш ёрдамида ўтказиш лозим. ДМ ўткир босқичида мушаклар шаффофлиги сабабли ёруғланиш аниқланади. ДМ сурункали босқичида эса юмшоқ тўқималарда кальцификатлар пайдо бўлади. Ўпкаларда асосан базал қисмларида интерстициал фиброз, плеврада кальцификатлар аниқланади. Юрак ўлчамлари катталашади. Суякларда ўрта даражадаги остеопороз топилади.

Спирография: рестриктив нафас етишмовчилиги ташхисланади.

Қиёсий ташхислаш.

- **Невроген касалликлар:**

- Ён амиотрофик склероз,
- Кугельберг-Веландер спинал амиотрофияси,
- Кеннеди синдроми (орқа мия олдинги шохларининг спинобульбар мушак атрофияси),
- Демиелинловчи полиневропатиялар (ўткир, сурункали),
- Шарко-Мари-Тута неврал перонеал амиотрофияси

- **Бирламчи мушак касалликлари**

- **Инфекцион миозитлар:**

- бактериял ва вирусли миозитлар,
- токсоплазмозда, трихинеллезда, цистицеркозда, эхинококкозда мушакларнинг зарарланиши.

- **Дорига боғлиқ миопатиялар** ГКСларни, пенициламин. Хлорохин (масалан, делагил), гидроксихлорохин (масалан, плаквенил), колхицин, статинларни, гемфиброзил, эритромицин, эметин, зидовудин, шунингдек, алкогольли ва наркотик (кокаин) интоксикацияларида, қалқонсимон без гормонларни юқори дозаларда узок вақт қабул қилинганида келиб чиқиши мумкин.

Стероидли миопатияга КФКнинг нормал миқдори, ГКС дозасини камайтирилганида мушак кучининг ошиши, мушак биопсиясида яллиғланиш белгиларининг мавжуд эмаслиги хос.

- **Метаболик миопатиялар** (гликоген, липидларнинг, пуринларнинг метаболизмининг бузилиши). Ўзига хос хусусияти – жисмоний юкламага толерантликнинг камайиши ва хордиқ олгандан сўнг мушак кучининг тикланиши.

- **Митохондриал миопатиялар.**

- **Эндокрин миопатиялар** гипотиреозда, тиреотоксикозда, Аддисон касаллигида, эндоген гиперкортицизмда, акромегалия, гиперпаратиреозда келиб чиқади.

- **Электролитлар алмашинуви оқибатида ривожланадиган миопатиялар**

- **Прогресланувчи мушак дистрофиялари** (Дюшен мушак дистрофияси, Беккер миодистрофияси, Роттауф-Мортъе-Бейер миодистрофияси, Эрб-Рота бел-қўл-оёқ миодистрофияси, Ландузи-Дежерин елка-курак-юз миопатияси).

- **Прогресланмайдиган мушак дистрофиялари** (миотубуляр, немалин, марказий ўқ касаллиги)

- **Амилоидоз**

- **Рабдомиолиз**
- **Нерв-мушак синапси соҳасидаги зарарланишлар:**
 - *miastenia gravis*
 - Ламберт-Итон миастеник синдроми
- **Бошқа касалликлар:**
 - ревматик полимиалгия (50 ёшдан катталарда елка ва тос камари мушакларининг кучли оғриғи, мушак кучининг объектив камаймаганлиги, ЭЧТ нинг, тана ҳароратининг ошиши)

Текшириш режаси:

1. Умумий қон ва пешоб таҳлили, пешобда креатин ва креатинин миқдори.
2. ҚБТ: умумий оқсил ва оқсил фракциялари, фибриноген, фибрин, серомукоид, гаптоглобин, сиал кислоталари, СРО, креатинин, креатин, КФК, ЛДГ (умумий ва оқсил фракциялари), миоглобин, аминотрансферазалар, альдолаза, мочевино, сийдик кислотаси.
3. Қон иммунологик текшируви: Т-ва В-лимфоцитлар, Т-лимфоцитларнинг субпопуляцияси, иммуноглобулинлар, комплемент, РО, LE-хужайралар, ДНК га антитаналар.
4. Тери-мушак парчаси биопсияси, миозитспецифик антитаналар, HLA антигенлар.
5. Юрак, ўпка, суяклар, ошқозон ичак тизимининг рентгенологик текшируви.
6. ЭКГ
7. Электромиография.
8. Спирография.

Ташхис қўйиш намуналари

1. Идиопатик дерматомиозит, ўткир ости кечиши, манифест босқичи. Фаоллиги III даража; тери эритемаси, периорбитал шиш, мушак тетраплегияси, халқум, хикилдоқ, қизилўнгач, диафрагма мушакларининг зарарланиши, дисфагия; аспирацион пневмония.
2. Кўкрак беги раки III босқичи. Паранеопластик дерматомиозит, ўткир ости кечиши, манифест босқичи. Фаоллиги III даража; тери эритемаси, периорбитал шиш; халқум, кўз мушакларининг зарарланиши.

Болалар (ювенил) дерматомиозити худди катталардаги ДМ га ўхшаб кечади, лекин ўзига хос хусусиятлари ҳам фарқланади:

- клиник (тирноқ ёстикчаларида микронекрозлар, терида, ичакларда яралар ва некроз белгилари, кўз тўр пардасининг зарарланиши) ва мушак биоптаталарида морфологик намоён бўладиган тарқоқ васкулит аниқланиши;
- тери ости кальцинозининг катталарга нисбатан кўп кузатилиши;
- ўсма жараёнига боғлиқликнинг йўқлиги;
- бириктирувчи тўқиманинг бошқа тизимли касалликлари билан бирга келиши кузатилмайди.

Иккиламчи (ўсмага оид) дерматомиозит

Деярли барча ёмон сифатли ўсма касалликлари, шунингдек гемабластозлар ҳам, иккиламчи дерматомиозит (полимиозит) ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Аммо сийдик ва жинсий аъзолардаги, буйраклар, ўпка, ошқозон ёмон сифатли ўсмаларида иккиламчи ДМ кўпроқ кузатилади.

Даволаш.

Идиопатик ДМ даволаш режаси:

1. Глюкокортикоидлар билан даволаш
2. Ногормонал иммунодепрессантлар (цитостатиклар) билан даволаш.
3. Аминохинолин унумлари билан даволаш.
4. НЯҚВларни қўллаш
5. Мушакларда метаболизмни яхшилаш ва кальцинозни даволаш
6. Даволавчи жисмоний тарбия.

1. Глюкокортикоидлар билан даволаш ДМ (ПМ) нинг асосий дори воситалари саналади. Улар яққол яллиғланишга қарши ва юқори иммунодепрессант самарага эга. Энг кўп тавсия этиладиган ГКС преднизолон саналади, чунки у мушакларга бошқа ГКСларга нисбатан кам катаболик таъсир кўрсатади.

Преднизолоннинг миқдори ва қўллаш давомийлиги патологик жараён фаоллигига ва клиник самарадорлигига боғлиқ бўлади. Касаллик ўткир бошланганида преднизолонни 80-120 мг/сут.га, ўткир ости кечганида эса 30-40мг/сут. тавсия этилади. В.А.Носонов, преднизолонни кунига 4-6 марта, тенг вақт оралиғида қабул қилишни тавсия этади. Преднизолонни клиник самарадорликка эришгунча 2-3 ой ва ундан ортиқ вақт давомида қабул қилинади. Кейинчалик дори миқдорини жуда секинлик билан ўшлаб турувчи дозагача камайтирилади: агар касаллик ўткир ёки ўткир ости бошланган бўлса, дастлабки 1-йилда ушлаб турувчи доза 30-40 мг/сут. ни, 2-3- йилида эса 10-20 мг/сут.ни ташкил қилади. Преднизолонни, қачонки турғун

ремиссияга эришилганида (клиник ва лаборатор кўрсаткичлари асосида) қабул қилиш тўхтатилади. Преднизолонни қабул қилишни секин-аста (ҳар 30 кунда $\frac{1}{4}$ таб.га камайтирилиб) тўхтатиш тавсия этилади.

Ўткир ДМ оғир кечганида преднизолонни қабул қилган ҳолда метилпреднизолон билан пульс терапия (1000 мг метилпреднизолон т/и томчилаб кунига 1 марта 3 кун давомида юборилади), плазмаферез билан биргаликда ўтказиш мақсадга мувофиқ саналади.

Мушакларнинг атрофиясида ва фиброзида ГКС ларни қўллаш тавсия этилмайди, бундай ҳолларда НЯҚВ ларни қўллаган маъкул.

2. Ногормонал иммунодепрессантлар билан даволаш

Ногормонал иммунодепрессантлар (цитостатиклар) иммунопатологик ва аутоиммун реакцияларни бостиради ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Уларни қўллашга кўрсатма бўлиб преднизолон билан даволаганда самара кузатилмаса, гормонга боғлиқлик ҳолатларида, ГКСларни қўллашга қарши кўрсатма бўлганида тавсия этилади.

Энг кўп қўлланиладиган препарат азотиопирин ва метотрексат

Currey тавсиясига кўра азотиопирин 2,5мг/кг суткасига, метотрексат – 0,75 мг/кг томир ичига ҳафтасига қўлланилади. Қоидага мувофиқ, цитостатиклар преднизолон билан биргаликда, агар преднизолондан самара етарли бўлмаса ёки преднизолон дозасини камайтириш керак бўлганида давога қўшилади. Цитостатикларни 2-6 ой давомида қўлланилиб, сўнг дозаси ушлаб турувчи дозагача туширилади ва яна 1 йил давомида қабул қилинади.

Цитостатикларни қўллашдан аввал, ёмон сифатли ўсма касаллигини инкор этиш учун беморни текширувдан ўтказиш лозим, чунки преднизолон бирламчи ДМ да самарали дори воситаси, паранеопластик ДМ да эса преднизолондан клиник самара кузатилмайди.

3. Аминохинолин унумлари билан даволаш

Аминохинолин унумлари лизосомал мембраналарни стабиллаштиради ва юмшоқ иммунодепрессант самара кўрсатади. Уларни қўллашга кўрсатма:

- Касаллик фаоллиги бўлмаган сурункали дерматомиозит;
- Касаллик қўзишини олдини олиш мақсадида преднизолоннинг ёки цитостатикларнинг дозасини камайтириш лозим бўлганида.

Делагил (хингамин) 0,25 г кунига 1 марта узоқ вақт давомида, 2 йилдан кам бўлмаган вақт қабул қилиш тавсия этилади. Аминохинолин унумлари билан ДМ ни даволаш кенг тарғиб этилмаган.

4. Ностероид яллиғланишга қарши воситалар (НЯҚВ)ни қўллаш

НЯҚВ оғриқ ва бўғим синдромлари устунлик қилганида, шунингдек кам фаолликдаги ДМ нинг оғриқ синдроми бўлган сурункали кечишида қўлланилади. ЦОГ-1 ва ЦОГ-2 таъсир этувчи НЯҚВ ларнинг ретард шакллари тавсия этилади.

5. Зарарланган мушакларда метаболизмни яхшилаш ва кальцинозни даволаш

Бу даволаш усули ДМни комплекс даволашда қўшимча даво усули бўлиб, куйидагиларни тавсия этиш мумкин:

- ретаболил – 5%-1 мл эритмаси 2 ҳафтада бир марта тавсия этилади, даво курси 3-4 инъекция;
- рибоксин – 0,2 г таблеткадан чиқарилади, 2таб. 3марта тавсия этилади;
- карнитин – 20% эритмасидан 1 – 2 чой қошиқдан кунига 2 марта 2 ой давомида тавсия этилади;
- милдронат – 0,25 г таб.дан кунига 2-4 марта 10-20 кун давомида ичга қабул қилиш ёки 10%-5,0 мл кунига 1 марта т/и 10 кун давомида юбориш тавсия этилади;
- АТФ, натрийли тузи – 1%ли эритмасидан 1-2 мл м/о 30 кун давомида тавсия этилади;
- фосфаден – 2%ли 2 мл эритмаси кунига 2-3 марта м/о 3-4 ҳафта давомида, сўнг 0,05 г дан кунига 2-3 марта ичга қабул қилишга 2-3 ҳафта давомида тавсия этилади.

Мушаклардаги ва тери ости қаватидаги кальцинозлар этилендиаминтетрауксус кислотасини т/и томчилаб юбориш ёрдамида даволанади. Дори воситасининг 1 марталик миқдорини (250 мг) натрий хлорнинг 400 мл изотоник эритмасида ёки 5% глюкозада эритилиб юборилади. Кўрсатилган эритмани ҳар куни 5 кун давомида 5 кунлик танаффус билан юборилади (даво курси 15 та инфузия). Қонда кальций миқдори назорати тавсия этилади, чунки кальций миқдори тезда тушиб кетиб, тетания ривожланиши мумкин. Даво курсини 1 йилда 3 марта такрорланади.

6. Даволавчи жисмоний тарбия

Даволавчи жисмоний тарбия деформацияларни оддини олишда муҳим ўрин тутди. Касалликнинг ўткир даврида ҳар бир бўғимда тўлиқ ҳажмда пассив ҳаркатларни бажариш лозим. Мушакларнинг қисқариши билан кечадиган деформациялар кузатилганида (масалан “от туёғи”) бўғимларни иммобилизация қилиш мумкин.

5. Амалий қисм

Машғулотнинг бу қисми беморларни терапия ёки ревматология бўлимларида курация қилишга бағишланади. Дастлаб ўқитувчи дерматомиозит (полимиозит) ли беморни талабалар билан биргаликда клиник таҳлил қилади. Сўнгра эса мустақил курация учун беморларни талабаларга бўлиб беради. Курация сўнгида эса талабалар берилган беморларни баён этишади ва бунда ўзлаштирган амалий кўникмаларни намойиш этишади. Педагог эса кафедрада ишлаб чиқилган мезонларга асосланиб, бу кўникмаларнинг қадамма-қадам ўзлаштирилишини баҳолайди.

Амалий кўникмаларни қадамма-қадам ўзлаштириш, уни бажариш ва баҳолаш

1. Дерматомиозит (полимиозит) касаллигида ЭКГда патологик ўзгаришларни таҳлил қилиш.

Мақсад: Дерматомиозит (полимиозит) касаллиги бириктирувчи тўқиманинг аутоиммун касалликларидан бири бўлганлиги сабабли, беморнинг юрак-қон томир тизимида ҳам патологик ўзгаришлар кузатилади ва бу ҳолат ЭКГ да патологик ўзгаришлар билан характерланади. Шу сабабли бу нозологияда ЭКГни тўғри таҳлил қила билиш амалий аҳамиятга эга.

Бажариладиган этаплар (поғоналар):

№	Тадбирлар	Тўлиқ бажарди	Бажара олмади
1	Юрак ритмини, юрак қисқаришлар сонини аниқлаш	15	0
2	Юрак электр ўқини аниқлаш	10	0
3	Юрак позициясини топиш	10	0
4	P тишчанинг, PQ-интервал, QRS комплекс давомийлигини аниқлаш	10	0
5	ST сегмент ва T тишча жойлашишини баҳолаш	15	0
6	ЭКГда ўзгаришларга хулоса бериш	40	0
	ЖАМИ	100	0

2. Артериал қон босимини ўлчаш

Мақсад: Дерматомиозит (полимиозит) касаллиги тизимли касаллик бўлганлиги сабабли беморнинг юрак-қон томир тизимида, буйракларида патологик ўзгаришлар кузатилади ва бу ҳолат қон босими ошиши (кўп ҳолларда) ёки тушишиши билан характерланади. Шу сабабли бу нозологияда ҳам қон босимини ўлчаш амалий аҳамиятга эга.

Бажариладиган этаплар (поғоналар):

№	Тадбирлар	Тўлиқ бажарди	Бажара олмади
1	Пациент тирсаги юрак сатҳида жойлашиши зарур, сфигмоманометр манжетаси елканинг ўрта учдан бир қисмига қўйилади	10	0
2	Манжетанинг пастки чети тирсакдан 2,5-3 см юқори жойлашган бўлиши лозим.	10	0
3	Манжета ва пациент қўли орасида битта бармоқ сиғадиган жой қолиши керак.	10	0
4	Тирсак чуқурчасида пульсацияланиб турган а.Brachialis ни топиб, устига босмасдан айни вақтда зич қилиб стетоскопни қўйилади.	10	0
5	Билак артериясида пульс йўқолгунича манжетага ҳаво юборилади.	10	0
6	Кейин манжетадаги ҳаво ҳар бир юрак уришигда 2 мм.сим.уст. тезлигида чиқарила бошланади.	10	0
7	Дастлабки тон пайдо бўлишида манометр кўрсаткичи қайд қилинади, бу систолик босимни кўрсатади.	10	0
8	Манжетада босим камайтириб борилади, дастлаб тонлар кучаяди, кейинчалик сусая боради.	10	0
9	Тонлар йўқолганда ёки кучли сусайганида	10	0

	манометр кўрсаткичи қайд этилади, бу диастолик босимни кўрсатади.		
10	Қон босимини ўлчаш 3 марта қайтарилади. Кўрсаткичларнинг энг ками – ишончлиси ҳисобланади.	10	0
	ЖАМИ	100	0

6. Машғулотда қўлланиладиган интерфаол усуллар сценарийси

Машғулотнинг назарий қисмида талабаларнинг билими анъанавий сўров ва интерактив ўқитишнинг “аклий ҳужум”, “муаммонинг ечими”, “ким кўпроқ? ким чаққон?”, “графикли органайзерлар” усуллари, ассесмент техникаси орқали аниқланади. Шунингдек, мавзуга бағишланган видеоролик ва компьютер презентацияси тақдиротидан фойдаланиш мумкин.

1. “Муаммонинг ечими” иш ўйинини ўтказиш усули.

Иш учун зарур:

1. Алоҳида варақда чоп этилган топшириқ вариантлари ва вазиятли масалалар тўплами.
2. Ҳар бир кичик гуруҳдаги талабалар сонига қараб, қуръа ташлаш учун сонлар.
3. Тоза қоғоз варақлари, ручкалар.

Ишнинг бориш тартиби:

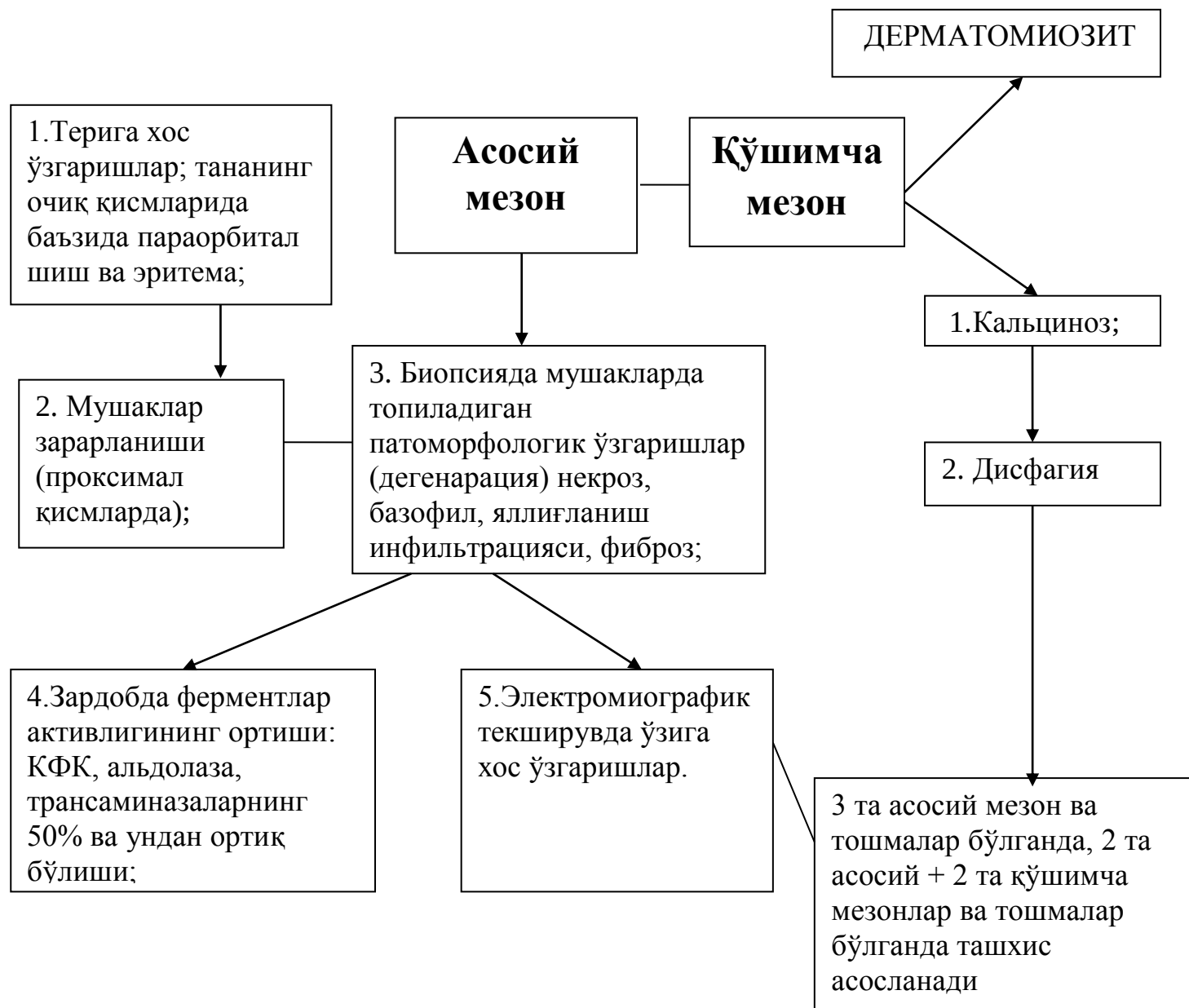
1. Гуруҳдаги барча талабалар қуръа ташлаш йўли билан ҳар бирида 3 (2) талабадан бўлган 3 (4) кичик гуруҳга бўлинади.
2. Ҳар бир кичик гуруҳ алоҳида стол атрофига ўтиради, қоғоз варағи ва ручка тайёрлайди.
3. Варақда сана, гуруҳ сони, факультет, мазкур кичик гуруҳ иштирокчи – талабаларининг исми, фамилияси ва иш ўйинининг номи ёзилади.
4. Кичик гуруҳлар иштирокчиларидан бири конвертдан топшириқ вариантыни олади ва бу топшириқ барча кичик гуруҳлар учун қўлланилади.
5. Ҳар бир кичик гуруҳ талабаларидан бири вараққа топшириқни кўчириб оладилар

6. Кичик гуруҳнинг ҳамма талабалари биргаликда топшириқни муҳокама қиладилар, сўнг улардан бири унинг ечимини ёзади
7. Топшириқ ечимига 15 дақиқа вақт ажратилади
8. Ўқитувчи ишнинг боришини кузатиб боради
9. Вақт тугагандан сўнг ишлар ўқитувчига топширилади.
10. Ўйиннинг барча иштирокчилари натижаларни муҳокама қиладилар, энг тўғри бўлган ечимни танлайдилар ва унга максимал балл қўйилади.
11. Муҳокамага 15 дақиқа ажратилади
12. Талабалар жавоб учун баллни машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган рейтингдан оладилар.
13. Энг тўғри жавоб берган кичик гуруҳ машғулотнинг назарий қисми учун ажратилган максимал баллдан – 100% ни, 2чи ўрин олган кичик гуруҳ рейтингнинг 80% ни, 3чи кичик гуруҳ рейтингнинг – 60% ни, 4-ўринни олган гуруҳ эса 40% ни олади.
14. Жавоб варақларида ўқитувчи балларни ва ўзининг имзосини қўяди.
15. Талабалар томонидан олинган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишда эътиборга олинади.
16. Жарийданинг пастки бўш қисмида иш ўйинининг ўтказилганлиги ҳақида белгиланади ва гуруҳ сардори имзо қўяди.
17. Талабаларнинг ишлари ўқитувчида сақланади.

Иш ўйини саволлари:

1. Дерматомиозит (полимиозит) этиологияси, таснифи, типлари
2. Дерматомиозит (полимиозит) патогенези, клиникаси
3. Дерматомиозит (полимиозит)нинг лаборатор-инструментал диагностикаси, ташхисий мезонлари
4. Дерматомиозит (полимиозит)ни даволаш.

ДЕРМАТОМИОЗИТНИНГ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ:
ПИРАМИДА ДИАГРАММАСИ



ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Венн диаграммаси усули

Венн диаграммаси усули икки ва ундан ортиқ айланалар кўринишидаги график органайзерлар бўлиб, клиник кафедраларда мавзу ўтилатганида касалликларни қиёсий ташхислашда самарали қўлланиладиган педагогик технологиялардан биридир.



SWOT-АНАЛИЗ

Strengths – кучли томонлари, **weaknesses** – кучсиз томонлари, **opportunities** – имкониятлари, **threats** – хавф

SWOT- анализ – бу шундай методки, бунда масалан, бирон бир касалликни талабларга тушунтирилатганда, масалага турли томонлардан ёндошишни кўрсатади. Масалан, дерматомиозит касаллигининг асосий давоси, бу – стероид гормонлар билан даволашдир. Демак, талабалар, беморни ГКС лар билан даволаганимизда қандай самарага эришамиз, қандай қарши кўрсатма ва ножўя таъсирлари бўлиши мумкинлигини тўлиқ билиб оладилар. Бу усул тиббиётда диагностика усуллари хамда даволаш усуллари танлашда самарали қўлланиладиган график органайзерлардан.



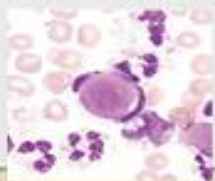
Ассесмент техникаси

Ушбу техника баҳолаш методи ичида усул сифатида қўлланилади. Техника – моҳирлик, усталлик деган маънони билдиради. Демак, талабалар ўз билим кўникма, малакаларини моҳирлик билан синаб, ўз ўзларини баҳолашлари, бир синовдан ўтишлари мумкин.

Ассесмент (ингл. “assessment” – баҳо) ўз-ўзини тақдимот қилиш, маълум бир синовдан ўтиш деб белгиланади.

Усулнинг мақсади. Тингловчиларнинг машғулотда ўтилган мавзуни эгаллаганлиги бўйича таянч тушунчаларни ўзлаштириб олганлик даражаларини аниқлаш, мустақил равишда ўзларининг билим даражаларини баҳолаш, шунингдек, ўз билимларини бир тизимга солишга ўргатиш.

Усулнинг қўлланилиши. Ўқув машғулотларининг барча турларида (дарс бошланишида ёки дарс охирида ёки ўқув предметининг бирон-бир бўлими тугалланганида) ўтилган мавзуни ўзлаштирилганлик даражасини баҳолаш, такрорлаш, мустаҳкамлаш ёки оралиқ ва якуний назорат ўтказиш учун, шунингдек, янги мавзуни бошлашдан олдин тингловчиларнинг билимларини текшириб олиш, малака оширишга келган тингловчиларнинг дастлабки билимларини, кўникма, малакаларини аниқлаб олиш учун мўлжалланган. Ушбу усулни машғулот жараёнида ёки машғулотнинг бир қисмида яқка тартибда ташкил этиш мумкин.

 “Assessment”	
Тест 1. Қайси касалликда Готрон белгиси кузатилади? а) Тизимли склеродермия б) Тизимли қизил бўрича в) Ревматоид артрит д) Дерматомиозит	Муаммоли вазият 60 ёшли бемор аёл қўл-оёқ мускулларда оғриқ ва қувватсизликка, тана ҳароратининг ошишига, артралгияга шикоят қилди. Қўрик маҳали мускуллар ҳажми ката, оғриқли. Юз ва бўйин соҳаларида эритематоз ўзгаришлар, параорбитал шиш аниқланди. Бемор қўлини ва оёғини кўтара олмайди. Сизнинг ташхисингиз?
Тушунча таҳлил: Антинуклеар антитана (АНА) – бу..... 	Амалий кўникма Теридаги ўзгаришлар қайси касалликка хос? 

«Вазиятли масалалар ечиш» усули сценарийси

Бу усул амалий машғулотларнинг барчасида кенг қўлланилади. Бунда ўқитувчи машғулотлар бўйича тузилган масалалардан фойдаланади. Вазиятли масалаларни ечиш мобайнида фикрлаш қобилияти, вазиятларга ижодий ва амалий қай даражада ёндошиши яна бир бор назорат қилинади. Бу усул талабаларнинг ўз билимларидан оптимал фойдаланган ҳолда тўғри хулоса чиқариш имкониятини кенгайтиради.

Дерматомиозит мавзуси бўйича вазиятли масалалар:

1-масала. Bemor CH , 45 yosh. Sotuvchi. Qorin sohasida kuchli og'riq, tana haroratining 38 C gacha kotarilishi, oyoqlarda kuchli og'riq va holsizlik kabi shikoyatlari bilan gnekologiya bo'limiga olib kelishdi. Bemorda piosalpingitga shubha qilinib laparotomiya o'tkazildi, lekin shubha tasdiqlanmadi. Bemorda antibakterial terapiya o'tkazilayotganiga qaramay, isitmalash davom etmoqda. Jarrohlik amaliyotidan 5 kun o'tib terapevt chaqirildi, chunki bemorning boldir sohasida shish va qattiqlashish, oyoqlarda holsizlik, yurishga qiynalish, yuzida shishlar paydo bo'ldi. Obektiv: ahvoli o'rtacha og'irlikda. Yuzida : periorbital sohada och pushti rangli shish, oyoq mushaklari palpatsiyada og'riqli, qovurg'a sohasida qattiqlashish bor, bo'g'imlar o'zgarishsiz. Tili nam, oq karash bilan qoplangan. O'pkada vezikulyar nafas.Yurak tonlari ritmik, 112 ta 1 min. A/D 100/70 mm.sim.ust. qorin yumshoq , og'riqsiz, jigar qovurg'a yoyida 2 sm

tashqarida.taloq paypaslanamaydi. Oyoqlarda dimlanish. UQT: Er – 3,7x 10*12/l, Hb- 112 g/l, Ley- 12 x10*9/l, e-40, P-4, s-34, Limf 20, M-2, ECHT-35 mm/s.RK 0,87.

Savol:

1. Taxminiy tashxisingiz.
2. Tekshiruv rejasi.
3. Qanday korreksiyalovchi davo o'tkazilishi lozim.?
4. Bu bemor qayerda davolanishi lozim?

Javob:

1. Dermatomiozit, o'tkir kechishi , aktivligi II
2. Mushak biopsiyasi, elektromiografiya, qonda kreatinfosfokinaza oqsil fraksiyalari
3. Antibiotikni to'xtatish, peroral prednizalon 60 mg/s berish,kaliy preparativa antiasidlar, metotreksat 7,5 mg/haftada
4. Davoni revmatologiya bo'limida davom ettirish.

2-масала. 60 ёшли бемор аёл қўл-оёқ мускулларда оғриқ ва қувватсизликка, тана ҳароратининг ошишига, артралгияга шикоят қилди. Кўрик маҳали мускуллар ҳажми ката, оғриқли. Юз ва бўйин соҳаларида эритематоз ўзгаришлар, параорбитал шиш аниқланди. Бемор қўлини ва оёғини кўтара олмайди.

Савол:

1. Клиник ташхис қўйинг.
2. Қайси касалликлардан фарқлаш лозим?
3. Даволаш режаси.

Жавоб:

1. Бирламчи дерматомиозит, ўсма табиатли эканини инкор этиш керак.
2. Системали қизил волчанка, системали склеродермия, полимиозит.
3. Преднизолон суткасига 60-80 мг кам эмас.

3- масала. Bemor K, yutish qiyinligiga suyuq ovqatlarni ichayotganda burun orqali qaytib chiqishiga shikoyat bildiradi. Ovozida burun ohangi mavjud.

Savol:

1. Sizning taxminiy tashxisingiz?
- 2.Ushbu tashxisni asoslash uchun qanday qonda nimani aniqlash lozim?

Javob:

1. Dermatomiozit
2. Kreatinfosfokinaza

4-масала. Bemor T, mushaklardagi og'riq va holsizlikka shikoyat qilib keldi. Mushaklar palpatsiyasida- zichlashgan, hajmi kattalashgan.Yuzning

mimika muskullari niqobsimon ko'rinishda. Tahlil natijalari: ECHT oshgan, giper- α - globulinemiya, fibrinogen miqdori oshgan va C-reaktiv oqsil. ALT va AST oshgan.

Savol:

1. Sizning taxminiy tashxisingiz?
2. Ushbu tashxisni asoslash uchun qaysi tekshiruv ko'proq ma'lumot beradi?

Javob:

1. Dermatomiozit
2. Teri biopsiyasi

5- масала. Bemor T 55 yoshda, shikoyatlari: harakatda mushaklarda og'riq, rivojlanib boruvchi holsizlik. Bemor zinadan ko'tarila olmaydi va oyda turishga qiynaladi. Obektiv; kaft bo'imlarida shishi, qizarish va harakat cheklanishi mavjud.

Savol:

1. Taxminiy tashxis?
2. Diagnostika?
3. Davolash?

Javob:

1. Polimiozit
2. Elektromiografiya, mushak tolalarida biopsiya olish va gistologik tekshiruv,
3. GKS (prednizalon 60 mg/sut), immunodepressant (metotreksat)

7. ТЕСТ САВОЛЛАРИ:

1. Дерматомиозит-полимиозит этиологик омилли бўлиб ҳисобланади?
 - пикарновирал инфекцияси
 - Коксаки вирус инфекцияси
 - Организмда ўсма жараёни
 - + Юқоридагиларнинг барчаси
 - тўғри жавоб йўқ
2. Дерматомиозит-полимиозит касаллигига олиб келувчи шароитлар?
 - HLA B8 гистомувофиқлик антигени бўлиши
 - DR3 гистомувофиқлик антигени бўлиши
 - қарияларда клиник латент ўсма жараёни
 - + ҳамма шароитлар
 - ҳеч бир шароит эмас

3. Дерматомиозит-полимиозитга қайси клиник кечиш шакллари хос?

- + латент
- ўткир
- ўткир ости
- сурункали
- юқоридаги барча клиник шакллар хос

4. Қайси белгилар дерматомиозит-полимиозит ўткир бошланиши учун хос эмас?

- тана ҳароратининг $39-40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши
- ўткир оғриқлар, мушаклар кучсизлиги
- артралгия, артрит
- тери эритемаси
- + геморрагик тошмлар

5. Дерматомиозит-полимиозитнинг ўткир шаклида ҳаётнинг давомийлиги?

- 2 ойгача
- + 3-6 ой.
- 7-12 ой.
- 2-5 йил.
- 6 йилдан кўп.

6. Қайси белгилар дерматомиозит-полимиозитнинг ўткир ости шакли учун характерли?

- касаллик бошланишида миалгия, артралгиялар секин-аста пайдо бўлади
- касаллик бошланиши эсда қоладиган бўлмаслиги
- + тана ҳароратининг 39°C гача кўтарилиши
- қуёш инсоляциясидан кейин юзда, кўкрак кафаси очиқ қисмларида эритема пайдо бўлади
- касаллик клиникаси тўлиқ намоён бўлиши ва ўлим 1-2 йилдан кейин содир бўлади

7. Дерматомиозит-полимиозит сурункали шакли учун хос эмас:

- хавфсиз кечиши
- циклик кечиши
- мушакларнинг кам ифодаланган атрофик ўзгаришлари
- теридаги локал атрофик ўзгаришлар
- + тана ҳароратининг 37°C дан $37,5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши

8. Қайси белгилар дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморларнинг мушак зарарланиши учун хос эмас:

- ривожланиб борувчи холсизлик
 - қўл ва оёқ дистал мушакларининг зарарланиши
 - миалгия
 - барчаси тўғри.
- + ҳеч бири хос эмас

9. Дерматомиозит учун қайси зарарланишлар хос?

- миопатия
 - тери зарарланиши
 - артропатия
 - васкулит
- + барчаси тўғри

10. Дерматомиозит-полимиозитли беморларда қайси мушаклар биринчи ўринда зарарланади?

- кўзни ҳаракатлантирувчи
- + қўл ва оёқ проксимал мушаклари
- қўл ва оёқ дистал мушаклари
 - барча кўрсатилганлар
 - кузатилганларнинг ҳеч бири эмас

11. Дерматомиозит-полимиозит учун қайси тери зарарланиши хос эмас?

- фотодерматит – терининг очик соҳаларини қуёш нурларига сезгирлиги
 - периорбитал шиш, кўзойнак шаклидаги юз териси эритемаси
 - юз терисининг “капалак” кўринишида ёки кўкракнинг «декольте» шаклидаги эритемаси
 - кўнғир қизил рангдаги кипикланувчи атрофик эритема ёки қўл кафт букулувчи соҳаси терисидаги худди шундай доғлар (Готрон белгиси)
- + терининг суяк усти пардаси ва мушак пайлари билан бирикиб ўсиши

12. Дерматомиозит-полимиозит учун қайси тери зарарланиши хос эмас?

- тирсак ва тизза букилувчи соҳа териларида эритема
 - кафт терисининг қизариши ва кипикланиши («механик қўллари»)
 - телеангиоэктазиялар
- + барчаси тўғри
- барчаси нотўғри

13. Дерматомиозит-полимиозит учун қайси бўғим зарарланиши хос эмас?

- артралгиялар
- + кафт майда бўғимлари симметрик эрозив артрити
- тирсак, елка, тизза, болдир-товон бўғимлари нозрозив артрити
- барчаси тўғри
- барчаси нотўғри

14. Қайси ҳолатларда дерматомиозит-полимиозит билан оғригиган беморларда мушакларда ўчоқли кальциноз пайдо бўлади?

- қари беморларда паранеопластик синдром билан
- + ёш беморларда ювенил дерматополимиозит билан
- мушакларни травма оқибатида шикастланишидан кейин
- барчаси тўғри
- барчаси нотўғри

15. Дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморларда майда томирлар иммун васкулити қайси синдром кўринишида намоён бўлади?

- Шегрен синдроми
- + Рейно синдроми
- Лайелла синдроми
- Шенлен-Генох синдроми
- Фелти синдроми

16. Дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморларда юракнинг қандай зарарланиши хос эмас?

- миокардит
- миокард фибрози
- + гипертрофик кардиомиопатия
- дилатацион кардиомиопатия
- юрак ритми ва ўтказувчанлигининг оғир бузилишлари

17. Дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморларда ўпка зарарланиши ҳақида қайси белгилар гувоҳлик беради?

- нопродуктив йўтал
- диффуз цианоз
- ҳансираш
- + барчаси тўғри
- барчаси нотўғри

18. Дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморларда қон биохимик анализида қандай ўзгаришлар бўлади?

- миоглобин миқдорининг ошиши
- креатинин миқдорининг ошиши
- сийдик кислота миқдорининг ошиши
- + холестерин миқдорининг ошиши
- барчаси хос

19. Дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморлар организмида иммуняллиғланишли фиброзжарённи тўхтатиш учун қайси препаратлар қўлланилади?

- глюкокортикоидлар (преднизолон, метилпреднизолон)
- иммунодепрессантлар (азотиоприн, метотрексат, циклофосфан)
- аминокхинолин унумлари (делагил, плаквенил)
- + барча кузатилган гуруҳлар
- юқоридаги препаратлар касалликни даволашда қўлланилмайди

20. Қайси даволаш усули дерматомиозит-полимиозит билан оғриган беморлар қонида иммункомплекслар миқдорини камайтиради

- + плазмаферез
- глюкокортикоидлар
- иммунодепрессантлар билан даволаш
- аминокхинолин препаратлари билан даволаш
- ностероид яллиғланишга қарши препаратлар билан даволаш

8. Ўзлаштирилган мавзунини назорат қилиш учун саволлар:

1. Дерматомиозит (полимиозит)нинг этиологияси
2. Дерматомиозит (полимиозит)нинг таснифи, типлари
3. Дерматомиозит (полимиозит)нинг патогенези
4. Дерматомиозит (полимиозит)нинг клиникаси
5. Дерматомиозит (полимиозит)нинг диагностикаси
6. Дерматомиозит (полимиозит)нинг диагностик мезонлари
7. Дерматомиозит (полимиозит)нинг қиёсий ташхиси
8. Даволаш: асосий гуруҳ препаратлари
9. Физиомуолажа ва санатор-курорт даво
10. Касалликнинг оқибати ва профилактикаси

9. КЎРГАЗМАЛИ МАТЕРИАЛЛАР:

Мавзуга хос беморлар ёки ихтиёрий беморлар, касаллик тарихлари, ролли ўйин сценарийлари, графикли органайзерлар, мавзу бўйича видеофильм, компьютер презентацияси.

10.ТАРҚАТМА МАТЕРИАЛЛАР

Умумий қон, умумий сийдик, қоннинг биохимик текширув натижалари, рентгенограммалар, рецептлар, вазиятли масалалар, тест саволлари.

11.Тавсия этиладиган адабиётлар:

Асосийлари:

1. Ш.Мирзиёев: Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. Ўзбекистон. Тошкент 2016 йил. 56 бет.
2. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги ПҚ 2909-сон «Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чоратадбирлари тўғрисида»ги Қарори.
3. Насонова Е.Л. Ревматология: Клинические рекомендации 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР - Медиа М. 2010.- 752 стр.
4. Гадаев А.Г. “Ички касалликлар” Тошкент, 2016. Дарслик.

Қўшимча адабиётлар:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine-19 th Edition – 2015/
2. Гадаев А.Г. “Ички касалликлар” Тошкент, Т: Турон Замин Зиё, 2014. Дарслик.
3. Окроков А.Н. Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Москва 2009г.

Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш ва назорат қилиш мезонлари

Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш, клиник кафедра бўлганлиги сабабли, 40:60 нисбатда олиб борилади.

№	Назарий билимни баҳолаш	Максимал балл, %	Амалий кўникма ишларини баҳолаш	Максимал балл, %
1.	Мавзу бўйича конспект ёзиш	5	Амалий кўникмага оид кўрсатмаларни белгилаш, бажарилиш соҳасини аниқлаш, бажариш учун зарур бўлган лаборатор асбоб ва анжомларни танлаш	10
2.	Мавзу бўйича назарий билимни баҳолаш	15	Амалий кўникманинг қадамма-қадам босқичларини айтиб бериш	10
3.	Тест топшириқларини тўғри ечиш	5	Беморлар курацияси	20
4.	Вазиятли масалаларни тўғри ечиш	5	Касаллик тарихини ёзиш	20
5.	Мавзу бўйича ТМИ топшириғини бажариш	10		
	Жами	40 балл		60 балл
		100 балл		

	Рейтинг баҳолаш турлари	Максимал балл	Ўтказиш муддати
	Жорий назорат:	50 (100)	Цикл давомида
	Мунтазам равишда конспект юритиш учун	5	
	Маъруза ва амалий машғулотларда фаоллиги, саволларга тўғри жавоб берганлиги, мавзу бўйича вазиятли масалаларни ечиш, тест саволларига тўлиқ ва тўғри жавоб бериш	25	
	Мустақил иш учун	10	
	Мавзу бўйича беморларни мустақил курация қилиш лаборатор-инструментал текширувлар натижаларини таҳлил ва талқин қилиш, қиёсий ташхислаш, ташхисни шакллантириш, даво тайинлаш;	20	
	Курация натижалари асосида касаллик тарихи ёзиш;	20	
	Амалий кўникмаларни бажариш	20	
	Оралик назорат	20	Циклнинг 11-куни 19-куни
	Оралик назорат модулнинг маълум бир қисми ўтилгач топширилади. Талаба кафедрада олдиндан тайёрланган билет топшириқларидан бирини		

	олади ва ундаги 3 та саволга оғзаки жавоб беради ва 100 баллик системада баҳоланади (профессор ва доцентлар томонидан қабул қилинади)		
	• Якуний назорат	30	
	Ёзма иш (тест). ОСКИ усулидаги ЯН да талаба 10 та станциядан иборат топшириққа ёзма равишда жавоб беради. 100 баллик системада баҳоланади.	15	Циклнинг охирги куни
	Талабалар фан бўйича тест имтихонини фанни тугатгач, ўқув бўлими томонидан белгиланган жадвал асосида топширишади	15	Ўқув бўлими томонидан белгиланган кунда
	ЖАМИ	100	

Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

Баҳолаш усуллари	Экспресс тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар
Баҳолаш мезонлари	86-100 балл «аъло» - мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштири олиш; - мавзу бўйича ўз фикрини тўлиқ баён этиш, барча берилган саволларга тўлиқ тўғри жавоб бериш, таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳокама қилишда фаол қатнашиш; - мавзу бўйича беморларни мустақил курация қилиш, лаборатор-инструментал текширувлар натижаларини

	таҳлил ва талқин қилиш, қиёсий ташхислаш, ташхисни шакллантириш, даво тайинлаш; - курация натижалари асосида касаллик тарихини ёзиш; - мавзу бўйича вазиятли масалаларни ечиш, тест саволларига тўлиқ ва тўғри жавоб бериш; - эркин тасаввурга эга бўлиб, керак бўлганда ўқитувчи билан ўз фикрини алмашиш. 71-85 балл «яхши» - мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; - мавзу бўйича ўз фикрини етарли баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш, - таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзуни муҳокама қилишда қатнашиш; - мавзу бўйича беморларни курация қилиш, лаборатор-инструментал текширувлар натижаларини таҳлил ва талқин қилиш, қиёсий ташхислаш, ташхисни шакллантириш, даво тайинлашда иштирок этиш; - курация натижалари асосида касаллик тарихини ёзиш; - берилган уй вазифаси мавзуси бўйича аниқ тасаввурга эга бўлиш. 55-70 балл қониқарли» -мавзу бўйича ўз фикрини баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - аудиторияда мавзуни муҳокама қилишда қатнашиш; - мавзу бўйича беморларни курация қилиш, лаборатор-инструментал текширувлар натижаларини таҳлил ва талқин қилиш, қиёсий ташхислаш, ташхисни шакллантириш, даво тайинлашда иштирок этиш; - курация натижалари асосида касаллик тарихини ўқитувчи ёрдамида ёзиш; - берилган уй вазифасини мавзуси бўйича тасаввурга эга бўлиш.
--	---

	0-54 балл “қониқарсиз” - мавзу бўйича ўз фикрини баён этолмаслик, берилган саволларга жавоб беролмаслик; - аудиторияда мавзунини муҳокама қилишда қатнашмаслик; - мавзу бўйича беморларни курация қилиш, лаборатор-инструментал натижаларини таҳлил ва талқин қилиш, қиёсий ташхислаш, ташхисни шакллантириш, даво тайинлашда иштирок этмаслик; - курация натижалари асосида касаллик тарихини ўқитувчи ёрдамида ёзиш; - берилган уй вазифаси мавзуси бўйича тасаввурга эга эмаслик.
--	--