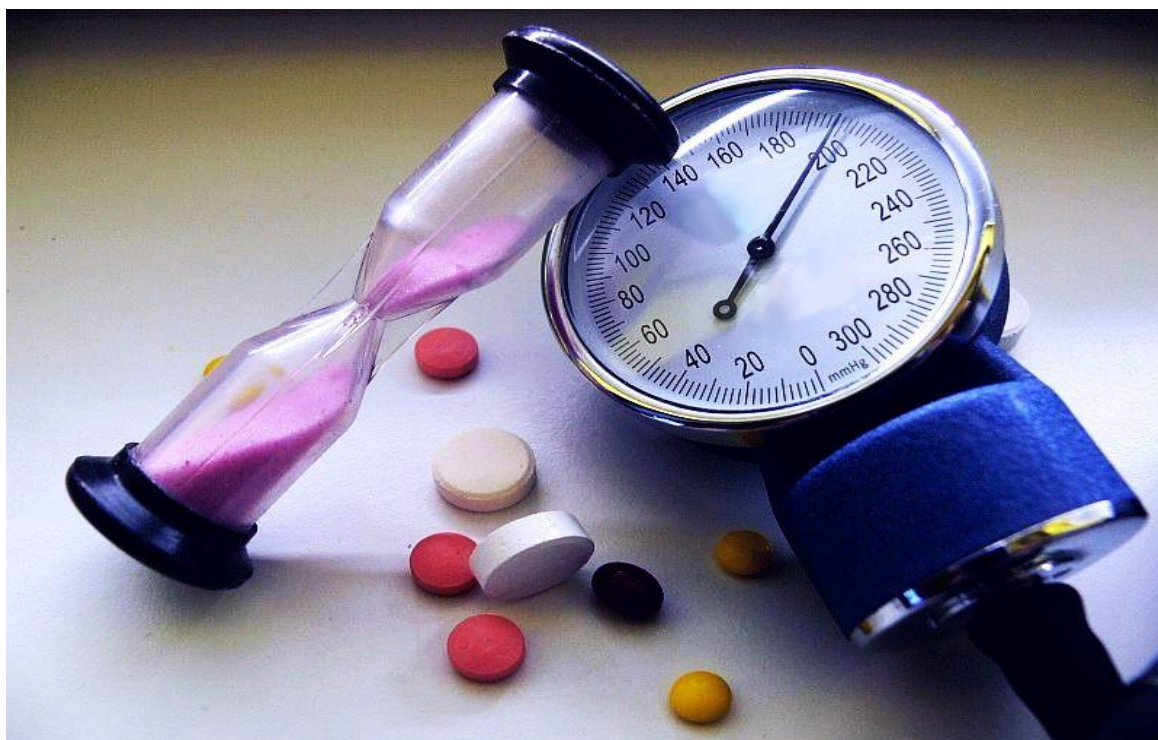


Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3
KURS TALABALARI UCHUN ICHKI KASALLIKLAR
PROPEDEVTIKASI FANIDAN 2019-20 UKUV ЙИЛИ UCHUN
O'QUV-USLUBIY MAJMUA



BUXORO-2019

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro tibbiyot instituti

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası

«Tasdiqlayman »

O'quv ishlari prorektori

T.f.n. dots. _G. J. Jarilkasinova

____. _____2019 y.

DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3
KURS TALABALARI UCHUN ICHKI KASALLIKLAR
PROPEDEVTIKASI FANIDAN 2019-20 UKUV ЙИЛИ UCHUN
O'QUV-USLUBIY MAJMUA

BUXORO-2019

O'zbekiston Respublikasi Oliy va O'rta Maxsus Talim Vazirligi Abu Ali
ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute Ichki kasalliklar
propedevtikasi kafedrası

Bilim sohasi	500000	-Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot
Ta'lim sohasi	510000	-Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi	5510100	-Davolash ishi
	5111000	-Kasb talimi
	5510200	-Pediatriya

Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası
mudiri, t.f.n. dots.

Bobojonova Z.H.

Tuzuvchi:

Narziyev Sh.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası katta
o'qituvchisi, t.f.n.

Taqrizchilar:

Nurboyev F.E. Xalq tabobati va fizioterapiya kafedrası dotsenti t.f.d.

Nurov U.I. LOR va oftalmologiya kafedrası mudiri t.f.n. dotsent

Buxoro Tibbiyot instituti ilmiy metodik kengashining
2019 yilgi №_2__ sonli yig'ilishida ko'rib childi

Mundarija

Annotatsiya.....	5
Fanning silabusi.....	6
Ichki kasalliklar propedevtika fanining o'quv dasturi.....	9
Ishchi o'quv dasturi.....	26
Марузалар	46
Tarqatma materiallar. Assesmentlar? testlar.....	161
Мавзуларга оид масалалар.....	192
Amaliy mashg'ulot materiallari	203
Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi	363
Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi	386
Mustaqil talim mavzulari.....	397
Glossariy.....	401
Baholash mezonlari	444
Foydalanilgan adabiyotlarro'yxati	451

Annotatsiya

Ushbu o'quv uslubiy majmua 3 kurs davolash, tibbiy pedagogika, pediatriya va tibbiy profilaktika fakultetlari talabalari foydalanishi uchun mo'ljallangan bo'lib, namunaviy dastur asosida tuzilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmua Bilim sohasi 500000 -Sog'liqni saqlash va ijtimoiy taminot, Ta'lim sohasi 510000 - Sog'liqni saqlash, Ta'lim yo'nalishi 5510100 -Davolash ishim, 5111000 - Kasb talimi, 5510200 -Pediatriya, 5111000- tibbiy profilaktika ta'lim yo'nalishlariga mos keladi. Mazkur o'quv uslubiy majmuada namunaviy dasturda aks ettirilgan barcha maruzalarning to'liq matni yoritilgan. Majmua ovqat hazm qilish tizimi, siydik ajratish tizimi, endokrin tizimi, qonkasalliklari va qon yaratish tizimi, suyak mushak va biriktiruvchi to'qima kasalliklari hamda allergozlar kabi kasalliklar mavzulari yoritilgan. Maskur majmuada amaliy mashg'ulotlarni sifatli o'tkazish va talabalarni mustaqil ravishda tayorlanishi va echishlari uchun mavzular yuzasidan assesmentlar (ikki test, tushuncha tahlil, vaziyatli masali va amaliy ko'nikmadan tashkil topgan), barcha mavzular bo'yicha tuzilgan testlar (murakkab testlar ham mavjud) hamda muammolili masalalar (zanjirband savollardan tashkil topgan) ham o'rin olgan. Ushbu majmuada talabalar o'qishlari uchn barcha amaliy mashg'ulot mavzular matnlari yoritilgan va mavzular yuzasidan savollar ham aks ettirilgan. Amaliy mashg'ulotlarni o'tkazish uchun amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi mukammal yoritilgan. Ushbu o'quv uslubiy majmuada talabalar amaliy ko'nikmalarini bajarib, o'rganishlari uchun barcha mavzular yuzasidan amaliy ko'nikmalarini qadamma-qadam bajarish texnikalari keltirilgan. Talabalar mustaqil ishlarga tayorlanishlari uchun, mavzular yuzasidan savollar keltirilgan. Majmuaning glossariy qismida tibbiyot terminologiyalari va ular to'g'risida tushuncha berib o'tilgan.

O'ylaymizki, ushbu o'quv uslubiy majmua talabalar foydalanishlari uchun qulay bo'lib, ular etarlicha bilim oladilar degan fikrdamiz.

« Ichki Kasalliklar Propedevtikasi »
Fanning 2019/2020 o‘quv yili uchun mo‘ljallangan
SILLABUSI

Fanning qisqacha tavsifi			
OTMning nomi va joylashgan manzili:	Buxoro tibbiyot instituti		Navoiy ko‘chasi. 1
Kafedra:	Ichki kasalliklar propedevtikasi va klinik farmakologiya		“ tibbiy pedagogika va OHI” fakulteti tarkibida
Ta’lim sohasi va yo‘nalishi:	510000 – “Sog‘liqni saqlash” ta’lim sohasi 55107100- “Ta’lim yo‘nalishi”	Davolash ishi	
Fanni (kursni) olib boradigan o‘qituvchi to‘g‘risida ma’lumot:	Narziev Shamsiddin Saypilloevich	e-mail:	ikp.uz@mail.ru
Dars vaqti va joyi:	Viloyat Ko‘p tarmoqli tibbiy markaz Kardiologiya va gematologiya bo‘limi 3,4,5	Kursning davomiyligi:	02.09.2019 - .01.02.2020
Individual grafik asosida ishlash vaqti:	_____ kunlari 08.30 dan _____ gacha		
Fanga ajratilgan Soatlar	Auditoriya soatlari		Mustaqil ta’lim:65
	Ma’ruza:	20	Amaliyo t 70
Fanning boshqa fanlar bilan bog‘liqligi (prerekvizitlar):	Odam anatomiyasi, normal fiziologiya, umumiy patologiya, umumiy fiziologiya, hamshiralik ishi nazariyasi, terapiyada hamshiralik ishi, klinik farmakologiya fanlari bilan uzviy bog‘liqdir.		
(postrekvizitlar):	“Ichki Kasalliklar Propedevtikasi”, “Klinik Farmakologiya OXI”		
Fanning mazmuni			

<p>Fanning dolzarbligi va qisqacha mazmuni:</p>	<p>O'quv fanining maqsadi va vazifalari</p> <p>Fanni o'qitishdan maqsad- talabalarni propedevtika fani bo'yicha tanishtirish va vrach deontologiyasi ,yatrogeniya, bemorlarni klinik tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish(so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistemalarni qadamma qadam tekshirishni , sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonunylarini o'rganish, azolarni labarator va instumental tekshirishni va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.</p> <p>Fanning vazifalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talabalarni vrach texnikasi yoki tekshirish usullariga o'rgatish - Sindrom va simptomlarni asosiy qonunyatlarini o'rgatish - Organ va sistemalarni qadamma qadam tekshirishni o'rgatish - Azolarni labarator va instumental tekshirishni va interpretatsiya qilishni o'rgatish - Olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosalarni qo'ya bilish - Ichki kasalliklarni nozologik formalarini savollarini o'rganish - Ichki kasalliklarning asosiy davolash prinsplarini o'rgatish -
<p>Talabalar uchun talablar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O'qituvchiga va guruhdoshlarga nisbatan hurmat bilan munosabatda bo'lish; - Institut ichki tartib-intizom qoidalariga rioya qilish; - Uyali telefonni dars davomida o'chirish; - Berilgan uy vazifasi va mustaqil ish topshiriqlarini o'z vaqtida va sifatli bajarish; - Darsda tibbiy formada bo'lish; - O'quv xonalarining ozodaligini saqlash; - Ko'chirmachilik (plagiat) qat'iy man etiladi; - Darslarga qatnashish majburiy hisoblanadi, dars qoldirilgan holatda qoldirilgan darslar qayta o'zlashtirilishi shart; - Darslarga oldindan tayyorlanib kelish va faol ishtirok etish; - Talaba o'qituvchidan so'ng, dars xonasiga - mashg'ulotga kiritilmaydi; - Amaliy mashg'ulotlarda berilgan topshiriqlar talab darajasida bajarilishi va albomda aks ettirilishi va o'qituvchi imzosi bilan tasdiqlanishi lozim. - Talaba reyting ballidan norozi bo'lsa e'lon qilingan vaqtdan

	boshlab 1 kun mobaynida apellyasiya komissiyasiga murojat qilishi mumkin.
Elektron pochta orqali munosabatlar tartibi	Professor-o‘qituvchi va talaba o‘rtasidagi aloqa elektron pochta orqali ham amalga oshirilishi mumkin, telefon orqali baho masalasi muhokama qilinmaydi, baholash faqatgina institut hududida, ajratilgan xonalarda va dars davomida amalga oshiriladi. Elektron pochta ochish vaqti soat 15.00 dan 20.00 gacha

3. O‘quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O‘quv yuklama miqdorining auditoriya mashg‘ulotlari bo‘yicha taqsimlanishi (soat)				
	Jami	Ma‘ruza	Amaliy mashg‘ulot	Klinik mashg‘ulot	Mustaqil ish
155 TP	20	24	46	65	

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди:

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

№ БД _____

201__ йил “__” _____

201__ йил “__” _____

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

Раздел 1.01

Ф

ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510000	– Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510300	– Тиббий – профилактика иши

Тошкент – 2019

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 20__ йил “__” _____ даги “__” – сонли буйруғининг __-иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги тиббиёт олий ва ўрта махсус касб-хунар таълим муассасалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи кенгашининг 20__ йил “__” _____ даги “__” – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашда маъқулланган, ОЎМТВнинг 201__ йил “__” _____ даги __ -сонли буйруғи билан келишилган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- Набиева Д.А. – ТТА “1-сонли факультет ва госпитал терапия” кафедраси мудири, т.ф.д., доцент
- Пулатова Ш.Б. – ТТА “1-сонли факультет ва госпитал терапия” кафедраси ассистенти.
- Алиева К.К. – ТТА “1-сонли факультет ва госпитал терапия” кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

- Собиров М.О. – Тошкент Давлат стоматология институти 2-сон терапевтик йўналишидаги фанлар кафедра мудири, т.ф.д., доцент.
- Парпибоева Д.А. –Тошкент тиббиёт академияси Ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси доценти

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тавсия қилинган (201__ йил “_____” даги “__”-сонли баённома).

Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурининг асосий мақсадларидан бири тиббиётда ҳар томонлама камол топган юксак маънавиятли шахсни тарбиялаб етиштириш, унинг илмий дунёқарашини шакллантиришдир. Ички касалликлар – кенг тарқалган касалликларнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиник кечиши, лаборатория, асбоб-ускуналар, клиник кўрсатмалар ёрдамида ташхис қўйиш, оқибати, асорати, олдини олиш чоралари, кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда тезкор ёрдам кўрсатиш, мустақил равишда текшириш ўтказиш, ишга лаёқатлилигини билиш, даволаш асосларини ўргатадиган фан бўлиб, умумий амалиёт шифокори-бакалавр мутахассислигига оид тафаккур ва дунёқарашни шакллантиришда катта аҳамиятга эгадир.

Ушбу фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнида қўллаган ҳолда, талабани назарий маълумотидан амалий кўникмаларни бажаришга ўргатиб, орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда қўллашга имкон яратади.

Фанни ўқитиш учун гистология, одам анатомияси, ички касалликлар фанлари назарий замин бўлиб хизмат қилади. Ички касалликлар фани кейинчалик бошқа клиник фанлар учун назарий замин бўлиб хизмат кўрсатади.

II. Ўқув фанининг мақсади ва вазифаси

Ички касалликлар турли вариантларида, шунингдек, баъзи кенг тарқалган касалликларнинг атипик кечишида, кам учрайдиган касалликларнинг типик кечишида ташхисни асослашни, улар асоратлари ва даволаш принципларини ўргатиш кўникмасини шакллантириш.

Дастур ўзида ички касалликлар фанининг турли аспектларини ҳозирги замонда ривожланиш ҳолатини акс эттиради.

Фанни вазифаси:

-ички касалликларнинг этиология, патогенез, таснифи, клиник кўринишлари, асоратлари, кечиши, оқибати, даволаш ва профилактикаси бўйича билимларни такомиллаштириш;

-беморларни анамнез йиғиш, турли системалар бўйича, клиник текшириш бўйича амалий кўникмаларни такомиллаштириш;

-касалликларнинг асосий диагностик мезонларини аниқлай олишни ўргатиш;

- тахминий, клиник диагносларни асослашни ўргатиш;

-беморларни текшириш режасини тузиш, шифокор тактикаси ва даволашни ўргатиш;

-лабаратор ва инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилишни ўргатиш;

-қиёсий таққослаш ва якуний диагнозни асослай билишни ўргатиш

-ички касалликларнинг турлича вариантлари бўйича кечишида

даволашни тавсия эта олиш ва шошилиш холатларда тезкор ёрдам беришни ўргатиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

Талаба:

- ички касалликларда беморларни парваришlash;
- энг кўп тарқалган ички аъзолар касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари, даволаш усуллари;
- текширув ва комплекс даво режасини тузиш;
- асосий тиббий хужжатларни билиш;
- ЭКГ юкламали синама билан; ЭКГ-мониторинг;
- Эхокардиография, доплерография билан;
- Рентгенография, компьютер томография, ядро-магнит резонанс томография, ангиография ва юрак катетеризацияси;
- балғамни бактериологик экиш; Плевра бўшлиғини пункцияси; Бронхография; Spiрография; Брoхoсoпия;
- нажасни бактериологик экиш; нажасни дисбактериозга текшириш; Ошқозон шираси ва дуоденал суюқлик таркибини текшириш; Пункция (бўшлиқлар ва бўғим оралиғи);
- гепатитнинг маркерларини аниқлаш; УТТ; ЭГДФС; Колоноскопия; Биопсия;
- иммунологик текширувлар, РФ, ЦИК;
- пешоб бактериологик экмаси ва антибиотикограмма тўғрисида
- ички касалликларнинг ички аъзолар касалликларини текшириш;
- беморни профессионал сўроқ ва кўрикдан ўтказиш; ЭКГ олиш ва ўқишни билиш; пикфлоуметрия қилиш; мос пархез ва даволаш режасини буюриш; ички аъзолар касалликларига дастлабки ва клиник ташхис қўя **билиши керак**;
- тиббий хужжатлар;
- тана ҳароратини ўлчаш;
- антропометрия: беморнинг бўй узунлигини ўлчаш, беморнинг оғирлигини ўлчаш, беморнинг кўкрак қафаси айланасини аниқлаш.
- кўкрак қафаси пальпацияси;
- ўпканинг таққослама перкуссияси;
- ўпканинг топографик перкуссияси;
- ўпка аускультацияси;
- юрак соҳаси пальпацияси;
- юрак перкуссияси (нисбий бўғиқ чегаралари);
- юрак перкуссияси (мутлок бўғиқ чегаралари);
- юрак аускультацияси;
- артериал қон босимни ўлчаш;
- пульснинг текшириш;
- ЭКГ- олиш усуллари;

- нормал ЭКГ;
- қорин бўшлиғининг юзаки пальпацияси;
- қорин бўшлиғининг чуқур пальпацияси;
- жигар пальпацияси;
- Курлов бўйича жигар перкуссияси;
- буйрак пальпацияси;
- лимфатик тугунлар пальпацияси;
- талок пальпацияси ва перкуссияси;
- анализлар тахлили: балғам, ошқозон шираси, дуоденал йиғиндиси, сийдик, ахлат, умумий қон тахлили;
- бўғилиш ҳуружида ингаляторларни қўллаш;
- бўғилиш ҳуружида биринчи ёрдам кўрсатиш **қўникмаларига эга бўлиши керак.**

- ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолатларда шошинч терапевтик ёрдам кўрсатиш **малакаларига эга бўлиши керак.**

III. Асосий назарий қисм (маъруза машғулотлари)

Беморларни парваришлаш. Ички касалликлар пропедевтикаси.

1-мавзу. Беморларни парваришлаш

Ички табобат илми ва унинг бошқа тиббиёт фанлари қаторидан олган ўрни. Ички касалликлар тўғрисидаги та'лимот тараққиётининг қисқача баёни. Терапевтик мактаблар. Терапевтик беморларни парваришлашнинг аҳамияти ва вазифалари. Беморларни парваришлаш даволаш жараёнининг ажралмас қисми. Беморларни парваришлашда тиббиёт ходимларининг роли. Кичик тиббий ходим ва хамширанинг маънавий ва юридик маъсулияти ва вазифалари. Поликлиника, амбулатория ва шифохона муассасалари, уларнинг тузилиши ва таъминоти. Шифокор деонтологияси ва тиббиёт этикаси.

2-мавзу. Қабулхона фаолияти ва тиббий хужжатлари

Қабулхона фаолияти ва тиббий хужжатлари билан танишиш. Беморни санитар кўриқдан ўтказиш. Антропометрия: бўйи, вазни, кўкрак қафасини айланасининг ,қорин ва бел айланасининг ўлчамларини аниқлаш, Ювинтириш, чўмилтириш, сочиқ билан артиш техникасини билиш. Беморни педикулёзга текшириш ва аниқлангандан сўнг тозалаш усуллари. Беморларни терапевт куригида иштирок этиш. Беморни қон босимини, пульсини текшириш. Беморга тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва тез тиббий синамаларни ўтказиш. Беморни рўйхатга олиш ва касаллик тарихини паспорт қисмини тўлдиришни билиши керак. Юқумли касалликлар аниқланса тезда сигнал варақасини тўлдириш ва тез керакли тадбирларни бажара олиши керак. Беморни бўлимга транспортировка қилиш усуллари билиши керак.

3-мавзу. Терапевтик бўлим фаолияти

Терапевтик бўлим фаолияти билан танишиш. Беморларни парвариш қилишдаги жиҳозлар: туфукдон, тувакларни тозалаш қоидалари. Беморларнинг шахсий гигиенаси. Беморнинг қон тартиби. Оғиз бўшлиғи,

тери, ётоқ яралар, соч, тирноқларни тозалаш. Тана ҳароратини ўлчаш. Гигиеник ванналар, душ, беморларни ювинтириш, артинтириш. Беморларни овқатлантириш. Парҳез таом ҳақида тушунча. Оғир аҳволдаги беморларни овқатлантириш. Қон айланишига таъсир қилувчи тадбирлар: хантал, банка, компресс, грелка, музли халтача. Уларни қўллаш услублари. Нафас аъзолари, юрак, қон-томир, ҳазм қилиш, буйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликларини, оғир ва агонал ҳолатидаги беморларни парваришлаш. Беморларни кузатиш, парваришлаш: қон босимини ўлчаш, пульсини аниқлаш ва санаш, нафас олиш сонини аниқлаш, тана ҳароратини ўлчаш, дориларни тарқатиш, беморларни кийимини ва чойшабини алмаштириш, ётоқ яраларни олдини олиш, ётоқ ҳолдаги беморларни овқатлантириш. Тери ости, мушак ичига ва венага дорилар юбориш техникасини билиш. Беморларни рентген текширувига, ректоромоноскопияга, меъда ва дуоденал зондлашга тайёрлаш, Зимницкий синамаси учун пешоб йиғиш, хукна (тозаловчи, сифон, озиклантирувчи, даволовчи), катетер қўйишни билиш. Даволаш муолажаларида (плеврал пункция, асцитда қорин бўшлиғи пункцияси) врачга ёрдам бериш ва тезкор ёрдам кўрсатиш чораларини қўллай билиш (стенокардия хуружида, астматик ва коматоз ҳолатларда, коллапсда, жигар ва буйрак санчигида ва ҳ. к). Дориларни ёзиш ва сақлаш.

Беморларни парҳез таомлар билан таништириш. Беморларни ички аъзоларини эндоскопик, колоноскопик, ректоромоноскопик, рентгенологик текширувларга тайёрлаш.

4-мавзу. Жонлантириш (реанимация) муолажалари

Оғир ва агонал ҳолатдаги беморларни парвариш қилиш, тез тиббий ёрдам бериш, сунъий нафас (оғиз-оғиз, оғиз-бурун) олдириш усуллари, юракни бевосита уқалаш усуллари, марказий кислород, кислород ёстикчасини қўллаш услублари. Ўлим белгилари. Ўликни саромжонлаш.

5-мавзу. Беморларни физикал текшириш усуллари

Беморнинг илмий-тиббий, юридик баённомаси схемаси: сўраб-суриштириш, асосий ва қўшимча шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихи. Физикал текшириш услублари. Беморларни умумий кўриш: аҳволи, эс-хуши, ҳолати, тана тузилиши, конституцияси, териси ва кўзга кўринадиган шиллик пардалари, тери ости ёғ қавати, лимфа тугунлари, юз ифодаси, кўз, бурун, бўйин, қўл, оёқ, мушак, бўғим, суякни кўриш.

Нафас аъзолари касалликлари тешириш усуллари

Нафас аъзоларини текшириб кўриш усуллари. Шикоятлари, анамнез. Кўкрак қафасини кўздан кечириш: меъерий ва патологик кўкрак қафаслари. Нафас типлари, тезлиги, чуқурлиги ва ритми. Патологик нафас турлари (Грокк, Чейн-Сток, Биот ва Кусмаул) кўкрак қафасини пайпаслаб кўриш. Кўкрак қафасини перкуссия қилиш. Ўпка аускультацияси. Асосий нафас ва патологик нафас шовқинлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш.

6-мавзу. Юрак, қон-томир касалликлари тешириш усуллари

Юрак, қон-томир касалликлари тешириш усуллари. Сўроқлаш. Юракнинг турли касалликларида оғриқли синдроми. Касаллик ва ҳаётий

анамнез. Физикал текшириш усуллари, Функционал текширув усуллари. Юрак аускультацияси. Аускультация тартиби. Юрак тонларининг ҳосил бўллиш механизми. Меъёрий юрак тонларини тавсифлаш. Юрак шовқинлари. Юрак шовқинларини тавсифлаш. Функционал ва органик шовқинлар. Қон-томирларни физикал ва асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Юракни асбоб-ускуналар ёрдамида текшириб кўриш. ЭКГ, ЭКГ – таҳлил қилиш ҳақида тушунча, ФКГ, ЭхоКГ. Юракни рентгенологи текшириш.

7-мавзу. Ҳазм системаси касалликлари тешириш усуллари

Ҳазм аъзолар системаси. Текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Оғиз бушлигини ва қорин соҳасини куриш. Пайпаслаш; юзаки ва чуқур. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Меъда ширасини, нажасни текшириш. Эзогастроуденофиброскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, рентгенологик текшириш. Жигар ва ўт йуллари касалликларини текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сўраб-суриштириш. Физик текшириш услублари: қорин соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Текшириш услуги: дуоденал зондлаш. Жигарнинг функционал синамалари. Радиоизоп текширув. Жигарни сканирлаш. УЗД. Рентгенологик ва иммунологик текширувлар.

8-мавзу. Буйрак ва пешоб ажратувчи системаларни тешириш усуллари

Буйрак ва пешоб ажратувчи системаларни текшириш услуги: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Физик текшириш услублари: буйрак соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Буйракнинг функционал синамалари. УЗД. Радиоизотоп текширув. Рентгенологик текширув.

9-мавзу. Эндокрин ва қон яратувчи аъзолар системаларни тешириш усуллари

Эндокрин системаси касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, қалқонсимон безни пайпаслаш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Умумий модда алмашинувини аниқлаш. Радиоизотоп услубида текшириш. Қон касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, суяк ва лимфа тугунларини пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Қон умумий анализи. Тўш суягини пункция қилиш.

Ички касалликлар

1-мавзу. Крупоз ва ўчоқли зотилжам. Плевритлар.

Ўпка тўқимасининг зичлашиш синдроми: крупоз ва ўчоқли зотилжам. Плевра бўшлиғига суяқлик тўпланиш синдроми. Плевритлар. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Кечиши, маълумоти, оқибати, даволаш. Пневмониялар: ўчоқли ва крупоз. Этиологияси, патогенези,

патологик анатомияси: клиникаси, лаборатор ва асбоб ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Маълумоти, асоратлари, даволаш.

2-мавзу. Бронхитлар: ўткир ва сурункали. Бронх астмаси.

Ўпканинг хаволаниши ортиши синдроми. Бронхитлар. Ўткир ва сурункали бронхитлар. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Кечиши, маълумоти, оқибати, даволаш. Пневмониялар: ўчоқли ва крупоз. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси: клиникаси, лаборатор ва асбоб ускуналар ёрдамида ташхислаш. Дифференциал ташхис. Маълумоти, асоратлари, даволаш.

3-мавзу. ЮИК: Стенокардия.

ЮИК: Стенокардия. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, лаборатор, асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Дифференциал ташхис.

4-мавзу. Миокард инфаркти.

Миокард инфаркти. Миокард инфаркт атипик вариантлари, асоратлари. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, лаборатор, асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Дифференциал ташхис.

5-мавзу. Гипертония касаллиги. Симптоматик артериал гипертония.

Гипертония касаллиги. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Гипертоник кризларнинг асоратлари. Тарифи, таснифи, гипертоник кризларда шошилиш ёрдам. Симптоматик артериал гипертония. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш.

6-мавзу. Юрак мароми бузилиши (аритмиялар).

Юрак ритмининг бузилиши. Аритмиялар таснифи. Синусли тахикардия, синусли аритмия. Синусли брадикардия, пароксизмал тахикардия, титрок аритмия ва блокадалар. Ташхислаш. ЭКГ-мезонлари, даволаш.

7-мавзу. Ўткир ревматик иситма. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги.

Ўткир ревматик иситма. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги.

8-мавзу. Орттирилган юрак нуқсонлари. Юрак митрал ва аортал нуқсонлари.

Орттирилган юрак нуқсонлари. Юрак митрал ва аортал нуқсонлари. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, кечиши, клиникаси, оқибати, даволаш.

9-мавзу. Инфекцион эндокардит.

Инфекцион эндокардит. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси, тасниф мезонлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, кечиши, клиникаси, оқибати, даволаш.

10-мавзу. Гастрит. Колит. Энтерит.

Гастритлар. Ўткир ва сурункали гастритлар. Сурункали колит. Сурункали энтерит. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси, таснифи, ташхислар, дифференциал ташхис, даволаш.

11-мавзу. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги. Этиологияси, патогенези, патологик анатомияси, клиникаси, таснифи, ташхислар, дифференциал ташхис, даволаш.

12-мавзу. Сурункали гепатитлар. Жигар циррози ташхиси.

Сурункали гепатитлар. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис. Даволаш. Профилактикаси.

Жигар циррозлари. Этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис. Даволаш. Профилактикаси.

13-мавзу. Гломерулонефритлар ва пиелонефритлар.

Сурункали буйрак етишмовчилиги ташхиси.

Ўткир ва сурункали пиелонефритлар ва гломерулонефритлар. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Сурункали буйрак етишмовчилиги ташхиси. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

14-мавзу. Темир танқислиги камқонлиги. В 12-фолат кислотаси танқислиги камқонлиги. Лейкоз: ўткир ва сурункали.

Анемиялар. Таснифи, темир-танқислик ва Вит.В-12-фолиев кислота танқислик анемиялари. Этиологияси, патогенези. Клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Қон кетиш сабаблари. Тромбоцитопеник пурпура, гемофилия. Этиологияси, патогенези, клиникаси. Ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Гемобластозлар. Таснифи. Лейкозлар. Ўткир ва сурункали лейкозлар. Этиологияси. Патогенези, клиникаси, ташхислаш, даволаш.

15-мавзу. Қандли диабет. Тарқалган захарли бўқоқ.

Қандли диабет. Этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиникаси, дифференциал ташхис, асорати, даволаш. Баъзи ички касалликларда кузатиладиган шошилич ҳолатлар (коматоз ҳолатлар, гипо, гиперглекемик диабетик комалар, уремик, жигар, бош мия комалари). Клиник кечиши, ташхислаш, тез ёрдам. Тиреотоксикоз. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, дифференциал ташхис, даволаш. Тиреотоксик кризларда шифокор тактикаси.

16-мавзу. Бўғим касалликлари: Ревматоидли артрит. Остеоартроз.

Ревматоидли артрит. Этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиникаси, дифференциал ташхис, асорати, даволаш. Остеоартроз. Этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиникаси, дифференциал ташхис, асорати, даволаш.

17-мавзу. Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари: ТҚБ. ССД.

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (БТДК): тизимли қизил бўрича, Системали склеродермия. Этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхислаш, ташхис мезонлари, дифференциал ташхис, даволаш.

18-мавзу. Аллергик касалликлар.

Ўткир аллергия реакциялар. Анафилактик шок. Квинки шиши. Квинке шиши, анафилактик шок ривожланганда тез ёрдам кўрсатиш.

IV. Амалий машғулотлар бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотлар 50% назарий (маъруза ва амалий машғулот) ва 50% амалий қисм (ўқув клиник амалиёт)дан иборат бўлган ҳолда ўтказилади. Амалий машғулотнинг назарий ва амалий қисми ўзаро боғлиқ ҳолда ўтказилади.

Амалий машғулотлар учун қуйидаги мавзулар тавсия этилади:

Беморларни парваришlash. Ички касалликлар пропедевтикаси.

1. Беморларни парваришlashда тиббиёт ходимларининг роли. Кичик тиббий ходим ва хамширанинг маънавий ва юридик маъсулияти ва вазифалари. Поликлиника, амбулатория ва шифохона муассасалари, уларнинг тузилиши ва таъминоти. Шифокор деонтологияси ва тиббиёт этикаси.
2. Беморни санитар кўриқдан ўтказиш. Антропометрия: бўйи, вазни, кўкрак қафасини айланасининг, корин ва бел айланасининг ўлчамларини аниқlash, Ювинтириш, чўмилтириш, сочиқ билан артиш техникасини билиш. Беморни педикулёзга текшириш ва аниқlangандан сўнг тозалаш усуллари. Беморларни терапевт куригида иштирок этиш. Беморни кон босимини, пульсини текшириш. Беморга тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва тез тиббий синамаларни ўтказиш. Беморни рўйхатга олиш ва касаллик тарихини паспорт қисминини тўлдиришни билиши керак. Юқумли касалликлар аниқlangанса тезда сигнал варақасини тўлдириш ва тез керакли тадбирларни бажара олиши керак. Беморни бўлимга транспортировка қилиш усуллари билиши керак.
3. Терапевтик бўлим фаолияти билан танишиш. Беморларни парвариш қилишдаги жиҳозлар. Беморларнинг шахсий гигиенаси. Беморнинг кун тартиби. Оғиз бушлиғи, тери, ётоқ яралар, соч, тирноқларни тозалаш. Тана хароратини ўлчаш. Гигиеник ванналар, душ, беморларни ювинтириш, артинтириш. Беморларни овқатлантириш. Оғир аҳволдаги беморларни овқатлантириш. Қон айланишига таъсир қилувчи тадбирлар: хантал, банка, компресс, грелка, музли халтача. Уларни қўллаш услублари. Нафас аъзолари, юрак, қон-томир, ҳазм қилиш, буйрак ва сийдик чиқариш йўллари касалликларини, оғир ва агонал ҳолатидаги беморларни парваришlash. Беморларни кузатиш, парваришlash. Тери ости, мушак ичига ва венага дорилар юбориш техникасини билиш. Беморларни текширувларга тайёрlash. Дориларни ёзиш ва сақlash.
4. Оғир ва агонал ҳолатдаги беморларни парвариш қилиш, тез тиббий ёрдам бериш, сунъий нафас (оғиз-оғиз, оғиз-бурун) олдириш усуллари, юракни бевосита уқалаш усуллари, марказий кислород, кислород ёстикчасини қўллаш услублари. Ўлим белгилари. Ўликни саромжонlash.

5. Беморнинг илмий-тиббий, юридик баённомаси схемаси: сўраб-суриштириш, асосий ва қўшимча шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихи. Физикал текшириш услублари. Беморларни умумий кўриш: аҳволи, эҳсуши, ҳолати, тана тузилиши, конституцияси, териси ва кўзга кўринадиган шиллиқ пардалари, тери ости ёғ қавати, лимфа тугунлари, юз ифодаси, кўз, бурун, бўйин, қўл, оёқ, мушак, бўғим, суякни кўриш.
6. Нафас аъзоларини текшириб кўриш усуллари. Шикоятлари, анамнез. Кўкрак қафасини кўздан кечириш: меъёрий ва патологик кўкрак қафаслари. Нафас типлари, тезлиги, чуқурлиги ва ритми. Патологик нафас турлари (Грокк, Чейн-Сток, Биот ва Кусмаул) кўкрак қафасини пайпаслаб кўриш. Кўкрак қафасини перкуссия қилиш. Ўпка аускультацияси. Асосий нафас ва патологик нафас шовқинлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш.
7. Юрак, қон-томир касалликлари тешириш усуллари. Текшириш усуллари. Сўроқлаш. Юракнинг турли касалликларида оғриқли синдроми. Касаллик ва ҳаётга анамнез. Физикал текшириш усуллари, пальпация, юрак чегаралари перкуссияси. Функционал текширув усуллари.
8. Юрак аускультацияси. Аускультация тартиби. Юрак тонларининг ҳосил бўлиш механизми. Меъёрий юрак тонларини тавсифлаш. Юрак шовқинлари. Юрак шовқинларини тавсифлаш. Функционал ва органик шовқинлар. Қон-томирларни физикал ва асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Юракни асбоб-ускуналар ёрдамида текшириб кўриш. ЭКГ, ЭКГ – таҳлил қилиш ҳақида тушунча, ФКГ, ЭхоКГ. Юракни рентгенологик текшириш.
9. Ҳазм аъзолар системаси. Текшириш услуби: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Оғиз бушлигини ва қорин соҳасини куриш. Пайпаслаш; юзаки ва чуқур. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Меъда ширасини, нажасни текшириш. Эзогастроудоденофиброскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, рентгенологик текшириш.
10. Жигар ва ўт йуллари касалликларини текшириш услуби: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сўраб-суриштириш. Физик текшириш услублари: қорин соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Текшириш услуби: дуоденал зондлаш. Жигарнинг функционал синамалари. Радиоизоп текширув. Жигарни сканирлаш. УЗД. Рентгенологик ва иммунологик текширувлар.
11. Буйрак ва пешоб ажратувчи системаларни текшириш услуби: шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Физик текшириш услублари: буйрак соҳасини куриш, пайпаслаш, тукуллатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Буйракнинг функционал синамалари. УЗД. Радиоизотоп текширув. Рентгенологик текширув.

12. Эндокрин системаси касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, қалқонсимон безни пайпаслаш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Умумий модда алмашинувини аниқлаш. Радиоизотоп услубида текшириш. Қон касалликлари билан оғриган беморларни шикоятлари, касаллик ва ҳаёт тарихини сураб-суриштириш. Умумий кўриш, суяк ва лимфа тугунларини пайпаслаш, тукулатиш. Лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш. Қон умумий анализи. Тўш суягини пункция килиш.

Ички касалликлар

1. Крупоз ва ўчоқли зотилжам. Плевритлар. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
2. Бронхитлар: ўткир ва сурункали. Бронх астмаси. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
3. ЮИК: Стенокардия. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
4. Миокард инфаркти. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
5. Гипертония касаллиги. Симптоматик артериал гипертония. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
6. Юрак мароми бузилиши (аритмиялар). Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, ЭКГ белгилари, даволаш.
7. Ўткир ревматик иситма. Юракнинг сурункали ревматик касаллиги. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
8. Орттирилган юрак нуқсонлари. Юрак митрал нуқсонлари. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
9. Юрак аортал нуқсонлари. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
10. Инфекцион эндокардит. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
11. Гастрит. Колит. Энтерит. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
12. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
13. Сурункали гепатитлар. Жигар циррози ташхиси. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
14. Гломерулонефритлар ва пиелонефритлар. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
15. Сурункали буйрак етишмовчилиги ташхиси. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
16. Темир танқислиги камқонлиги. В 12-фолат кислотаси танқислиги камқонлиги. Лейкоз: ўткир ва сурункали. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.
17. Қандли диабет. Тарқалган захарли бўқоқ. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.

18.Бўғим касалликлари: Ревматоидли артрит. Остеоартроз. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.

19.Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари: ТҚБ. ССД. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.

20.Аллергик касалликлар. Анафилактик шок. Квинки шиши. Этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш.

Амалий машғулот давомида аниқ бир мавзуларни назарий жиҳатдан чуқур ўрганиш, услубий жиҳатдан долзарб бўлган мавзуларни чуқур таҳлил қилиш, алоҳида муоммолар бўйича илмий жиҳатдан ишлаб чиқиш мақсадида савол-жавоб, суҳбат, доклад ва рефератларни муҳокама қилиш, ёзма назорат ишларини олиш, вазиятли масалаларни муҳокама қилиш ва тест саволларига жавоб бериш орқали эгалланилади. Шу билан бирга машғулот давомида интерфаол усуллардан ва компьютер, инновацион технологиялардан фойдаланган ҳолда назарий билимларни мустаҳкамлаш лозим.

- Амалий машғулотларни ўтказишда қўйидаги дидактик тамойилларга амал қилинади:

- Амалий машғулотларни мақсадини аниқ белгилаб олиш;

- Ўқитувчининг инновацион педагогик фаолияти бўйича билимларни чуқурлаштириш имкониятларига талабаларда қизиқиш уйғотиш;

- Талабада натижани мустақил равишда қўлга киритиш имкониятини таъминлаш;

- Талабани назарий-методик жиҳатдан тайёрлаш.

Ички касалликлар фани бўйича амалий машғулотда талабалар амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган.

Амалий кўникмалар рўйхати:

1. Тиббий хужжатлар;
2. Тана ҳароратини ўлчаш;
3. Антропометрия: беморнинг бўй узунлигини ўлчаш, беморнинг оғирлигини ўлчаш, беморнинг кўкрак қафаси айланасини аниқлаш.
4. Кўкрак қафаси пальпацияси;
5. Ўпканинг таққослама перкуссияси;
6. Ўпканинг топографик перкуссияси;
7. Ўпка аускультацияси;
8. Юрак соҳаси пальпацияси;
9. Юрак перкуссияси (нисбий бўғиқ чегаралари);
- 10.Юрак перкуссияси (мутлок бўғиқ чегаралари);
- 11.Юрак аускультацияси;
- 12.Артериал қон босимни ўлчаш;
- 13.Пульсинг текшириш;
- 14.ЭКГ- олиш усуллари;
- 15.Нормал ЭКГ;
- 16.Қорин бўшлиғининг юзаки пальпацияси;
- 17.Қорин бўшлиғининг чуқур пальпацияси;
- 18.Жигар пальпацияси;

19. Курлов бўйича жигар перкуссияси;
20. Буйрак пальпацияси;
21. Лимфатик тугунлар пальпацияси;
22. Талок пальпацияси ва перкуссияси;
23. Анализлар тахлили: балғам, ошқозон шираси, дуоденал йиғиндиси, сийдик, ахлат, умумий қон тахлили;
24. Бўғилиш хуружида ингаляторларни қўллаш;
25. Бўғилиш хуружида биринчи ёрдам кўрсатиш.

Ўқув клиник амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Талабаларнинг “Ички касалликлар” фани бўйича клиник амалиёти таълим жараёнининг 50%ини ташкил қилади ва амалий машғулотлар “1-сон факултет ва госпитал терапия” кафедраси, ревматология, кардиоревматология, терапия ва шошилиш тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси бўлимларида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва бир неча босқични ўз ичига олади:

1. Биринчи босқич – машғулотнинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда ўрганилаётган амалий кўникмани ўрганиш мотивацион асоси аниқланади, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади. Амалий кўникмаларни амалга ошириш учун керакли асбоб-анжомлар ишлаш механизми, ишлатиш қоидалари билан талабалар таништирилади.

Биринчи босқични амалга ошириш учун кафедрада барча асбоб анжомлар мавжуд ва ишчи ҳолатда бўлиши лозим.

2. Иккинчи босқич – амалий кўникмани намоёниш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш. Бу босқични амалга ошириш учун амалий кўникмаларни кадамга кадам алгоритми педагог томонидан ва видеофильмлар орқали намоёниш этилади, алгоритм асосида босқичма босқич тўғри бажаришга алоҳида эътибор қаратилади. Талаба амалий кўникмани мустақил, бироқ педагог назорати остида муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенларда, кўп марта машқ қилиб ўрганадилар. Бошида барча босқичларини алоҳида, кейинчалик умумлаштирган ҳолда тўлиқ ва тўғри бажара олгандан сўнг беморда қўллашга руҳсат берилади (имитацион тренинг).

Иккинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган амалий кўникмалар кадамга кадам алгоритми ва видеофильми, ўқув-услубий қўлланмаси, бажариш схемаси ёки техникаси ва ҳ.к., баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилган бўлиши лозим. Муляжлар, тренажёрлар, фантомлар ва манекенлар, имитаторлар, асбоб анжомлар бўлиши лозим ва керакли шарт шароитлар (максимал даражада иш шароитига яқин моделлаштирилган) яратилиши лозим. Бу босқичда педагог назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғирлайди. Бу жараёнда талаба ҳаракатлари видеотасвирга олиниб ўзига намоёниш этилиши, танқидий муҳокама қилиниши мумкин. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани

такрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишда ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашда иштирок этадилар. Амалий кўникма афтоматизм даражасигача етказилиши мақсадга мувофиқ.

3. Учинчи босқич - ўрганилган билим ва амалий кўникмани беморда қўллаш. Бу босқичда талаба ўзлаштирилган билим ва амалий кўникмани турли хил клиник ҳолатларда (шу жумладан шошилиш ҳолатларда) қўллашга, олинган натижаларни таҳлил қилишга ва шу маълумотлар асосида ҳаракат тактикасини белгилашга педагог назоратида ўргатилади.

Учинчи босқични амалга ошириш учун кафедра томонидан ишлаб чиқилган ўқув, услубий қўлланмалар, фотосуратлар, вазиятли масалалар ва тестлар тўплами, кейслар, клиник протоколлар, диагностика ва даволаш стандартлари, ўргатувчи касаллик тарихлари ва амбулатор карталар ва х.к. ишлатилиши лозим. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар нафақат эксперт сифатида чиқишда ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирилганлигини баҳолашда балки командада ишлашда иштирок этадилар.

4. Тўртинчи босқич – ҳулоса. Бу босқичда педагог талаба томонидан олинган билим ва эгаллаган кўникмани беморларда, турли хил вазиятларда, фаолият жараёнида тўғри ва тўлиқ қўллай олишига ишонч ҳосил қилиши керак ва шунда амалий кўникма ўзлаштирилди деб ҳисобланади.

Тўртинчи босқични амалга ошириш учун талаба бемор билан мустақил ишлаши педагог томонидан назорат қилинади, тиббий ҳужжатларни, касаллик тарихини ёзиб ҳимоя қилганда баҳоланади.

Машғулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирилганлигини тасдиқлайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштириш олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади ва педагогга қайта топширади. Талаба барча амалий кўникмаларни ўзлаштирилган ҳолда фанни ўзлаштирилган ҳисобланади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар

Фан бўйича лаборатория ишлари намунавий ўқув режада кўзда тутилмаган.

V. Мустақил таълим ва мустақил ишлар

Мустақил таълим учун тавсия этиладиган мавзулар:

1. Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари.
2. Пневмосклероз.
3. Ўпка эмфиземаси диагностикаси (этиология, патогенез, клиника, текширув услублари, кечиши, даволаш).
4. Нафас олиш аъзолари касалликларини замонавий лаборатор-инструментал текширув услублари.
5. Бронхиал астма касаллигида асмастик ҳолатида биринчи ёрдам кўрсатиш чоралари. Замонавий текширув услублари.
6. Юрак қон-томир тизими касалликларини замонавий текширув услублари.
7. Юрак аритмияларида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
8. Симптоматик артериал гипертензиялар.

9. Миокард инфарктида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
10. Уч табақали копкок етишмовчилиги.
11. Юракни комбинирланган иллатлари.
12. Ўткир чап қоринча етишмовчилигида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
13. Ўпка шишида кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
14. Юрак туғма нуқсонлари. Лаборатор ва асбоб-ускуналар ёрдамида ташхислаш, оқибати, даволаш.
15. Ошқозон ости беши касалликлари диагностикаси. Замонавий текширув услублари.
16. Жигар санчиги, кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари.
17. Нефротик синдром. Замонавий текширув услублари.
18. Семизлик, этиопатогенез, кечиши.
19. Гипо ва гипергликемик кома.
20. Гиповитаминоз.

Фан бўйича мустақил иш аудитория ва аудиториядан ташқари ўтказилади.

Талаба мустақил ишини ташкил этишда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- Беморлар курациясида даволовчи ёки навбатчи шифокор билан назорат қилишда иштирок этиш;
- Аҳоли орасида санитар оқартув ишларни суҳбат ва маърузаларни ўтказиш;
- Айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- Фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- Вазиятли ва клиник муаммоларга йўналтирилган вазиятли масалалар ечиш;
- Кейс (реал клиник вазиятлар ва клиник вазиятли масалалар асосида case-study) ечиш;
- График органайзерларни ишлаб чиқиш ва тўлдириш;
- Презентация ва видеороликлар тайёрлаш ҳамда мустақил иш жараёнида кенг қўллаш ва ҳ.к.

Фан бўйича курс иши (лойиҳаси)

Фан бўйича курс иши ўқув режасида кўзда тутилмаган.

VI. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбалари **Асосий адабиётлар**

1. Гадаев А.Г. Ички касалликлар. Дарслик. -Тошкент. Турон Замин Зиё нашриёти. 2018 й.
2. Мухин Н.А., Моисеев В.И. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2012 г.
3. Гадаев А. Г., Каримов М.Ш. Ички касалликлар пропедевтикаси. Дарслик. -Тошкент. Мухаррир нашриёти. 2012 й.

Кўшимча адабиётлар

1. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. - Москва. Медицина. 2011 г.
2. Рябов С.И. Внутренние болезни В 2-х т. Санкт-Петербург.: СпецЛит. 2015г.
3. Мурашко В.В. Общий уход за больными. Учебное пособие. –Москва. Медицина. 1988 г.
4. Гребенев А.Л., Щептулин А.А. Основы общего ухода за больными. – Москва. Медицина. 1991 г.
5. Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. Дарслик. Тошкент. 2008; 2010 й.
6. Гордиенко А.В. Госпитальная терапия. Учебник. Санкт-Петербург.: СпецЛит. 2016 г.
7. Окорочков. А.Н., Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Учебное пособие. Москва. 2009 г.
8. Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы Семиотики внутренних органов. Учебное пособие. Москва. МЕДпресс-информ. 2013 г.
9. Скотт Стерн, Адам Сайфу, Дайн Олткорн. От симптома к диагнозу. Руководство для врачей (Перевод с английского). Москва. Геотар Медиа. 2008г.
10. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажгимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга қурамыз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
11. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қоидаси бўлиши керак. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
12. Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2016 й.

Интернет сайтлар:

1. www.medlibriry.ru
2. www.medline.ru
3. www.medbook.ru
4. www.tma.uz
5. www.ziyonet.uz
6. www.minzdrav.uz
7. www.tma.uz

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGIBUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI KAFEDRASI**

O'quv bo'limi
tomonidan ro'yxatga
olindi № _____
«_____» _____ 2019y.

“Tasdiqlayman”
O'quv ishlari prorektori
t.f.n. ____ G.J. Jarilkasinoва
“_____” _____ 2019 y

**ICHKI KASALLIKLAR PROPEDEVTIKASI FANI BO'YICHA
ISHCHI O'QUV DASTURI. 2019-2020 O'QUV YILI**

Ta'lim yo'nalishi:

Bilim sohasi: 500000 – Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'limsohasi: 510000 – Sog'liqni saqlash
Ta'lim sohasi :

Kurs	3
Soat hajmi	155 soat
Shu jumladan:	
Ma'ruza	20 soat
Amaliy mashg'ulot	24 soat
Klinik mashg'ulot	46 soat
Mustaqil ish	65 soat

Fanning ishchi o'quv dasturi o'quv, ishchi o'quv reja va o'quv dasturiga muvofiq ishlab chiqildi.

Tuzuvchi:

Abdullayeva U.K. – Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası assistenti

Taqrizchi:

Nurboyev F.E. –Xalq tabobati, reabilitologiya, kasb kassalıkları, ftiziatriya, sport tibbiyot madaniyati va sport kafedrası mudiri,dotsenti

Nosirova M.SH. – Fakultet va gospital terapiya, gematologiya va klinik laboratoriya kafedrası dotsenti

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 - Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2019 y.

Kafedra mudiri: t.f.n., Babadjanova Z.H.

_____ (imzo)

FUK rahbari: Obloqulov A.R.–Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, teri-tanosil kasalliklari

kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent _____

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510700- davolash ishi, 5111000 - Kasbiy ta'lim yo'nalish bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ « _____ » _____ 2019 y.

Uslubchi:

Jumayeva Sh.B.

KIRISH

Ichki kasalliklar propedevtikasi barcha kasalliklarning simptom va sindromlarini, ichki a'zolar kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladigan kasallik va yangi tekshiruv usullarini, tashxis qo'yish va bemorning tibbiy bayonnomasini yozishni o'rgatadi. Simptomatologiya va diagnostikani o'qitishni xususiy patologiyani o'rgatishdan ajratib bo'lmaydi, ya'ni, bir tomondan o'rganish yo'llari va bilish usullari, boshqa tomondan ob'ektiv bilish orasida farq bo'lmasligi kerak. Simptomatologiya, diagnostika va xususiy patologiya asoslari ajralmas bog'liqlikda o'rganilishi kerak. Asosiy terapevtik kasalliklarni o'rganish simptomlarning klinik ahamiyatini illyustratsiyasidir. Talabalar diagnostika usullariga muayyan bemor kasalligi tarixini tahlil qilishga ko'nikadilar. Talaba klinikada ishlashning birinchi kunlaridanoq ichki kasalliklar propedevtikasi vazifalaridan biri bo'lgan vrachlik deontologiyasi asoslarini ham o'rganib olishi lozim. Propedevtikani bilish keyinchalik terapiyani emas, balki boshqa klinik intizomlarni ham o'rganish uchun zarur. Kasalliklar simptomlarini va asosiy diagnostik usullarni bilishi, tashxis uslublariga faqatgina terapevt emas, balki, xirurg, ginekolog, nevropatolog va boshqa barcha klinik mutaxassislar ham ega bo'lishlari shart.

Bakalavr ichki kasalliklar propedevtikasi fani bo'yicha nazariy, uslubiy, tashkiliy va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish orqali mustaqil ishga ya'ni umumiy amaliyot vrachi bo'lishiga tayyorlanishi, hamda ularni klinik, laborator, funktsional va asbobiy tekshiruvlar natijalarni tahlil qilib, diagnoz qo'yishga o'rganadi.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fanini o'rganish jarayonida talabalarda kasallik, diagnoz, diagnostika prinsiplarini simptom, sindromlarni kelib chiqishi mexanizmlari to'g'risida hozirgi zamon tushunchalarini shakllantirish talabalar ongida vrachlik odobi va axloqi va deontologiyasi asoslarini singdirishdir.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani orqali talaba organizmdagi asosiy patologig jarayonlarni vujudga kelish sabablarini va ularni rivojlanish mexanizmlarini asosiy simptom va sindrom haqida tushunchalarni fizikal tekshirishni o'tkazishni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukkillatish, eshitish, arterial bosimni o'lchash, pulsni aniqlash, EKG ni yozib olish, qon, siydik, najas, balg'am, me'da shirasi, duodenal mahsulotlarni, plevral suyuqligini umumiy tahlili va ularni klinik baholash, klinik o'lim hollarida reanimatsiya chora- tadbirlarini ko'rishni, shifokorlik deontologiyasi asoslarini bilishlari shart.

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani o'qitish fani normal anatomiya, normal fiziologiya, umumiy biologiya va tibbiyot genetikasi, bioximiya va mikrobiologiya fanlari bilan vertikal integratsiya va patologik anatomiya, patologik fiziologiya, umumiy xirurgiya va farmakologiya fanlari bilan gorizontol integratsiya asosida olib boriladi.

Fanning maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad- talabalarni propedevtika fani bo'yicha tanishtirish va vrach deontologiyasi, yatrogeniya, bemorlarni klinik tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish (so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistemalarni qadamba- qadam tekshirishni, sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rganish, a'zolarni laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.

Fanning vazifasi- uni o'rganuvchilarga:

- talabalarni vrach texnikasi yoki tekshirish usullariga o'rgatish
- sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rgatish
- organ va sistemalarni qadamba-qadam tekshirishni o'rgatish
- a'zolarni laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish o'rgatish
- olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosani qo'ya bilish,
- ichki kasalliklarning nozologik formalarini savollarini o'rganish
- ichki kasalliklarning asosiy davolash printsiplarini o'rgatish

Fan bo'yicha talabalarning tasavvur, bilim, ko'nikma va malakalariga qo'yiladigan talablar

Asosiy klinik tashxis qoyish usullari ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya usullarini bilish va amaliyotda qo'llash. Bemorlarni mustaqil ravishda so'rab surishtirish va organizmdagi patologik jarayonlar etiologiyasi va patogenezi haqida tasavurga ega bo'lishi kerak.

- shifokor deontologiya asoslari.

- kasalliklarning asosiy simptom va sindromlari haqidagi tushunchalarga ega bo'lishlari kerak.

Qo'shimcha tashxis uchun kerakli bo'lgan laboratoriya analizlarini tahlil qilishni bilishi va ulardan foydalana olishi;

-ko'p tarqalgan, tipik formada kechuvchi ichki kasalliklarning asosiy diagnostikasi

- birinchi tez tibbiy yordam berish choralari tushunchasiga ega bo'lishi va asosiy tibbiy hujjatlarni yurita olish ko'nikmalariga va malakalariga ega bo'lishi kerak.

Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatidan uzviy ketma-ketligi

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani tibbiy- klinik fan hisoblanib, 5 va 6 semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan matematik va tibbiy –ilmiy (odam anayomiyasi va patologik anatomiya, normal va patologik fiziologiya, farmakologiya) fanlaridan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Fanning ilm-fan va ishlab chiqarishdagi o'rni

Umumiy amaliyot shifokorini tayyorlashda propedevtika fani katta ahamiyatga ega. Chunki bu fan bakalavrlarga bemorlarni tekshirish usullarini o'rgatadi (anamnez yig'ish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiyani) hamda laborator instrumental tekshirish usullarini chuqur o'rgatadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talaba ichki kasalliklar propedevtikasi fanini o'zlashtirishda ta'limning innovasion usullaridan foydalanishi, yangi pedagogic, axborot va internet texnologiyalarni tadbiiq qilishi muhim ahamiyat kasb etadi. Fanni o'zlashtirishda o'quv va uslubiy ta'minot (darslik, o'quv va uslubiy qo'llanmalar, modul topshiriqlari, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda EKG, videotizimlardan)dan foydalanish tavsiya etiladi. Ma'ruza va amaliy mashg'ulotlarda turli metod va vositalardan, xususan, aqliy hujum, klaster, amaliy ish va didaktik o'yinlar, portfolio, keys-stadi, shuningdek, kompyuter dasturlaridan, internet tizimlaridan foydalanish mumkin.

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'limga zimohiyatiga ko'rata'lim jarayoning barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo kelgusidagi mutahassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondashilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondashuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'I lozim: jarayoning mantiqiyliigi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bo'g'langanligi, yahlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondashuv. Shaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatini aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondashuv. Bu yondashuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish

usullarini ijodiy tarzda qo'llanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini qo'llash – yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usullari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallashtirish), muammoli ta'lim, keys-stadi valoyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari. O'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza matni) bilan bir qatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikatsiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqaga asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blits-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishidagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabaning birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari машғулотлари, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash.

1. "Assistent" usuli

O'qituvchi trener qo'lida qog'oz 4 ga bo'lingan.

1. Mavzuga oid simptomni aytib berish.
2. Muammoli masalani echish.
3. Test echish.
4. Amaliy ko'nikmani bajarish.

2. "Moychechak" usuli:

Oldidan moychechak maketini plakatda, doskada tayyorlab qo'ying.

Moychechak barglarining teskari tomoniga savol yozib, 2-3 tasiga "priz" yoki "savolga javob berishingiz shart emas, dam oling" deb yozib qo'ying. Guruh qatnashchilari navbat bilan moychechak barglaridan olib, tegishli savolga javob berishadi.

3. "Syurprizni top" o'yini:

Mashg'ulot boshlanishi oldidan qog'oz parchalariga savol yozilib, ko'rinmaydigan joyga yopishtirib qo'yiladi.

Qatnashchilar dars xonasiga kirishgach, ularga ba'zi birlari sovg'a topishlari mumkinligi aytiladi. Navbat bilan stol tagidan topilgan qog'ozlardagi savollarga javob beriladi.

4. "Miya shturmi" usuli.

Usulning asosiy koidalari:

- fikrlarni tuzishga xalakit beradigan xech kanakangi ogohlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi
- agar fikr kanchalik gayritabiiy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish
- kuprok takliflar olishga xarakat kilish
- fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish
- keng asoslab bermay, kiska ta'rif berish
- guruxning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bulish

Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya kilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .

5. "Rotatsiya" usuli

Guruhni kichik guruhlarga bo'lib ularga bir nechta muammoli savol yoki vaziyatli masala beriladi. Har bir kichik guruh 10 daqiqa davomida o'z javobini yozib keyingi savolga o'tadi. Oxirigacha barcha savollarga javob yoziladi. Yozilgan javoblar muhokama qilinib to'g'ri javob tanlanadi.

Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi.

6. "Zaif halka" usuli

Guruhdagi talabalar doira hosil qilib o'tirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va qisqa javoblar talab qilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba o'yindan chiqadi. Eng oxirida qolgan talaba ko'p savollarga to'g'ri javob bergan bo'ladi.

7. Savol-javob usuli "Bum" o'yini

Trener –o'qituvchining qo'lida o'tilgan mavzu-materiallar bo'yicha tayyor savollar bo'lishi lozim. Qatnashchilarga o'yin qoidasi tushuntiriladi: ular 1,2,3 deb sonlarni ovoz chiqarib aytishlari, 3,3 ga bo'linadigan, 3 bilan tugaydigan sonlar o'rniga "Bum" so'zini aytishlari kerak. Diqqat qilib o'tirmagan, hisobda adashgan talabaga oldindan tayyorlangan savol berib, uning fikri o'rganiladi; Shu tariqa guruh qatnashchilari orasida o'yin davom ettiriladi.

8. "Akademik polemika" «Akademik polemika» guruh 2 komandaga bo'linadi. Ularga vaziyatli masala beriladi. Har bir komanda to'g'ri javoblarni aytib beradigan (Advokatlar) va noto'g'ri javoblarni aytib beradigan (prokurorlar) 2 ta talaba tayinlanadi.

9. "3 pog'onali intervyu" «3 pog'onali intervyu» har bir guruhga (3 kishidan) rollarga bo'lib beriladi. "Vrach", "bemor", "VOP ekspert". "Bemorlarga" anonim ravishda tashxis aytiladi. Har bir guruh 10-15 daqiqa ichida muhokama o'tkazadi. "Ekspert" vrach harakatini uch qism bo'yicha baholaydi.

1. nima to'g'ri bajarildi 2. nima noto'g'ri bajarildi 3. qanday bajarish kerak edi

10. "Guruh tekshirish" - guruhda mavzuga oid 2-3 ta savol beriladi. Ma'lumot yig'ish uchun vaqt beriladi.

11. "Galereya bo'yicha" - kichik guruhlariga bitta topshiriq beriladi. Har bir guruh 10 daqiqa ichida o'z fikrini yozadi va javob varaqasini 2 guruh bilan almashinadi. Keyingi guruh ularni baholaydi va javob to'liq bo'lmasa to'ldiriladi.

3. O'quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O'quv yuklama miqdorining auditoriya mashg'ulotlari bo'yicha taqsimlanishi (soat)			Mu sta qil ish 65
	Jami	Ma'ruza 20	Amaliy mashg'ulot 24	
155	90		Klinik mashg'ulot 46	

4. Ma'ruzalar

4.1. Ma'ruza mashg'ulotlarining tematik rejasi

Ma'ruza mashg'ulotlar mavzusi

	Nomi	Soat
1	Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Asosiy klinik sindromlar.	2
2	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar	
3	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: Yara kasalligi, malaabsorbtsiya sindromi, surunkali kolit	
4	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar.	2
5	Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar va o't yo'llari. Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit.	2
6	Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali glomerulonefrit va pielonefritlarni simptomato-logiyasi. O'tkir va surunkali buyrak	2

	yetishmovchiligi.	
7	Buyrak va siydik ajratish tizimi. O'tkir va surunkali glomerulonefrit va pielonefritlarni simptomato-logiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi.	2
8	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari.	2
9	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari.	2
10	Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon tizimi kasalliklari.	2
	Жами	20

4.2. Ma'ruza materiallarining mazmuni

1-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Asosiy klinik sindromlar. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar. Me'da-ichak yo'llari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish: so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, paypaslash. Me'da-ichak organlarida laborator-instrumental usullari haqida tushuncha. Me'da-ichak kasalliklaridagi asosiy sindromlar. O'tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi. Me'da-ichak yo'llari kasalliklarini tekshirish. So'rab-surishtirish. Ko'zdan kechirish. Qorinni paypaslash. Shikoyatlari: og'riq hosil bo'lish mexanizmining joylashishi, tarqalishi, sutka davomida paydo bo'lish vaqti, davomiyligi, qusish vujudga kelish mexanizmi. Nahorda yoki ovqatdan so'ng qon aralashmi yoki yo'q. Ko'ngil aynishi, hosil bo'lish mexanizmi, kechirish, jig'ildon qaynashi, ularning tez-tez bo'lib turishi, paydo bo'lish sharoiti. Ishtahasi, ishtaha bo'lmasligi. Ovqatdan ijirg'anish. Og'izning qurib qolishi, achchiqlik sezish, yutish erkinmi, qiyinmi, qorin oldingi va yon devorlarida kollateral bo'lishi, chandiqlar. Mo'ljalli yuzaki paypaslash usuli. V.L.Obratsov va N.D.Strajesko bo'yicha chuqur metodik, sirpanchiq paypaslash usuli. Ichakni tartib bilan paypaslash. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi Axlalni tekshirish va diagnostik ahamiyati.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

2-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi. Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiopatogenezi, simptomatologiya-si. Enteritlar va kolitlar etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostic ahamiyati. Makroskopik tekshirish: hidi, rangi, shakli, konsisten-tsiyasi. Ximik tekshirish: reaksiyasi, yashirin qon ketishini aniqlash, o't pig-mentlarini, muskul tolalarini, yog', o'simlik hujayrasi, kraxmal, shilliq, epiteliy, leykotsit, eritrotsit, makrofag, gelmentlarni aniqlash.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

3-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, jigar palpatsiyasi va perkusiyasi. Kurlov bo'yicha. Kasallik belgisi, paydo bo'lish mehanizmlari, aniqlash usullari. Asosiy shikoyatlari: og'riq hosil bo'lish

mexanizmi, lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi, diagnostik ahamiyati. Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'zda tahirlik, kekirish, ko'ngil aylash, qayt qilish, qorin dimlanishi, huldirashi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostik ahamiyati. Teri qichishi. Qon ketish va gemorragik ko'rinishlari. Qorin kattalashuvi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

4-mavzu. Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar sirrozi, surunkali xolestsistit. Surunkali gepatitlar simptomatologiyasi. Surunkali xolestsistit va jigar sirrozi simptomatologiyasi. Jigar yetishmovchiligi mexanizmi va simptomatologiyasi. Jigarning dori vositalaridan zararlanishi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. Surunkali gepatitlar shikoyalari, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish. Kasalliklar etiologiyasi va patogenezi haqida umumiy tasavvur. Surunkali xolestsitshikoyatlarni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish. Kasalliklar etiologiyasi patogenezi haqida umumiy tasavvur. Jigar sirrozi ;shikoyatlarni, ko'zdan kechirish, paypaslash, tukillatish. Kasalliklar etiologiyasi patogenezi haqida umumiy tasavvur. Jigar yetishmovchiligi mexanizmi va simptomatologiyasi.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

5-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar. **Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali glomerulonefrit va pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi.** Buyrak kasaligi bilan kasalangan bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpasiya, asosiy klinik sindromlar. O'tkir va surunkali pielonefrit, glomerulonefritning simptomatologiyasi. Shikoyatlar va ularning patogenezi haqida umumiy tushuncha.Og'riqlar,ularning tahlili. Shishlar joylashuvi,tarqalishi.Dizurik buzilishlar.Peshobni laborator tekshirish usullari.Funksional buyrak sinamalari (Zimmiskiy,Nicheporenko,Reberga).Olingan natijalarni interpritasiya qilish.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

6-mavzu. Ichki sekretsia bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari. Ichki sekretsia bezlari va modda almashi-nuvi tizimi kasalliklari. Ichki sekretsia bezlari kasalliklarini bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish. Qalqonsimon bez kasalliklari. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipogligemik komalar to'g'risida tushuncha. Tez yordam asoslari. Bo'g'im kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish. So'rab-surishtirish. Revmatoid artrit va artroz simptomatologiyasi. Allergik kasalliklar, etiopatogenezi. Asosiy allergik reaksiyalar: echkemi, Kvinke shishi, anafilatik shok simptomatologiyasi va birinchi yordam ko'rsatish. Qalqonsimon bez kasalliklari; shikoyatlari, anamnez yig'ish, nasliy faktorlar. holsizlik, ozish, semirish, chanqoq, ishtaha, isitma holati, yuqori qo'zg'aluvchanlik,teri qichishi,yurak urishi,teri qoplamlarini rangi

o'zgarishini ko'rish. Umumiy holat, es-hushi, bo'y va uning Umumiy holat, es-hushi, bo'y va uning proporsiyalari o'zgarishi. Jinsi va yosh belgilari. Terida toshmalar, striyalar borligi. Teri osti yog' klechatkasining rivojlanishi va bir tekis tarqalishi shishlar, holsizlik.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

7-mavzu. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon tizimi kasalliklari. Qon kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish va tekshirish usullari. Anemiyalar tasnifi. Temir yetishmovchilik, postgemorragik, gemolitik kamqonliklar simptomatologiyasi. Leykozlar simptomatologiyasi. Qonni tekshirish. Umumiy qon analizini klinik ahamiyati va olingan natijalarni interpretatsiya qilish. Kamqonliklar. Etiologiya va patogenezi to'g'risida umumiy tushunchalar. Leykozlar etiologiyasi va patogenezi to'g'risida umumiy tushunchalar. Leykozlar tasnifi. O'tkir va surunkali (mieloleykoz va limfaleykoz) leykozlar simptomatologiyasi. Qon ketishi: burundan, milkdan, me'da-ichak tizimidan, bachadon va boshqa organlardan. Limfa tugunlarni paypaslash. Jigar, taloqni paypaslashi, konsistensiyasi, yuzasi va qirrasini, og'riqlar

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,

Internet saytlari

Amaliy va klinik mashg'ulotlarning tematik rejalari

№	Mashg'ulotlar mavzusi	Amaliy mashg'ulot	Klinik mashg'ulot	jami
1	Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy).	2	2	4
2	Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar.	2	2	4
3	Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar.	2	2	4
4	Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar.	2	2	4
5	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya)	2	2	4
6	Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar.	2	2	4
7	Jigar va o't yo'llari. Surunkali hepatitlar.	1	3	4
8	Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3.	1	3	4
9	Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy –tekshirish usullari).	1	3	4
10	Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar.	1	3	4
11	O'tkir va surunkali glomerulonefrit.	1	3	4

1 2	O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi.	1	3	4
1 3	Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.	1	3	4
1 4	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari.	1	3	4
1 5	Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari.	1	3	4
1 6	Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari.	1	3	4
1 7	Qon tizimi kasalliklari.	1	2	3
1 8	Kasallik tarixi. Amaliy ko'nikmalar.	1	2	3
	Jami	24	46	70

5.2. Amaliy va klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni.

1- mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (so'rab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Qorinni ko'zdan kechirish. Qorin bo'shlig'i organlarini palpatsiya qilish. Oshqozon va ichak palpatsiyasi. Ketma-ketligi. Laboratoriya mashg'uloti: oshqozon shirasini va o'tni tekshirish. Oshqozon shirasini tekshirish: umumiy, erkin, bog'langan xlorid kislotaligini titrlash usulida aniqlash. Duodenal zondlash, o'tni 3 portsiyasini makro, mikroskopik tekshirish, diagnostik ahamiyati. Qorinni vertical, gorizontol holatda ko'zdan kechirish. Qorinni topografik sohaga bo'lish. Nafas aktida qorin devorini harakati. Qorinni oldingi yuzasida, yon devorida venoz kollaterallar rivojlanishi. Medusa boshi, pigmentatsiya, churra oshqozon peristaltikasi, antiperistaltikasi. Palpatsiya. Yuzaki palpatsiya usuli, teri va teri osti yog' qavati holati. Debit-soat, uni hisoblash. Pepsinni aniqlash, oshqozon shirasini zondsiz laborator tekshirish usuli (atsidotest, uropepsinni aniqlash). Oshqozon shirasini mikroskopik tekshirish. Bazal shira. Oshqozon sekretiyyasini stimullovchi (gistamin, karam sho'rva).

Interaktiv usul: Akademik polemika, qor uyumi, ratatsiya usuli

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

2. (qo'shimcha)- 1,2,3,4,5,6

Internet saytlari

2-mavzu. Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar. Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari (rentgenologik, ezofagogastroduodenofibroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya). Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Oshqozon-ichak traktini rentgenologik tekshirish. Diagnostic ahamiyati. Oshqo-zon-ichak yo'llarini endoskopik tekshirish. Gastroskopiya.

Kolonoskopiya. Rek-toromanoskopiya. Endoskopiya usulini rentgenologik tekshiruv usulidan afzalligi. Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi. O'tkir va surunkali gastrit simptomatologiyasi.

Interaktiv usul: Ari uyasi, qor uyumi, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

3-mavzu. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar. Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali). Gastritlar etiopatogenezi, tasnifi.

Interaktiv usul: svod usuli., qor uyumi, 3 pog'onali interv'yu

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

4-mavzu. Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. Laborator mashg'ulot: axlatni tekshirish. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi etiopatogenezi, simptomatologiya-si. Enteritlar va kolitlar etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Koprologik tekshiruv. Diagnostic ahamiyati. Makroskopik tekshirish: hidi, rangi, shakli, konsisten-tsiyasi. Ximik tekshirish: reaksiyasi, yashirin qon ketishini aniqlash, o't pig-mentlarini, muskul tolalarini, yog', o'simlik hujayrasi, kraxmal, shilliq, epiteliy, leykotsit, eritrotsit, makrofag, gelmentlarni aniqlash.

Interaktiv usul: klasster, qor uyumi, ruch.stol.o'rt.

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

5-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya). Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni so'rab-surishtirish shikoyatkari, anamnez, ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi. Jigar va o't yo'llari kasalligi bilan kasallangan bemorlarni so'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlari. Og'riq lokalizatsiyasi, xarakteri, davomiyligi, irradiatsiyasi, sabablari, kuchayishi, susayishi, og'riq to'xtashi. Dispepsiya: ishtaha o'zgarishi, og'izda taxirlik, ko'ngil aynishi, qayd qilish, qorin damlanishi. Sariqlik: teri rangini o'zgarishi, siydik, axlat o'zgarishi. Diagnostic ahamiyati. Teri qichishi. Qorin kattalashuvi. Ko'zdan kechirish. Qorin perkussiyasi, astsitni aniqlash. Kurlov bo'yicha jigar o'lchamini aniqlash.

Interaktiv usul: Intsident usuli, ratastiya usuli, akademik polemika

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

6-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar. Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. Jigarni pigment, uglevod, yog' almashinuvini tekshirish (qonni bioximiyaviy tekshirish), mikroelementlarni tekshirish (temir, mis). Fermentlarni tekshirish, jigarning zararsizlantiruvchi, chiqaruvchi faoliyatini tekshirish. Jigar strukturasi va faoliyatini radioizotop bilan tekshirish, radiometrik tekshirish, jigarni skanirlash. O't qopini skanirlash. Rentgen usuli bilan tekshirish: xoletsistografiya, xolegrafiya, komp'yuter tomografiya. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha. Sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligini mexanizmi va simptomatologiyasi. Sariqlik turlari, mexanizmi va patogenezi. Bilirubin almashinuvini xemasasi. Portal gipertenziya simptomatologiyasi.

Interaktiv usul: svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

7-mavzu. Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar. Surunkali gepatitlarning simptomatologiyasi. Jigarining dori vositalaridan zararlanishi. Shikoyatlar, ko'zdan kechirish, paypaslash, to'qillatish. Kasallikning etiopatogenezi.

Interaktiv usul:svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

8-mavzu. Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3. Surunkali xoletsistit simptomatologiyasi. Jigar tsirrozi simptomatologiyasi. Shikoyatlar, ko'zdan kechirish, paypaslash, to'qillatish. Kasallikning etiopatogenezi.

Interaktiv usul:svod usuli, zaif halqa, galereya bo'yicha

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

9-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy – tekshirish usullari). So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi. Og'riqlar. Ularning tahlili. Shishlar joylashuvi, tarqalishi. Laboratoriya tekshirishlari. Peshobni umumiy tahlili. Peshobni Nechiporenko usulida tekshirish. Leykotsitlar, eritrotsitlar, tsilindrlarni nisbati va diagnostic ahamiyati. Zimnitskiy sinamasi. Buyraklarning funktsional holatini baholashda peshob nisbiy og'irlikni ahamiyati. Giposteniuriya. Izosteniuriya. Nikturiya. Reberg sinamasi, qon zardobida kreatinin, mochevinani aniqlash

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

10-mavzu. Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar. Proteinuriya, glyukozuriya, bilirubinuriya, urobilinuriya, atsetonuriya aniqlash usullari va diagnostic ahamiyati. Dizurik buzilishlar.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

11-mavzu. O'tkir va surunkali glomerulonefrit. O'tkir va surunkali pielonefritlar va glomerulonefritlarning etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

12-mavzu. O'tkir va surunkali pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. O'tkir va surunkali pielonefritlar, o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. etiopatogenezi haqida tushuncha. So'rab-surishtirish.

Interaktiv usul: qor uyumi, ari uyasi, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

13-mavzu. Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar. Bo'g'im kasalligi. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi: bo'g'implarda va muskullarda og'riq. Isitma. Holsizlik. Bo'g'implar konfiguratsiyasi, shishlar, qizarish, aktiv va passiv harakatlar miqdori. Palpatsiya, bo'g'im haroratini aniqlash, tugunchalar paydo bo'lishi, muskul o'griqlari. Lumfa tugunlarni sistematik kattalashishi. Revmatik kasalliklar to'g'risida tushuncha. Biriktiruvchi to'qima kasalligi. So'rab-surishtirish. Asosiy shikoyatlar va ularning patogenezi: suyak, muskul, bo'g'implarda og'riq, ularning harakatga bog'liqligi. Shishlar va ularning tasnifi.

Interaktiv usul: Aylana stol usuli, akademik polemika, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

14-mavzu. Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari. Ichki sekretiya bezlari kasalliklari. Shikoyatlar. Holsizlik, ozish, semirish, chanqoq, ishtaha, isitma holati, yuqori qo'zg'aluvchanlik, teri qichishi, yurak urishi, teri qoplamlari rangini o'zgarishi, qurishi. Umumiy holat. Es-hushi. Bo'yi va proportsiyalari o'zgarishi. Jinsi va yoshi belgilari. Teri qoplamlari o'zgarishi. Terida toshmalar, striyalar borligi. Teri osti yog' kletchatkasining rivojlanishi va bir tekis tarqalishi. Shishlar. Ko'z simptomlarini aniqlash. Yuz va bo'yin sohasini o'zgarishi.

Interaktiv usul: Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

15-mavzu. Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari. Qalqonsimon bez kasalliklari. Gipo va giperterioz simptomatologiyasi. Qandli diabet etiopatogenezi, simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik komalar to'g'risida tushuncha. Tez yordam asoslari.

Interaktiv usul: Ratastiya usuli, guruh tek., sinetika

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21,
Internet saytlari

16-mavzu. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari. Qon ketishi: burundan, milklardan, me'da-ichak tizimidan, bachadondan va boshqa organlardan. Teri qichishi, bezgak, ko'zdan kechirish. Teri va shilliq qavatlarida o'zgarishlar, regionar limfa tugunlarning kattalashishi. Qon ketishi. Petexiya, limfa tugunlarni, jigarni va taloqni paypaslash. Konsistentsiyasi, yuzasi va qirrasi, og'riq. Qonni umumiy klinik analizi. Leykotsitlar, trombotsitlar, eritrotsitlar (retikulotsitlar), limfotsitlar formula, E.C.H.T aniqlash. Qon quyilish tezligi holatini aniqlashning umumiy usullari bilan tanishish.

Interaktiv usul: Ari uyasi, zaif halqa, ruchka stol o'rtasida

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21
Internet saytlari

17-mavzu. Qon tizimi kasalliklari. Kamqonliklar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha. Tasnifi. Temir yetishmovchiligi, postgemorragik, gemolitik. Leykozlar etiopatogenezi to'g'risida umumiy tushuncha. Tasnifi.

Interaktiv usul: Klaster, zaif halqa, qor uyumi

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

18-mavzu. Kasallik tarixi. Amaliy ko'nikmalar. O'qituvchini nazoratida talabalarning mustaqil ishlashi. Bemorlarni kuratsiyasi. Amaliy ko'nikmalarni va kasallik bayonini yozish.

Interaktiv usul: akademik polemika, zaif halqa

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-4

2. (qo'shimcha)- 4, 10, 11, 12, 16, 19, 21

7. Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Fan bo'yicha mustaqil ish auditoriya va auditoriyadan tashqari o'tkaziladi. Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- Auditoriya mashg'ulotlaridan tashqari trenajer, mulyaj va simulyatsion zallarida/markazlarida tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni pedagog nazoratida bajarish va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish daftarlarida aks ettirish
- Klinika bo'limlarida auditoriyadan tashqari tashkillashtirilgan klinik navbatchilikda tasdiqlangan amaliy ko'nikmalarni navbatchi shifokor nazoratida son va sifat jixatdan bajarish va navbatchilik auditlarida aks ettirish;
- Klinika bo'limlarida auditoriyadan tashqari tashkillashtirilgan klinik navbatchilikda tasdiqlangan ruyxat asosida navbatchi shifokor nazoratida standartlashtirilgan patsientlar (bemorlar) kuratsiyasini o'tkazish va olib borish, kasallik tarixini yozish va navbatchilik auditida aks ettirish;
- Birlamchi bo'g'in tibbiy muassasalarida aholini profilaktik ko'rik, bemorlarni dispanserlash, patronajlarda qatnashish;
- bemorlar kuratsiyasida davolovchi yoki navbatchi shifokor bilan nazorat qilishda ishtirok etish;
- aholi orasida sanitar oqartuv ishlarni suxbat va ma'ruzalarni o'tkazish;
- Simulyatsion o'quv klinik komp'yuter dasturlar bilan ishlash;
- Belgilangan mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- Berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- Fanning bo'limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha ishlash va ma'ruzalar qilish;
- Ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tezislarini tayyorlash;
- Vaziyatli va klinik muammollarga yo'naltirilgan vaziyatli masalalar yechish;
- Keys (real klinik vaziyatlar va klinik vaziyatli masalalar asosida case-study) yechish;
- grafik organayzerlash ishlab chiqish va to'ldirish;
- krossvordlar tuzish va yechish;
- prezentatsiya va videoroliklar tayyorlash hamda mustakil ish jarayonida keng qo'llash va h.k.
- fanni faol o'zlashtirishda talabalarni olimpiada, tanlovlar, ko'rgazma, anjumanlar va boshqa tadbirlarda ishtirok etish.

Mustaqil ish mavzulari

№	MAVZU	Soat
1.	Disfagiya rivojlanish sabablari, xavf omillar etiologiya, patogenezi, og'riq xosil bo'lish mexanizmi.	4
2.	Yara kasalligining klinik ko'rinishlari, kliniko-labrador mezonlari, asorati va davolash usullari.	4
3.	Pankreatit etiologiyasi, patogenezi, va tasnifi. Oshqozon osti bezi o'smasida o'tkaziladigan diagnostik tekshiruvlar.	4
4.	Nospetsefik yarali kolit asoratlari va ichakni diagnostik tekshiruv mezonlari.	4
5.	Gepatomegaliya bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.	4

6.	Jigar sirrozi etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, va diagnostikasi.	4
7.	Sariqlik bilan kechuvchi kasalliklar etiopatogenezi, klinik ko'rinishlari, kasallikning sindromal diagnostikasi.	4
8.	Buyrakning yallig'lanish va immun yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, kasalliknin klinik namoyon bo'lishi, diagnostikasi va aktivlik mezonlari.	4
9.	Nefropatiyalarning etiologiyasi, patogenezi va kasallikni aniqlash usullari.	4
10.	Surunkali buyrak yetishmovchiligi etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik sindromlari, diagnostikasi va davolashda qo'llaniladigan dori vositalar	4
11.	Shish sindromi etiologiyasi, patogenezi, klinik namoyon bo'lishi va diagnostikasi.	4
12.	Revmatizm va revmatoidli artrit kasalliklarining diagnostik mezonlari.	4
13.	Seronegativ spondiloartritlarning (Reaktiv artrit, Bexterev kasalligi, psoriatik artrit) diagnostik mezonlari.	4
14.	Biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarining diagnostik mezonlari, faollik darajalari va davolash usullari.	4
15.	Dermatomiozit va tizimli vaskulit kasalliklarining diagnostik mezonlari, aktivlik darajalari, davolash usullari va profilaktikasi.	4
16.	Tugunchali periartrit va nospetsifik aortoarteriit kasalligining Diagnostik mezonlari, aktivlik darajalari, davolash usullari va profilaktikasi.	5
	Jami :	65

Ichki kasalliklar propedevtikasi fani bo'yicha klinik amaliyotni o'tish davrida talabalar amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishlari ko'zda tutilgan.

Amaliy ko'nikmalar ro'yxati:

1. Ko'krak qafasi pal`patsiyasi
2. O'pkaning solishtirma perkussiyasi
3. O'pkaning topografik perkussiyasi
4. O'pka auskul`tatsiyasi
5. Yurak pal`patsiyasi
6. Yurak perkussiyasi (nisbiy chegarani aniqlash)
7. Yurak perkussiyasi (absolyut chegarani aniqlash)
8. Yurak auskul`tatsiyasi
9. Qon bosimini o'lchash
10. Pul`sni tekshirish
11. EKG tushurish texnikasi
12. Normal EKG taxlili
13. Qorin bo'shlig'ining yuzaki pal`patsiyasi
14. Qorin bo'shlig'ining chukur pal`patsiyasi
15. Jigar pal`patsiyasi
16. Kurlov bo'yicha jigar perkussiyasi
17. Buyrak pal`patsiyasi
18. Limfa tugunlarning pal`patsiyasi

19. Taloq pal`patsiya va perkussiyasi
20. Analizlarni taxlil qilish
21. Vo'yni o'lchash
22. Tana vaznini o'lchash

Список практических навыков:

1. Пальпация грудной клетки
2. Сравнительная перкуссия легких
3. Топографическая перкуссия легких
4. Аускультация легких
5. Пальпация сердца
6. Перкуссия сердца (определить относительную границу)
7. Перкуссия сердца (определить абсолютную границу) 8. Yurak auskul`tatsiyasi
9. Измерить артериального давления
10. определить пульс
11. Техника проведения ЭКГ
12. Расшифровка нормального ЭКГ
13. Поверхностная пальпация живота
14. Глубокая пальпация живота
15. Пальпация печени
16. Перкуссия печени по Курлову
17. Пальпация почки
18. Пальпация лимфатический узел
19. Пальпация и перкуссия селезенки
20. Интерпретация анализов
21. Измерение роста
22. Измерение веса

List of practical skills:

1. Palpation of the chest
2. Comparative lung percussion
3. Topographic lung percussion
4. Lung auscultation
5. Palpation of the heart
6. Percussion of the heart (determine the relative border)
7. Heart percussion (determine the absolute boundary) 8. Yurak auskul`tatsiyasi
9. Measure blood pressure
10. determine the pulse
11. ECG technique
12. Decoding of a normal ECG
13. Superficial palpation of the abdomen
14. Deep palpation of the abdomen
15. Palpation of the liver
16. Kurlov liver percussion
17. Palpation of the kidney
18. Palpation of the lymph node
19. Palpation and percussion of the spleen
20. Interpretation of analyzes

21. Measurement of growth

22. Weight Measurement

O'quv klinik amaliyotni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Talabalarining "Ichki kasalliklar" fani bo'yicha klinik amaliyoti (darsning amaliy qismi) har kungi ta'lim jarayonining 50%ini tashkil qiladi va amaliy mashg'ulotlar ichki kasalliklar, kardiologiya, pul'monologiya, gastroenterologiya, gepatobiliar bo'limlarda va maslahat poliklinikasi, oilaviy poliklinikalarda o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulotda amaliy ko'nikmalarga o'rgatish jarayoni batafsil rejalashtiriladi va bir necha bosqichni o'z ichiga oladi:

1. Birinchi bosqich – mashg'ulotning maqsadi va vazifalaridan kelib chiqqan holda o'rganilayotgan amaliy ko'nikmani o'rganish motivatsion asosi aniqlanadi, uning nazariy jihatlarini muhokama qilinadi. Amaliy ko'nikmalarni amalga oshirish uchun kerakli asbob anjomlarni qo'llash talab etilsa (pikfloumetr, elektrokardiograf) ularning ishlash mexanizmi, ishlatish qoidalari bilan talabar tanishtiriladi.

Birinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedrada barcha asbob anjomlar mavjud va ishchi holatda bo'lishi lozim.

2. Ikkinchi bosqich – amaliy ko'nikmani namoyish qilib berish va ko'p marta mashq qilish. Bu bosqichni amalga oshirish uchun amaliy ko'nikmalarni qadamma qadam algoritmi pedagog tomonidan va videofil'mlar orqali namoish etiladi, algoritm asosida bosqichma bosqich to'g'ri bajarishga alohida e'tibor qaratiladi. Talaba amaliy ko'nikmani mustakil, biroq pedagog nazorati ostida talabalar o'zaro bir-birida ko'p marta mashq qilib o'rganadilar. Boshida barcha bosqichlarini alohida, keyin umumlashtirgan holda to'liq va to'g'ri bajara olgandan so'ng bemorda qo'llashga ruhsat beriladi (imitatsion trening). Ikkinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan amaliy ko'nikmalar qadamma qadam algoritmi va videofil'mi, o'quv-uslubiy qo'llanmasi, bajarish sxemasi yoki texnikasi va h.k., baholash mezonlari ishlab chiqilgan bo'lishi lozim.

Amaliy ko'nikmani o'tkazish uchun asbob anjomlar bo'lishi lozim va kerakli shart sharoitlar (maksimal darajada ish sharoitiga yaqin modellashtirilgan) yaratilishi lozim. Bu bosqichda pedagog nazorat qiladi va kerak bo'lganda talabalar ishidagi xatoliklarni to'g'irlaydi. Bu jarayonda talaba harakatlari videotasvirga olinib o'ziga namoish etilishi, kritik muhokama qilinishi mumkin. Talaba, uning xatosi nimada ekanligini, o'qituvchiga va boshqa talabalarga tushuntirib beradi va so'ngra muolajani takrorlaydi. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar ekspert sifatida chiqishda va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda ishtirok etadilar. Amaliy ko'nikma avtomatizm darajasigacha yetkazilishi maqsadga muvofiq.

3. Uchinchi bosqich - o'rganilgan bilim va amaliy ko'nikmani bemorda qo'llash. Bu bosqichda talaba o'zlashtirilgan bilim va amaliy ko'nikmani turli xil klinik xolatlarda (shu jumladan shoshilinch holatlarda) qo'llashga, olingan natijalarni taxlil qilishga va shu ma'lumotlar asosida harakat taktikasini belgilashga pedagog nazoratida o'rgatiladi.

Uchinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan o'quv, uslubiy qo'llanmalar, fotosuratlar, vaziyatli masalar va testlar to'plami, keyslar, diagnostika va davolash standartlari, kasallik tarihlari va ambulator kartalar va x.q. ishlatilishi lozim. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar nafaqat ekspert sifatida chiqishda

4. To'rtinchi bosqich – hulosa. Bu bosqichda pedagog talaba tomonidan olingan bilim va egallagan ko'nikmani bemorlarda, turli xil vaziyatlarda, faoliyat jarayonida to'g'ri va to'liq qo'lla olishiga ishonch hosil qilishi kerak va shunda amaliy ko'nikma o'zlashtirildi deb hisoblanadi.

To'rtinchi bosqichni amalga oshirish uchun talaba bemor bilan mustaqil ishlashi pedagog tomonidan nazorat qilinadi, tibbiy hujjatlarni, klinik auditni yozib himoya qilganda baholanadi.

Mashg'ulot so'nggida o'qituvchi har bir talabaning amaliy ko'nikmani o'zlashtirganligini tasdiqlaydi. Talaba amaliy ko'nikmani o'zlashtira olmagan vaziyatlarda, mashg'ulotdan tashqari vaqtda mustaqil o'zlashtirish tavsiya etiladi va pedagogga qayta topshiradi. Talaba barcha amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirgan holda fanni o'zlashtirgan hisoblanadi.

Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

Asosiy adabiyotlar

1. Gadaev A.G. Ichki kasalliklar. Darslik. -Toshkent. Turon Zamin Ziyo nashriyoti. 2018 y.
2. Karimov SH.I., Tashaev O.R., Gadaev A.G., Nurillaeva N.M. Oilaviy tibbiyot asoslari. O'quv qo'llanma. -Toshkent. O'zbekiston nashriyot-matbaa ijodiy uyi. 2017 y.
3. Nazarov O.A., Nazarov J.A., Nizamov K-F- Klinik allergologiya. Darslik. - Toshkent. "Yangi asr avlodi" 2016 y.
4. Gadaev A. G., Karimov M.SH. Ichki kasalliklar propedevtikasi. Darslik. -Toshkent. Muxarrir nashriyoti. 2012 y.
5. Maxmudova SH.K. Kasb kasalliklari. Darslik. – Toshkent. " Yangi asr avlodi". 2011 y.
6. Gadaev A.G., Axmedov X.S. Umumiy amaliyot vrachlari uchun amaliy ko'nikmalar to'plami. O'quv qo'llanma. -Toshkent. Muxarrir nashriyoti. 2010 y.
7. Xaitov P.M. Klinicheskaya allergologiya Uchebnik. - Moskva. «GEOTAR media» 2009
8. Nazarov O.A., Yuldasheva F.U. Allergologiya. Darslik. - Toshkent. «FAN» 2001 y.

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Nurillaeva N.M. Profilaktika faktorov riska ishemicheskoy bolezni serdtsa v pervichnom zvene zdravooxraneniya Uzbekistana. Monografiya. -Tashkent. IPTD Uzbekistan. 2016 g.
2. Gadaev A.G., Rozikov A.A., Raximova M.E. Amaliy elektrokardiografiya. -Toshkent. Turon Zamin Ziyo nashriyoti. 2016 y.
3. Karimov SH.I. va boshqalar. Sog'lom ovqatlanish- salomatlik mezoni. -Toshkent. O'zbekiston nashriyot-matbaa ijodiy uyi 2015 y.
4. Harrison's principles of internal medicine 19 th edition. McGraw-Hill Health Professions Division 2015 y.
5. Xaitov R M. Allergologiya federal'nie klinicheskie rekomendatsii. Moskva. «Farmarus Print Media». 2014 g.
6. O'zbekiston Respublikasi SSV 10.07.2012 yilda tasdiqlangan 200-buyrug'i.
7. Xayitov R M. Allergologiya i immunologiya. Moskva. «GEOTAR Media» 2012 g.
8. Xarrison R.T. Vnutrennie bolezni 1, 2 tom. Uchebnik. -Moskva. Meditsina. 2011 g.
9. Gadaev A.G. Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar to'plami. O'quv qo'llanma. - Toshkent. Muxarrir nashriyoti. 2010 y.
10. Muxin N.A. Vnutrennie bolezni tom 1. Uchebnik. -Moskva. GEOTAR – Media. 2009 g.
11. Muxin N.A. Vnutrennie bolezni tom 2. Uchebnik. -Moskva. GEOTAR – Media. 2009 g.
12. Okorokov. A.N. Diagnostika bolezney vnutrennix organov. Uchebnik. -Moskva. Meditsinskaya literatura 2009 g.
13. Okorokov A.N. Lechenie bolezney vnutrennix organov. Uchebnik. -Moskva. Meditsinskaya literatura 2009 g.
14. Nazirov F.G., Gadaev A.G. Obshaya vrachebnaya praktika. Uchebnoe posobie. Moskva. GEOTAR-Media. 2009 g.
15. Ivashkina V.T. Vnutrennie bolezni po Devidsonu. Moskva. Geotar- Media. 2009 g.

16. Sharapov F.G. Ichki kasalliklar. Darslik. Toshkent. Yangi asr avlodi nashriyoti. 2006 y.
17. Artamonova V.G., Muxin N.A. Professional`nie bolezni. Uchebnik. - Moskva."Meditsina".2004 g.
18. Nasretdinova N.N. Geriatriya v deyatel`nosti VOP. Uchebnik. Tashkent. Shark. 2004 g.
19. Strutinskiy A.V. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. Moskva. MEDpress-inform. 2004 g.
20. Zmushko YE.I., Belozarov YE.S., Mitin YU.A. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya. Uchebnik. Moskva. «mediabook». 2001 g.
21. Ubaydullev A.M., Yakimova M.A., Uzakova G.T. Bronxial`naya astma. Metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey. Tashkent. «FAH». 2001g.
22. Spravochnik – putevoditel` praktikuyushogo vracha. 2000 bolezney ot A do YA. Moskva. GEOTAR Meditsina. 2000 g.
23. Pitskiy V.I., Adrianova N.V., Artomasova A.V. Allergicheskie zabolevaniya. Moskva. «Meditsina» 1999 g.
24. Nazarov A.A. Atopicheskaya bronxial`naya astma. Toshkent. «Ibn Sino» 1994.

Internet saytlari:

1. www.medlook.ru
2. www.prof.bolezni.com.
3. www.medicum.ru
4. www.medtext.ru
5. www.medkniga.ru
6. www.cardioline.ru
7. [www:http://buks.ru/book;](http://www.buks.ru/book)
8. [www.ziyonet.uz;](http://www.ziyonet.uz)
9. [www.lex.uz;](http://www.lex.uz)
10. [www.cardiosite.ru;](http://www.cardiosite.ru)
11. [www.cardiologia.ru;](http://www.cardiologia.ru)
12. [www.bilim.uz;](http://www.bilim.uz)
13. [www.gov.uz;](http://www.gov.uz)
14. [www.mf.uz.](http://www.mf.uz)

Didaktik vositalar

Jixozlar, asbob uskunalar, mulyajlar, texnik vositalar: kompyuter, proyektor.

Markazlashgan va markazlashmagan kasalxona oshxonasining tuzilishi,

«Xafakonlik simptomatologiyasi»,

«Plevrit simptomatologiyasi»,

“Qandli diabet asoratlari”

“Bolezni endokrinnoy sistemi””,

“Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi””,

“Aritmiyalar””,

“Bronxialnaya astma””,

“Vrojdennoe poroki serdtsa””,

“Revmatoid artrit””,

“Miokard infarkti””,

“Kandli diabet simptomatologiyasi.

Diabetik va gipogilekimik koma xakida tushuncha.””,

“Leykozlar simptomatologiyasi”,

“Anemiya (kamkonlik)”,

“Jigar sirrozi”

“Revmatizm va birlamchi revmokardit simptomatologiyasi

“Issledovanie krovenosno`x sosudov.

Gipertoniya ,gipotenziya. Izmerenie AG`D,

«Laboratno`e i instrumentalno`e metodi issledovaniya pri di`xatelnoy patologii» , va x.o. mavzularida tayyorladik.

Ishchi dasturga kiritilgan o`zgartirishlar:

2018-2019 o`quv yili uchun tuzildi.

(keyingi yilda xuddi shunday dastur formasi bo`ladi lekin o`zgartirishni shu joyga
qo`shicha yozib boriladi.

Ish dasturi kafedraning majlisida ko`rib chiqildi

«__»_____2019 yil

Kafedra mudiri _____t. f. n. Babadjanova Z. H.

Maruza №1. Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilungach, oshqozon, ichaklarni tekshirish usullari (surab-surishtirish, fizikal, laborator- asbobiy). Asosiy klinik sindromlar

Amaliyotda qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar tez-tez uchraydi. Bunday kasalliklar qatoriga rivojlanish anamaliyalari, funktsional kasalliklar (qizilo'ngach diskineziyasi), diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, qizilo'ngach shilliq qavati yallig'lanishi (ezofagit), qizilo'ngach peptik yarasi, kardiospazm, divertikulalar, qizilo'ngachning yaxshi va yomon sifatli o'smasi kiradi.

So'rab-surishtirish; Shikoyatlar. Qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar ovqat luqmasining qiyinchilik bilan qizilo'ngachdan o'tishi (disfagiya), ovqat luqmasining og'riq bilan qizilo'ngachdan o'tishi (odenofagiya), qusish, kekirish, jig'ildon qaynashi, so'lak ajralishidan shikoyat qiladilar.

Disfagiya (yunoncha dys-qiyinchilik, funksiya buzilishi, phagein-yemoq) ovqat luqmasining qizilo'ngachdan o'tishining buzilishidir va qizilo'ngach kasalliklarida asosiy simptom hisoblanadi. Bunda bemorlar ovqat luqmasining qizilo'ngachda turib qolganini, og'riq hamda ovqatlanayotganda qizilo'ngachda (to'sh ortida) noxush his bo'lishini sezadilar. Qizilo'ngach kasalliklarida disfagiya doimiy va vaqtinchalik bo'lishi mumkin. Doimiy disfagiya qizilo'ngachning organik zararlanishlarida (yangi hosilalar, qizilo'ngachning chandiqli strukturalari) yuzaga keladi. Kasallik boshlanishida faqat qattiq ovqatlarning o'tishi qiyin bo'ladi. Keyinchalik qizilo'ngach qisilishining kuchayishi hisobiga yumshoq hatto suyuq ovqatning ham o'tishi qiyinlashadi.

Paroksizmal disfagiya qizilo'ngachning funktsional jihatdan zararlanishida uchraydi (ezofagospazm) va bu tez-tez ovqatlanish hamda hayajonlanishga olib keladi. Yumshoq hamda suyuq ovqatning qizilo'ngachdan o'tishi qiyinlashadi, qattiq ovqatning o'tishi esa nisbatan osonroq kechadi (paradoksal disfagiya).

Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining qiyinlashuvi kekirdak va qalqonsimon bez o'sma kasalliklarida; ko'krak qafasining yomon sifatli o'smasida, mediastenal limfa tugunlarining kattalashuvida, aorta anevrizmasida; kardiya axialaziyasi (yutinganda kardiyaning reflektor tarzda ochilmasligi bilan bog'liq kasalliklar), peptik strikturalar hamda qizilo'ngach o'smalarida kuzatiladi. Chap bo'lmacha gipertrofiyasida qizilo'ngachni siljitishi munosabati bilan ham kuzatilishi mumkin.

Og'riq. Qizilo'ngach kasalliklarida og'riq doimiy, xurujsimon xarakterda bo'ladi, to'sh orqasiga lokalizatsiyalanadi, yelkaga, bo'yinga, ko'krak qafasining chap tarafiga irradiatsiyalanadi, stenokardiya xurujiga o'xshaydi. Funktsional kasalliklarda (diskineziya) og'riq ko'pincha qizilo'ngach devori spastik qisqarishi bilan bog'liq bo'ladi. Ezofagitda og'riq qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi bilan bog'liq. Og'riqni bunday hollarda yuzaga kelishi ko'p ovqat yeganda, tana oldinga egilganda, gorizontal holatda bo'lganida oshqozondagi moddalarning qizilo'ngachga otilishiga (gastro-ezofagial reflyuks kasalligi) olib keladi. Yomon sifatli yangi hosilalarda bemorlar qizilo'ngach seroz qavatida o'smaning o'sishi bilan bog'liq bo'lgan doimiy iztirobli og'riqdan shikoyat qiladilar.

Qusish. Qizilo'ngachdan qusish qizilo'ngachning qisilishida yuz beradi (masalan, chandiqli strikturalar yoki o'smalarda). Oshqozon hamda 12 barmoqli ichak kasalliklaridagi qusishdan farqli ravishda, qizilo'ngachdan qusishda ovqat luqmasi

qizilo'ngachda ushlanib qolinadi, qusishdan oldin ko'ngil aynimaydi hamda oldingi qorin devoridagi muskullar ishtirokisiz amalga oshadi. Bunda qusiq massasi HCL kislotasi, pepsin tutmaydigan so'lak aralashgan kam o'zgargan, chaynalgan ovqat massasidan iborat bo'ladi. Qizilo'ngach rakida qusiq massasi yiring hidiga ega bo'lib, allaqachon iste'mol qilingan ovqat qoldiqlarini, ma'lum miqdorda shilliq tutib, qon aralashgan bo'ladi.

Ovqat luqmasi bilan **kekirish**-qabul qilingan ovqatning ma'lum qismini og'iz bo'shlig'iga qaytishi (regurgitatsiya) va shuningdek qizilo'ngachdan ovqat luqmasining o'tishida to'siq bo'lganida kuzatiladi. Qizilo'ngachda to'plangan moddalarning kechqurungi regurgitatsiyasi ko'pincha kardiya axialaziyasida kuzatiladi.

Zarda qaynashi (pyrosis)-to'sh suyagining qilichsimon o'sig'i sohasida achishish hissi bo'lib, qizilo'ngach kasalliklarida (reflyuks ezofagit, diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, kardiya yetishmovchiligi) uchraydigan simptom. Zarda qaynashining yuzaga kelish mexanizmi medadan otilgan meda va 12 barmoqli ichak shirasini qizilo'ngach distal qismining shilliq qavatini ta'sirlashiga bog'liq. Sanalgan shikoyatlardan tashqari qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rigan bemorlar so'lakning ko'p ajralishi (gipersalivatsiya), havo yoki oshqozon moddalari bilan kekirish, o'g'izdan noxush hid kelishi va hiqichoqdan shikoyat qiladilar.

Qon oqish. Tashxislashda muhim simptom bu-qon ketishidir. Uning sabablari qizilo'ngach peptik yarasi va yomon sifatli o'smasi, qizilo'ngach devorining yot moddalar bilan zararlanishi, qizilo'ngach kengaygan varikoz venalarining yorilishi (jigar tsirrozi bilan kasallanganlarda), kuchli qusish natijasida yuzaga keladigan qizilo'ngach kardiya sohasi shilliq qavatining chiziqli kesilishlarida, masalan alkogol iste'mol qiladigan bemorlarda (Mellori-Veys sindromi). Oshqozon kasalliklaridagi qon ketishdan farqli ravishda, qizilo'ngachning arterial qon ketishi (masalan peptik yaradan, ta'sirlangan o'smadan) qusiq massasida o'zgarmagan qon aralashishi bilan xarakterlanadi. Qizilo'ngachning kengaygan varikoz venalaridan qon ketganda qusuq massasidagi qon rangi to'q qizil bo'ladi.

Kasallik anamnezi. Kardiya axialaziyasi bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha disfagiya bezovta qiladi. Qizilo'ngachning ko'pgina kasalliklarida (reflyuks-ezofagit, kardiya axialaziyasi) kasallikning rivojlanish davrlari oz yoki ko'p davomiylikda sog'ayish davrlari bilan almashinganda kasallikning to'liqsimon kechishi kuzatiladi. Yomon sifatli o'smalarga qarshi holda, qizilo'ngachning peptik strukturalarida kasallikning progressivlanib kechishi kuzatiladi.

Hayot anamnezi. Hayot anamnezini yig'ayotganda qizilo'ngach chandiqli o'zgarishlariga olib keluvchi sabablarga-qizilo'ngach kuyishlari (termik va kimyoviy) va travmalari kuzatilishi ahamiyatli. Chekish, spirtli ichimliklar ichish hamda parhezdagi xatoliklar (yaxshi chaynalmagan, achchiq, haddan tashqari issiq ovqatlarni istemol qilish) ko'pincha reflyuks-ezofagitning rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi kasalliklar masalan temir tanqis anemiya, sistemali sklerodermiya qizilo'ngach devorining spetsifik zararlanishiga olib kelib, disfagiya paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi.

Fizikal tekshirish usullari.

Qizilo'ngachning chandiqli yoki o'smali strukturalari bilan kasallangan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirganda sezilarli darajada tana vazni yo'qotilganini bilish mumkin

(kaxeksiyagacha olib kelishi mumkin), ba'zan suvsizlanish, vitamin yetishmovchiligi kuzatiladi. Kardiya axialaziya hamda qizilo'ngach yuzasini qoplab olgan o'sma kasalliklarida perkussiya qilinganda Traube sohasi yo'qolishi kuzatiladi.

Instrumental va laborator tekshirish usullari

Qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida rentgenologik, endoskopik, morfologik, ezofagotanokimografik va boshqa tekshirish usullaridan keng foydalaniladi.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish qizilo'ngach holati, shakli, uzunligi, konturlarini baholashga, uning shilliq qavati relefini aniqlashga, motorikaning turli xil buzilishlarini bilishga imkon beradi. Aniq diagnoz qo'yish maqsadida bugungi kunda turli xil rentgenologik tekshirish usullaridan foydalanilmoqda (bariy sulfat qabul qilish bilan amalga oshiriladigan oddiy rentgenoskopiya va rentgenografiya, ikki marta kontrastirovkalash usuli, rentgenokinematografiya va rentgenotelevideniya, pnevmomediastenografiya, kompyuter tomografiyasi, yadroli magnitli rezonans tomografiyasi va boshqalar), bular qizilo'ngach zararlanishiga olib keladigan ko'krak qafasi organlaridagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi (limfa tugunlarining, o'smaning kattalashgani, aorta anevrizmasi va boshqalar). Bemorlarni tekshirayotganda yanada aniq ma'lumot olish uchun ularni turli holatlarda har xil proektsiyadagi rentgen suratlarini olish mumkin.

Ezofagoskopiya. Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish uchun maxsus yon tomonlama joylashgan yorituvchi optikadan iborat bo'lgan fibroezofagoskopdan foydalaniladi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida yordam beradi, zarur holatlarda zararlangan sohadan biopsiya olishga, olingan materialda gistologik tekshirishlar olib borishga imkon yaratadi, turli xil davolovchi manipulyatsiyalar: qizilo'ngachni kengaytirish, qonayotgan tomir elektrokoagulyatsiyasi (masalan peptik yaralarda), qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari skleroterapiyasini o'tkazishga sharoit yaratadi.

Boshqa tekshiruv usullari. Qizilo'ngach yomon sifatli o'smalarining diagnostikasida qo'shimcha usul tsitologik tekshirish bo'lib, bunda qizilo'ngach yuvilgan suvdan yoki shilliq qavatdan ajratma sifatida olingan yoki bioptat materialdan foydalaniladi. Ajratmani keng yuzali yorituvchi ballonchadan iborat bo'lgan maxsus zond yordamida olinadi. **Ezofagotonokimografiya** qizilo'ngach turli qismlari harakat aktivligini registratsiya qilish, shuningdek qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini aniqlashda va qizilo'ngach diskineziyasi, kardiya axialaziyasi, diafragma qizilo'ngach yorig'i churrasi diagnostikasida qo'llaniladi. Gastroezofagial reflyuks kasalini aniqlashda **qizilo'ngach ichi pH metriyasidan** foydalaniladi. Bunda qizilo'ngach ichi pH i 4,0 dan past bo'lsa oshqozondagi nordon moddalarning qizilo'ngachga o'tilganini bildiradi. So'nggi yillarda qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida **endosonografiya** ancha keng tarqalgan usullardan, bu ultratovushli tekshirish bo'lib, bu tekshirish ultratovushli datchikni ezofagoskop yordamida qizilo'ngachga kiritishdan iborat. Bu metod qizilo'ngach o'smalarini aniqlashga yordam beradi (ayniqsa shilliq qavat ostida bo'lsa) va operativ davolashdagi muhim savollarga javob beruvchi regionar limfa tugunlari holatini baholashda qo'llaniladi.

Qizilo'ngachning organik va funktsional qisilishlarini differentsial diagnostika qilishda hozirgi kunda turli xil **farmakologik moddalardan** foydalaniladi. Nitroglitserin qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, kardiya axialaziyasi bilan

kasallanganlarda qizilo'ngachdan ovqat luqmasini o'tishini osonlashtiradi va qizilo'ngachning organik tabiatli zararlanishida bunday effekt bermaydi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan og'riغان bemorlarni klinik tekshirish usullari: (Sub'yektiv va ob'yektiv)

Sub'yektiv tekshirish: So'rab surishtirish (interrogatio): bemorlar shikoyatlari – asosiy va qo'shimcha.

Anamnesis morbi

Anamnesis vitae

Asosiy shikoyatlarga quyidagilar kiradi:

-Og'riq sindromi;

-Dispeptik sindromlar;

-Oshqozon-ichakdan qon ketishi (gemoragik sindrom);

Astenovegetativ sindrom;

-Tana massasining kamayishi;

Og'riqlar

Tananing qorin qismida og'riq oshqozon va 12 barmoqli ichak patologiyasida ko'proq bezovta qilib turadi. Odatda epigastral sohada tarqaladi va doimiy yoki xurujsimon xarakterga ega bo'ladi. Eng ko'p xarakterda xurujsimon og'riqlar ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lib, sezon xarakterga ega (bahor va kuz). Og'riq paydo bo'lish vaqtiga qarab jarohat lokalizatsiyasini aniqlash mumkin. Barvaqt va kechki og'riqlar farqlanadi.

-Barvaqt og'riqlar odatda oshqozon patologiyasi bilan bog'liq. Ular ovqatdan keyin tezda paydo bo'ladi (odatda 30-60 minutdan keyin), davomiyligi 1-1,5 soat. Oshqozondagi massa evakuatsiya qilingandan keyin kamayib boradi.

-Kechki og'riqlar 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan bog'liq. Ular ovqatdan so'ng (1,5-3 soatdan keyin) paydo bo'ladi. Shuningdek yana och qorindagi og'riq, ovqat iste'mol qilgandan so'ng kuchsizlanuvchi va tungi og'riqlar tafovut qilinadi. Kasallar quyidagilarga shikoyat qiladilar; epigastral sohada bosim yoki og'riq sezishi, oshqozonda hazm bo'lishi bilan bog'liq shikoyatlar. Shuningdek ichaklarda gaz hosil bo'lishi kuchayishi natijasida qorinda dam (meteorizm) kuzatiladi.

Dispeptik sindrom. Dispepsiya-, hazm jarayonini buzilishi bilan bog'liq simptomlar (ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, oshqozonda dam, kuldirash, epigastral sohada og'riq va ichaklarda og'irliq hissi) bezovta qiladi.

Dispeptik sindrom sabablari: Organik va funktsional bo'ladi.

Organik dispepsiya sabablari: reflyuks-ezofagit; yara kasalliklari; gastritlar; surunkali pankreatit; o't-tosh kasalliklari; oshqozon raki.

Funktsional dispepsiya diskinetik, nospetsifik ko'rinishida bo'ladi:

-Diskinetik dispepsiya quyidagi alomatlar bilan birga xarakterlanadi: oshqozon tezda to'yishini his etish, epigastral sohada noxushlikni his etish, og'riq kuzatilmasligi mumkin, ko'ngil aynishi, ayrim mahsulotlardan zaharlanish, ba'zan ingichka ichak zararlanishi.

-Nospetsifik dispepsiya uchun xarakterli qaytalanuvchi kekirish, qorinda dam, ko'ngil aynishi, stress holatlarda paydo bo'ladi.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi sabablari:

Yara kasalligi

Gastrit va oshqozon eroziyasi

Ezofagit yoki qizilo'ngach yarasi

Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishi (jigar tsirrozi).

Mellori-Veyss sindromi-ko'p marta qusish va uni xuruji sababli oshqozon kardial qismi shilliq qavati kapilyarlari yorilishi natijasida oshqozondan qon ketishidir.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi qon aralash qusish va melenaga sabab bo'ladi. Qusuq massaning rangi ketayotgan qon miqdori va oshqozonda qancha vaqt turganligiga bog'liq.

Qo'shimcha shikoyatlar:

Ko'ngil aynishi, epigastral sohada noxushlik his etish adashgan nervning zararlanishi bilan bog'liq. Oshqozon kasalliklarida ko'ngil aynishi odatda og'riq bilan shuningdek tez-tez qusishdan oldin paydo bo'ladi. Ko'ngil aynishi ko'p boshqa holatlarda ham bo'ladi. Oshqozon ichak trakti patalogiyasida odatda ovqat qabul qilishda kuzatiladi.

Qusish – reflektor akt bo'lib, meda va 12 barmoqli ichak maxsulotlarini qizilo'ngach, og'iz bo'shlig'i bazan burunga qaytib chiqishidir. Bu qorin mushaklarini qisqarishi, nafas muskullarining harakati hisobiga sodir bo'ladi. Pilorik sfinkter yopiq holatda bo'ladi. Qusish refleksi ovqat qabul qilish, ovqatni medada turib qolishi, og'riq sezish bilan bog'liq. Markazi uzunchoq miyada joylashgan.

-Ertalabki qusish. Katta miqdorda shilliq bo'lsa surunkali gastrit uchun xarakterli (alkogolizm). Ertalabki qusish o't kislota saqlasa, tungi gipersekretsiya uchun xarakterli. Qusish ovqatdan keyin (10-15min) bo'lsa yara yoki oshqozon kardinal qismi raki, shuningdek surunkali gastrit uchun xarakterli. -Yara yoki oshqozon tanasi rakida qusish ovqatdan 2-3 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi.

Oshqozon pilorik qismi yarasi yoki 12 barmoqli ichak yarasida qusish ovqat qabul qilgandan 4-6 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi. 1-2 kun oldingi yig'ilgan ovqatlarni qusish bu sfinkter stenozida oshqozonda ovqat to'planishi bilan xaraterlanadi va aynigan palag'da tuxum hidi bo'ladi.

Qusilgan massa xarakteri:

-Qusiq massa qon saqlashi mumkin. Bu qizilo'ngach, meda-ichakdan qon ketishini bildiradi. Bu qusilgan massa "quyuq kofe" ko'rinishiga bo'ladi.

- Qusuq massasidan chirigan hid kelsa, ovqatning medada ko'p saqlanishi, medaning pilorik qismi stenoz, atoniya uchun xos.

Odatda qusishlar meda va qizilo'ngach kasalliklarida kuzatiladi, ba'zan meda ichak trakti patologiyasidan tashqari, gipertoniyada, zaharlanishlarda, yuqumli kasalliklarda, miyada bosim oshganda, ensefalitda qusish markazining ko'zg'aladi. Bunda qusish birdaniga paydo bo'lishi, ko'ngil aynish va boshqa dispeptik simptomlarsiz kechishi, qusgandan so'ng yengillik sezilmasligi va davomsizligi xarakterli.

Kasallik anamnezi. Kasallik simptomlari qachon boshlangan, ovqatlanish bilan bog'liq, bog'liq emasligi, sezon xarakterda ega yoki yo'qligini, og'riq davomiyligi, kuchayishi, sekinlashishi, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari qabul qilganligi, bemorni o'tkazgan kasalliklari (jigar tsirrozi) meda ichak traktidan qon ketishini aniqlash maqsadida, o'tkazgan kasalliklari va avlodida qayd etilgan kasalliklar surishtiriladi.

Hayot anamnezi. Anamnez yig'ishda bemorning ovqatlanishini baholay olish kerak (ovqatlanish rejimini). Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari asosiy omili bo'lgan ovqat qabul qilish ketma-ketligi buzilganligini aniqlash. Bemor qanday ovqat iste'mol qilganligi (yog'li, qovurilgan, o'tkir, sho'r, achchiq, o'tkir ichimliklar (uksus kislotasi)), qancha miqdordaligini aniqlash kerak.

Obyektiv tekshirish usullari: Ko'zdan kechirishda-(inspeksiya): bemorlarda – oriqlash, hattoki kaxeksiya (rakda va qizilo'ngach axialaziyasida), terini qurishi, oqaruvi (qizilo'ngach rakida) kuzatiladi. Qorin shakli, peristaltikaga etibor beradi. Terida chandiqlar, chiziqlar (striae), pushti rang chiziqlar – Kushing sindromida, teri osti venalarining kengayishi (tsirrozlarda yoki v. cava inferior obstruksiyasida), kindikning bo'rtib chiqishi (astsit, o'smalarda), pushti rangga bo'yalishi (pankreatitda, pastga siljishi (astsitda), yuqoriga (homiladorlikda, chanoq organlari o'smasida). Ekximozlar (yumshoq to'qimalarga qon quyilishi), kindik atrofiida – Kullen simptomi, qorin yon devorlarida–Grey Turner simptomi (qorin parda ichra yoki orti bo'ylab teri osti qon oqishida), qorin bo'shlig'i o'smalarida assimetriya kuzatiladi. Qorin sathi kuzatilayotgan paytda qorin oldingi devorini nafas ekskursiyasiga ishtirokiga; teri osti venoz anastomozlarga va operatsiyadan keyingi chandiqlarga alohida e'tibor berish maqsadga muvofiqdir.

Palpatsiya – o'tkazishda bir qo'llab (mono manual) va ikki qo'llab (bimanual) palpatsiyadan foydalaniladi. Yuza palpatsiyada qorin devori mushaklari tarangligi (rezistentligi), mushaklar tonusiga, og'riqli nuqtalar bor yo'qligiga etibor beriladi, oshqozon yara kasalligi va gastritga aloqador epigastral sohadagi og'riqlar, qorin mushaklari taranglashishi kuzatiladi. Chuqur palpatsiya to'rt momentdan iborat; 1-qo'lni qorin devoriga qo'yish, 2-terini tortib burma hosil qilish, 3-ichkariga kirish, 4-palpatsiya. Palpatsiya ketma ketligi-sigmasimon ichak, ko'r ichak, ko'ndalang chanbar ichak, ko'tariluvchi (chiquvchi) chanbar ichak, tushuvchi chanbar ichak, va meda, xuddi shu tartibda perkussiya qilinadi. Chuqur palpatsiyada oshqozonning katta va kichik egriligi va pilorik qismini aniqlaymiz. Ba'zan kattalashgan o'smalar palpatsiya qilinadi. Ichaklar holatiga baho beriladi va og'riqlar aniqlanadi. **Perkussiya** (informatsiyasi past va shuning uchun kam qo'llaniladi) shunga qaramasdan pilorostenozda chayqalish simptomi musbatligi, jigar, taloq hajmi va meda ichak traktida timpanik tovush aniqlanadi. **Auskultatsiya** qorinda kuldirashlarni, aorta anevrizmi bo'lsa ustida shovqin eshitiladi. Hozirgi kunda fizikal tekshirish usullari kombinatsiyalashgan holatda amalga oshirilmoqda. Bunday usullar tashxisni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

«Kombinatsion» usullar:

1 – auskultoaffrikatsion:

Epigastral sohasiga fonendoskop qo'yiladi va qo'l barmoqlari yordamida qorin oldingi devori bo'ylab lin. mediana anterior proektsiyasida xanjarsimon o'simtadan kindikka qadar sirpanuvchi harakat amalga oshiriladi. Oshqozon quyi chegarasi odatan sirpanuvchi tovush susaygan nuqtada joylashadi.

2 – auskultativ perkussiya

Ushbu kombinatsion usul amalga oshirilayotgan paytda tekshiruvchi barmoqlari teri bo'ylab sirpantirilmaydi, balki yengil to'qillatib uriladi.

Meda shirasini tekshirish - Oshqozon shirasini tekshirish (oshqozonning sekretor funksiyasi)-oshqozon shilliq qavatining morfologik va funktsional holatini o'rganish, shuningdek masofadan turib uning evakuator funktsiyasiga baho berishga imkon beruvchi asosiy metodlardan biri. Oshqozon shirasini tekshirishning zondli va zondsiz usuli keng tarqalgan. Zondlash oshqozonning sekretor (oshqozon shirasi miqdori) kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasi (sekretor funksiyasi) ni tekshiruvchi metod hisoblanadi. Oshqozon bezlarining sekretor funksiyasi haqida tasavvurga ega bo'lish uchun maxsus (ingichka) zond bilan zondlash va oshqozon suyuqligini doim yoki 1 xil vaqt oralig'idan keyin so'rib olinishi kerak. Barcha holatlarda boshlang'ich bosqichda intensiv oshqozon shirasi 1 soat (har 15min) davomida uning tinch va ovqat hazm qilish oralig'ida olinadi va u bazal sekretiya deyiladi. Laboratoriyada zond orqali ovqat hazm qilish jarayonida oshqozon shilliq qavatining sekretor faoliyatini tekshirish uchun bemorlarga ovqatga javoban hosil bo'ladigan shira ishlab chiqarilishini stimullovchi medikamentoz preparatlar teri ostiga yuboriladi (gistamin, pentagastrin,). Oshqozon sekretiyaning stimullovchi kimyoviy preparatlar laborator tekshirish uchun yaroqli bo'lgan toza oshqozon shirasini olishga yordam beradi. Gistamin in'eksiya qilingandan keyin tekshirilayotgan odamda bir necha daqiqadan so'ng o'tib ketuvchi qizarish, boshida bosim va issiqlikning sezilishi kuzatiladi. Yuqoridagi nojo'ya ta'sirlarni oldini olish uchun, hamshira 20-30 daqiqa oldin dimedrol, suprastin va boshqa allergiyaga qarshi preparatlar mushak orasiga yuborishi kerak. Hozirgi kunda oshqozon shirasini stimullovchi ovqat mahsulotlarini (kofein, alkogol, karam qaynatmasi, go'shtli bulyon) qabul qilish rad etilmoqda. Chunki ular sust stimullovchi xususiyatga ega, shuningdek, ular oshqozonning kislota va ferment ishlab chiqarish funktsiyasiga ob'ektiv baho berishga yo'l qo'ymaydi.

Oshqozon shirasini zondsiz tekshirish (siydikda uropepsinni aniqlash, desmoid proba, ion almashinuvi testi-atsidotest) faqat orientirlovchi ahamiyatga ega. Ushbu metod faqat oshqozon sekretor funksiyasining saqlangan yoki saqlanmaganligi haqida taxminiy ma'lumot beradi. Oshqozon sekretor faoliyatining miqdoriy ko'rsatkichlarini zondsiz usulda aniqlab bo'lmaydi. Zondsiz tekshirish usuli faqatgina chegaralangan miqdordagi aholini yoppasiga tekshirishga imkon beradi. Poliklinika, statsionarda meda, o'n ikki barmoqli ichak va boshqa hazm trakti kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni zondsiz usulda tekshirish maqsadga muvofiq emas. **Tayyorlash:** oshqozon shirasini tekshirish uchun bemorlarni quyidagicha tayyorlanadi: tekshirishdan bir kun oldin kechqurun soat 20 da yengil tushlik qilish kerak. Tekshirish o'tkaziladigan kuni esa nonushta, suyuqlik, dori qabul qilinmaydi.

Zardob tarkibidagi gastrinni tekshirish. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarida zardob tarkibida gastrin borligini radioimmun metod yordamida tekshirish diagnostik ahamiyatga ega. Fiziologik holatda zardob tarkibida gastrin miqdori 100-200 ng/l ni tashkil qiladi. Uning 600 ng/l dan oshishi (gipergastrinemiya) Zollinger-Ellison sindromi (meda va 12 barmoqli ichak yarasini meda osti bezi adenokartsinomasi bilan birga kelishi) va pernitsioz anemiyada kuzatiladi.

Helicobakter pylorini aniqlash. Helicobakter pylori oshqozondan biopsiya yordamida olingan materialni tekshirish yo'li orqali aniqlanadi (ko'pincha FEGDS o'tkazilganda). Tekshirish uchun Ureaz testi qulay hisoblanadi. Bunda biopstat, tarkibida

machevina saqlovchi gelga surtiladi. Agar *Helicobakter pylori* bo'lsa bir necha daqiqa o'tgach rang o'zgaradi. *Helicobakter pylori*ni kulturada o'rganish qiyin, serologik yo'l bilan tekshirib bo'lmaydi.

Rentgenologik tekshirish - Medani tekshirish uchun rentgenografik va rentgenoskopik metodlar qo'llaniladi. Rentgenoskopik tekshirish orqali oshqozonning harakat funksiyasiga taxminiy baho berish mumkin. Bemorni tekshirishga tayyorlash uchun kechqurun yengil ovqatlanadi va o'sha kuni ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirish och qorinda va vertikal holatda o'tkaziladi. Kontrast modda sifatida bariy sulfat qo'llaniladi. Tekshirish oshqozon shilliq qavatining relefini o'rganishdan boshlanadi. Ovqat hazm qilish stadiyasiga bog'liq ravishda oshqozon burmalari keng doirada o'zgaradi (burmali yoki tekislashgan). Burmalar yo'nalishi buzilgan soha patologik o'choq hisoblanadi. Tekshirishning muhim komponenti bu oshqozon konturlarini o'rganish hisoblanadi. Malum bir joydagi doimiy botiqlik soyasi "tokcha" (nisha) termini bilan yuritiladi (oshqozon yarasiuning tipik belgisi), ko'rsatkich barmoq simptomi aniqlash mumkin. Oshqozon ma'lum bir sohasining kontrast modda bilan to'lmasligi oshqozon deffekti deb ataladi (o'sma oldi holati).

Fibroezofagogastroduodenoskopiya. Tolali optikadan foydalana boshlangach gastroduodenoskopiya intensiv rivojlandi va bu metod meda va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklariga tez va aniq ma'lumot beradigan metod hisoblanadi. Ushbu metod yordamida morfologik tekshirish uchun biopsiya olish mumkin. Bu metodning qulayliklaridan biri bu uzoq vaqt qon ketishini mahalliy davolash shuningdek rentgenologik tekshirishda aniqlab bo'lmaydigan shilliq qavatdagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshirishda oshqozonda yara aniqlanganda, o'smaning yaraga aylanmaganligini gistologik tasdiqlash uchun endoskopik tekshirish olib borish kerak. Meda o'smasiga gumon qilinganda (shuningdek tana massasining kamayishi, anemiya) endoskopik tekshirilishi asosiy ko'rsatmadir. Vaholanki endoskopik tekshirish rentgenologik tekshirishdan farqli ravishda bazi bir holatlarda oshqozon o'smalarini aniqlashga yo'l qo'ymaydi. Masalan infiltrativ o'suvchi oshqozon o'smasini aniqlab bo'lmaydi, chunki u shilliq qavat butunligini deyarli o'zgartirmaydi. Endoskopik tekshirishda biopsiya olish va qon oquvchi yaralarni kuydirish qulay.

Oshqozon shilliq qavatidan biopsiya olish va uni gistologik tekshirish.

Ushbu tekshirish metodidan o'sma bor yoki yo'qligini aniqlash uchun foydalaniladi. Tekshirish uchun bir necha joydan to'qima olinadi. 80-90% holatlarda diaqnoz to'g'ri chiqadi. Oxirgi paytlarda bu metoddan *Helicobakter pylori*ni aniqlash uchun foydalanilmoqda. Bioplatni tekshirish nafaqat mikroorganizmni o'z vaqtida aniqlashga shuningdek morfologik o'zgarishlarni aniqlashga ham yordam beradi (masalan, yallig'lanish, atrofiya, metaplaziya.)

Maruza №2. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar

Gastrit – meʼda shilliq qavatining oʻtkir yalligʻlanishidir. Morfologik hamda funksional qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya bilan surunkali shaklga oʻtishi mumkin.

Etiologiyasi. Bunda dagʻal va toʻliq yanchilmagan sifatsiz oziq-ovqat mahsulotlari, turli mikroorganizmlar (*Helicobakter pylori*, stafilakokk, salmonellalar) bilan zararlanish, dori vositalar birinchi oʻrinda aspirin va boshqa nosteroid yalligʻlanishga qarshi dorilar (NYQD) qabul qilish, etanol va ekzoallergenlar, haddan ziyod issiq ovqat qabul qilish, toksik moddalarni medaga tushishi kabi ekzogen omillar muhim oʻrin tutadi. Endogen omillar ham gastrit kelib chiqishiga ahamiyati katta. Bular nafas, buyrak, jigar va yurak yetishmovchiliklari hamda tizimli kasalliklardan keyin paydo boʻladi. NYQD prostoglandinlarni ingibitsiyalanishi bilan bogʻliq boʻlib, bunda koʻpincha oʻtkir eroziv gastrit kelib chiqadi. Oʻtkir ichimliklar ichish, maʼlum bir oziqa mahsulotlariga allergiya, kuyish, travma va operatsiya natijasida, stress tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

Eroziv gastritning kelib chiqishi meʼda shilliq qavatida qon aylanishining buzilishi bilan birga yuqoridagi sabablar muhim rol oʻynaydi.

Klinikasi. Oʻtkir kataral gastritda epigastral sohada ogʻriq, dispeptik sindrom (koʻngil aynishi, oziq-ovqat, shilliq va oʻt suyuqligi aralashgan qusish), baʼzan subfebril isitma bilan xarakterlanadi. Simptomlari meʼda shilliq qavatida patogen faktorlar taʼsiri 6-8 soatdan keyin paydo boʻladi. Oʻtkir eroziv gastrit turli koʻrinishdagi va davomiylikdagi qon ketishi bilan asorotlanishi mumkin (shuning uchun bu oʻtkir gastritning xavfli shaklidir). Bemorning epigastral sohasi palpatsiya qilinganda yengil ogʻriq yoki diskomfort perkussiya qʻilganda timpanik tovush eshitiladi. Rentgenologik tekshirish kam maʼlumot beradi. Diaqnoz FEGDS bilan tasdiqlanadi, bunda koʻp sonli eroziya va giperemiya aniqlanadi. FEGDS qoʻllanilganda odatda meʼda shilliq qavatida diffuz giperemiya kuzatiladi. Shilliq qavatni kechroq bosqichlarida atrofiyasi yoki boʻlmasa gipertrofiyasini koʻrishimiz mumkin. Meda shilliq qavati burmalari qalinlashadi yoki tekislanishi mumkin.

Tekshirish usullari; rentgenologok, endoskopir, laborator tekshirish metodlari.

Davolash. Birinchi oʻrinda meʼda shilliq qavatini taʼsirlaydigan dori vositalari qabuli toʻxtatiladi. Asosiy kasallikni davolash bilan birga uning asosida rivojlangan eroziyani ogʻriqsizlantirish, qon ketishlar oʻrni toʻldiriladi. Yaraga qarshi zarar yetkazmaydigan dieta tayinlanadi. Kerak boʻlganda meʼda shirasi kislotaligini kamaytiradigan dori vositalari bilan davolanadi.

Surunkali gastrit

Surunkali gastrit-meʼda shilliq qavatining surunkali yalligʻlanishi boʻlib, bunda strukturasi qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya, motor, sekretor, evakuator va boshqa funksiyalarining buzilishi bilan kechadigan kasallikdir.

Surunkali gastrit kelib chiqishida asosan ekzogen va endogen omillar rol oʻynaydi. **Ekzogen omillarga** dagʻal yetarli chaynalmagan oziq-ovqatlar; etanol va u qator moddalar; nospetsifik yalligʻlanishga qarshi dori darmonlar; *Helicobakter pylori*; kislota va ishqorlar parlari; radiatsion nurlar kiradi.

Endogen omillar; O't refluyksi; Qonda mochevina ko'payishi; Yurak qon tomir yetishmovchiligi natijasida meda shilliq qavati gipoksiyasi; Meda shilliq qavati mikrotsirkulyatsiyasi buzilishi;

Diagnostikada endoskopik usul aniq malumot beradi va biopsiya materiali gistologik tekshirish uchun olinadi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida shilliq qavat yuzaki buzilishlari limfotsitar va plazmotsitar infiltratsiya bilan birga bo'lib, kechki bosqichlarida esa shilliq qavat bezlari shikastlanadi va oxirida gastrit rivojlanib shilliq qavat atrofiyalanadi, burmalari kamayadi. Etiologik faktorlar orasida birinchi o'rinda Helicobakter pylori turadi, shuningdek mikrobo'lmagan faktorlar (alkogol, NYQD, kimyoviy agentlarning ta'siri, o't refluyksi, dori vositalari) va autoantitelo ishlab chiqarish hisoblanadi.

Surunkali gastritning sekretor funksiyasiga qarab;

Surunkali gipoatsid va anatsid gastrit;

Surunkali giperatsid gastrit;

Morfologik o'zgarishiga qarab;

Surunkali atrofik gastrit;

Surunkali gipertrofik gastrit (Menetre kasalligi 1888 y);

Eroziv gastrit;

Surunkali antral (rigid) gastrit

Klinikasi; Kam simptomli kasallik: 1 – og'riq sindromi: xarakteri, intensivligi, lokalizatsiyasi, irradiatsiyasi, davomiyligi, yuzaga keltiruvchi omillar (odatan taom qabulidan keyin 30-50 min o'tgach); aniq lokalizatsiyalanmagan, tarqoqdir.

2 -Dispeptik sindromlar: epigastral sohaning dam bo'lishi, u ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq; kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning buzilishi, qorinda shish, kuldirashi, meteorizm, turg'un bo'lmagan ich ketishi (nausea, vomitus, haemotemesis, eructatio, regurgitatio, melena);.

3-Astenovegetativ sindrom: anoreksiya, og'iz achishi, gipersalivatsiya yoki og'iz qurishi;

Gastritda yuqori yoki normal sekretor funksiyaning klinik namoyon bo'lishida gastritda hosil bo'ladigan kislota va pepsin ishlab chiqarishining yetarli bo'lmaganligi bilan farq qiladi. -**Sekretor funksiyasi normal** yoki yuqori bo'lgan gastritda, zarda qaynashi, nordon kekirish, ovqat iste'mol qilgandan keyin epigastral sohaning og'irlashuvi va to'mtoq sanchiluvchi og'riqning bo'lishi (ba'zan "och qolish" yoki "kechki" og'riqlar), ich qotishga moyil bo'ladi. - **Sekreksiyasi yetarli bo'lmagan** gastritlarda quyidagilar xarakterli: epigastral sohada to'mtoq og'riq va shish, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, og'izda yoqimsiz ta'm, hidlangan kekirish, kuldirash, ich ketishiga moyil bo'lish. Bulardan tashqari, gipovitaminoz (terining qurishi, tirnoqlarning o'zgarishi) va ba'zan demping sindromi (ovqat yegandan keyin holsizlik, ko'p terlash, bosh aylanishi, yurak tez urishi) belgilar kuzatiladi. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar.** Bemorlar og'iz bo'shliqlari ko'zdan kechirilganda milkalaridan qon oqishi, tilining qalinlashganligi, qizarganligi, so'rg'ichlari tekislanganligi, atrofida tishlari izi borligi, xeyloz va angulyar stomatit rivojlanganligini ko'rishimiz mumkin hamda terisi quruqligi ko'zga tashlanadi.

Instrumental tekshirish metodlari

Oxirgi diagnoz ko'pincha FEGDS yoki shuningdek biopsiya materialini gistologik o'rganib qo'yadi. Nihoyatda muhim Helicobakter pylorini aniqlash hisoblanadi (eradikatsion terapiya bilan davolash mumkin). Me'da sekretor funksiyasi me'dani fraktsion zondlash orqali unda me'da sekretsiyasini stimullovchilar (gistamin, pentagistamin) qo'llash orqali aniqlanadi. Qon zardobida gastrin darajasining kamayishi asosan me'da antral sohasi shikastlanganda aniqlanadi.

Davolash. Surunkali gastrit yengil kechsa odatda maxsus davo kursi talab etmaydi. Dietaga rioya qilish tayinlanadi, u yengil o'zlashtiradigan ovqatdan iborat bo'ladi va alkogol va NYQD qabul qilmasligi kerak. -Kerak bo'lganda B12, shuningdek me'da shirasi yoki ovqat bilan xlorid kislota tayinlanadi. -Agar Helicobakter pylori aniqlansa eradikatsion terapiya o'tkaziladi (trixapol, metronidazol va h.k.). Og'riqni olish maqsadida no-spa, platifilin; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; hazm jarayonlarini yaxshilash maqsadida festal, mezim, kreon va b.q.; vitaminoterapiya o'tkaziladi.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar gastropatiyasi

1986-yil S.N. Roth tomonidan NSAID-gastropathy (nosteroid yallig'lanishga qarshi dori (NYQD) -gastropatiya) terminini taklif qildi. Bu gastroduodenal zonaning eroziv yarali shikastlanishi hisoblanib, shu preparatlarni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lib, klinik endoskopik ko'rinish bilan xarakterlanadi.

Patogenezi. NYQD -gastropatiyalarining patogenezi to'g'risidagi zamonaviy tushunchalar tsiklooksigenaza (TSOK, prostaglandin sintetaza) kontsepsiyasiga asoslangan. Ammo NYQD terapiyaning birinchi kunlarida bu vositalarning asosiy roli mahalliy jarohatlovchi effektlarga bog'liq. Ko'pchilik NYQDlar kuchsiz organik kislota hosilalari bo'lib, me'daning kislotali muhitiga ionlanmaydi va epiteliotsitazalarning gidrofob membranasi orqali o'tadi. O'sha vaqtning o'zida shilliq qavatda mahalliy shikastlanish ro'y beradi- adaptatsiya fenomeni qisqa davrda yarim chiqaruvchi preparatlar uchun yozilgan (voltaren, diklofenak, ibuprofen): ularni prostaglandinlar ifodalamaydi, balki o'stiruvchi omillar ifodalaydi va erta NYQD -gastropatiyaga adaptatsiya spontan bitishga moyil bo'ladi. Konstitutsional izoforma TSOK-1 ingibirlanganda NYQD og'ir gastroduodenal shikastlanish sodir bo'ladi, endoskopik va klinik yaralarni keltirib chiqaradi. Prostaglandin 12 yetishmovchiligida me'da devorida mikrotsirkulyatsiya yomonlashadi, bu NYQD -gastropatiyaning muhim patogenetik zvenosi hisoblanadi. Prostaglandin E2 sintezining pasayishi bikarbonat va shilliq sekretsiyasini kamaytiradi, kislota maxsulotlarining ortishi himoya hamda agressiya faktorlari disbalansi kuchayadi. Bu ultserogenezga ega bo'ladi va antisekretor hamda gastroprotektor moddalarning kuchli profilaktik effekti bilan tushuntiriladi. NYQD-gastropatiya lokalizatsiyasi ko'pincha me'da antral qismida bo'ladi. Nihoyat gastroduodenal zonada NYQD ikkilamchi adaptatsiyasi sodir bo'ladi (prostaglandinli gastroproteksiya fenomeni) 3-4 oydan keyin NYQD-gastropatiya qabul qilish xavfi pasayadi.

Mavzu №3. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari. Yara kasalligi, mal`absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar

Meda va 12 barmoqli ichak yara kasalligi – bu organizmning surunkali davom etuvchi va tez-tez retsidivlovchi umumiy kasalligi bo'lib, ularning shilliq qavatda yarali defektlar paydo bo'lishi bilan kechadi. Yaraning paydo bo'lishi meda shirasi tarkibidagi kislotaga bog'liq. Shilliq qavat butunligi xlorid kislotaga va pepsin saqlagan meda shirasi ta'sirida buziladi. Shilliq qavatdagi yara dispeptik sindrom va qorindagi uzoq davom etuvchi og'riqning asosiy sababi hisoblanadi. Kasallik shilliq kechib, unga mavsumiylik xos (bahor va kuz).

Yara kasalliklari ichida 12 barmoqli ichak yarasi ko'proq uchraydi. Bundan tashqari meda ichak traktida simptomatik (ikkilamchi) yaralar ham yuzaga keladi. Bularga tireotoksikozda kelib chiqadigan, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, Kushing kasalligida va stressdan keyingi, bazi bir yurak qon tomir, nafas olish tizimi, buyrak kasalliklari tufayli kelib chiqadigan, Zollinger-Ellison sindromi (meda osti bezi adenomasi, gastrinoma bilan yara birga kelishi), Kurling (kuyishlarda) yuzaga keladigan yaralarni kiritish mumkin.

Yara kasalliklari joylashishi bo'yicha; **Meda yarasi**-kardial, subkardial, tana qismi, antral qismi, pilorik qismi yarasi uchraydi. **12 barmoqli ichak yarasi;** Bulbar, postbulbar yaralar uchraydi. Yaralar soni bo'yicha bir yoki ko'p yara bo'lishi mumkin. Yaralar; xuruj davri; chandiqlanish davri; remissiya davri farqlanadi;

Etiologiyasi. Yara rivojlanishi shilliq qavat butunligini ta'minlaydigan himoya va agressiya omillar o'rtasidagi balans buzilishi bilan ta'riflanadi. Yara kasalligini etiologiyasida genetik moyillikni ham ahamiyati kattadir. Avloddan avlodga o'tishi to'g'risida aniq malumot yo'q. Yara hosil bolishiga olib keluvchi sabablar quyidagilar bo'lishi mumkin.

Infeksion nazariya 1983 yilda Helikobakter pylori Avstraliyalik (B.Marshall, A. Warren) olimlar aniqlashdi (63 surat)

Pepsinogeni ko'payishi Peptik - 1856-1878 y (C. Bemard, H. Quincke);

Yallig'lanishdan keyin (gastrit)-1817-1923 y (F. Uden va G.E. Konjetzny),

Qon-tomir nazariyasi (Vaskulyar - 1852 y (R. Virchov)),

Stress -1953 y (Seiye),

Kislotali peptik omil – 1956 y (L.R. Dragstedt),G hujayralar giperfunksiyasi;

Kortiko-vistseral – 1949 y (k.M. Bikov, I.T. Kurtsin),

Travmatik - 1912 y (L. Aschoff),

I (0) qon guruhi;

Alfa antitripsin yetishmovchiligi;

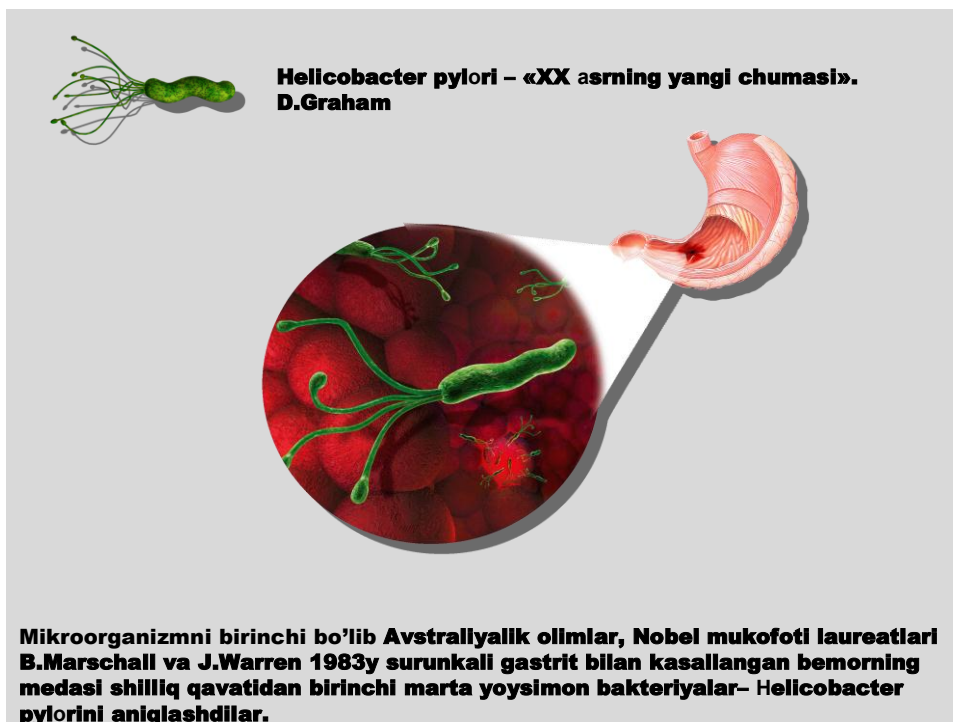
Alfa makroglobulin yetishmovchiligi;

Mukoproteidlar yetishmovchiligi;

B5, B15, B35 HLA antigen mavjud kishilarda yara ko'proq kuzatiladi.

Patogenez. Kasallik rivojlanishiga agressiv va himoya omillari orasidagi muvozanatni buzulishi yotadi. Agressiv omillar kuchi oshsa, himoya omillar ham kompensator osha boradi yoki zaiflasha boradi. Agressiya omillari va gastroduodenal giperomotor diskineziya medadagi oziq-ovqat va meda shirasini tezda 12 barmoqli

ichakka evakuatsiya qiladi va meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota shilliq qavatga tasir qiladi.



63 surat

Quyidagi jadvalda agressiv va himoya omillari keltirilgan

	Agressiv omillar	Himoya omillar
11	Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota	Medada shilliq hosil bo'lishi
22	Meda shirasi tarkibidagi pepsin	Bikarbonatlar ishlab chiqarilishi
33	Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota	Shilliq qavat mikrotsirkulyatsiyasi kuchayishi
44	Nosteroid yaraqa qarshi dorilar	Yetarlicha shilliq qavatda prostoglandinlar
55	Helikobakteri pylori	Shilliq qavatning regeneratsiya holati
66	O't kislotalari	Immun tizim himoya qiladi
77	Meda va 12 barmoqli ichakni evakuator funksiyasini kuchaytirishi	Shilliq qavatning agressiv omillariga rezistentligi;

G hujayralarda sintezlanadigan gastrin, pepsin hamda xlorid kislota ishlab chiqarilishini kuchaytirib agressiv omilni yuzaga olib keladi. Gastrin sintezini vagus xolinergik (adashgan nerv) kuchayishi (stimulyatsiya), medani antral qismi cho'zilishi, oqsillarni qisman hazm bo'lishi, o't suyuqligi, katexolaminlar, spirtli ichimliklar va medani antral qismi ishqoriy muhit kuchaytiradi. Aksincha uni sintezini pH ni antral qismda pasayishi, xolinergik qamal, sekretin, somatostatin, prostoglandinlar va vazoaktiv interstitsial peptidlar kamaytiradi. Adashgan nerv parietal hujayralar M xolinoretseptorlarga tasir qilib xlorid kislota sintezini kuchaytiradi, gastrinni gipersekretsiyasi bilan ham tasir qiladi. **Gistamin** medani antral qismidagi semiz hujayralar (Lamina propria) dan ajralib chiqadi va tasir qiladi.

Gastrin yoki xolinergik mediatorlarni, parietal hujayralar kislota ishlab chiqarishini gistamin stimullaydi. Bu esa H_2 -gistamin retseptorlari antagonistlarini (tsimetidin, ranitidin va b.q.) terapevtik effektini tasdiqlaydi. AKTG meda sekretyasini kuchaytiradi va meda shilliq qavatidagi shilliqni kamaytiradi, shu munosabat bilan agressiv omillarni tasiri kuchayadi.

Meda sekretyasini pasaytiruvchi omillar.

12 barmoqli ichakning S hujayralarida va ingichka ichakning proksimal qismida ishlab chiqaruvchi sekretin shilliq ishlab chiqarishi kuchaytiradi, gastrin va xlorid kislota ishlab chiqarilishini kamaytiradi, silliq mushaklarni qisqartiradi. Medaning antral qismi va meda osti bezining D hujayralarida ishlab chiqariluvchi somatostatin gastrin ishlab chiqarilishini susaytiradi. Ingichka ichak hujayralarida ishlab chiqariluvchi vazoaktiv interstitsial peptid hamda ko'p miqdordagi yog'lar va uglevodlar gastin ishlab chiqarilishini sekinlashtiradi.

Himoya omillariga quyidagilar kiradi (yuqoriga jadvalga qarang).

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini pasaytiruvchi omillar.

Xlorid kislota, pepsin, o't kislotasi.

Kasallik patogenezida shilliq qavat rezistentligining pasayishi yotadi, bundan tashqari pilorik sfinkterning susayishi natijasida o't kislotalarining me'daga otilishi ham ahamiyatga ega. 12 barmoqli ichak yara kasalligida asosiy rol ni kislota-peptik omili o'ynaydi. Gastroduodenal reflyuks tufayli medaga tushuvchi o't kislotalari meda shilliq qavatini vodorod ionlariga o'tkazuvchanligini oshiradi va bu medada xlorid kislota hosil bo'lishini kuchaytiradi yani medada kislotali muhitni oshiradi.

Helikobakter pylori shilliq osti qavatda, vorsinkalar orasida, hujayralar oralig'ida joylashib ko'pgina fermentlar ureaza, proteaza, NO sintetaza ishlab chiqarib to'g'ri tsitotoksik tasir qiladi, medada bosh hujayralarni faollashtiradi, xlorid kislota va pepsinogen-1 ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, mahalliy yallig'lanish chaqiradi, shilliq qavatda hujayralarni o'sishi va regeneratsiyasini pasaytiradi, medada vodorod ionlarini harakatini susaytiradi va shilliq qavat himoya bar'eri pasayadi.

Shilliq qavatda arteriolalar va kapilyarlarni spazmi, venulalarni kengayishi shilliq qavatda gipoksiya rivojlanishiga olib keladi. Bu metabolik jarayonlarni susaytirib regeneratsiya jarayonini pasaytiradi, hujayralar o'tkazuvchanligini oshiradi. Adrenalin va noradrenalin adenilattsiklazani faollashtiradi, tsAMF miqdorini meda va 12 barmoqli ichak hujayralarida ko'paytirib meda shilliq qavati lizasomalarini faoliyatini buzadi. IgA yetishmovchiligi va ishemiyaga olib keluvchi mikrotsirkulyatsiya ham shilliq qavat rezistentligini kamayishiga olib keladi

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini oshiruvchi omillar.

Prostaglandin E shilliq qavatda bikarbonatlarni hosil bo'lishini kuchaytiradi, tsitoprotektiv tasir qiladi, gastroduodenal shilliq qavatda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi. Ular shilliq qavat epiteliysini agressiv omillardan himoya qilishda markaziy rol o'ynaydi. Prostoglandinlar sintezida kalit ferment – tsiklooksigenaza (TsOG) bo'lib, organizmda 2 formada uchraydi. TsOG-1 va TsOG-2

TsOG-1 – u me'dada, buyrakda, trombosit, endoteliyda bo'ladi.

TsOG-2 induksiyasi yallig'lanish natijasida yuzaga keladi, bu fermentni ishlab chiqarilishi yallig'langan hujayralar tomonidan amalga oshiriladi.

NYQD klinik effekti TsOG-2 ni kamaytirish bilan bog'liq bo'lib, nojo'ya ta'sir sifatida TsOG-1 ni ham kamaytiradi. Bu esa me'da shilliq qavati himoya qatlami buzilishi bilan kechadigan, yara kasalligiga yaqin xarakterga ega bo'lgan gastropatiya rivojlanishiga olib keladi. Hozirda yallig'lanish kasalligida effektiv va bexavotir bo'lgan TsOG-2 selektiv ingibitorlariga katta umid bog'langan. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalar prostoglandinlar sintezini pasaytiradi.

Endogen opiatlar gastrin va somatostatinlar miqdorini kamaytiradi va spazmolitik tasir qiladi. Yara rivojlanishida noxush omil bo'lib albatta tashqi omillar: stress, parhezning buzilishi, chekish kabilar ham xizmat qiladi.

Klinik kechishi. Yara kasalligini klinik simptomlari yaraning lokalizatsiyasi, chuqurligiga va qo'shimcha gastrit, gastroduodenit bilan birga kechishi bilan bog'liq. Kasallik xuruj va remissiya bilan kechib, asosan kuzda va bahorda xuruj qiladi.

Xarakterli belgilari – ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan qorindagi og'riq va dispeptik belgilar.

- Og'riq epigastral sohada lokalizatsiyalanadi, ovqat yegandan keyin tezda paydo bo'lsa medaning kardial qismi yaralariga xos bo'lib, bemorlar ovqat yeyishdan qo'rqadilar. Og'riq belga, umurtqaga (bel qism) irradiatsiyalanadi, bu ko'proq yara me'daning orqa devorida bo'lganda xos. Og'riq ovqat qabul qilganda paydo bo'ladigan – erta (ovqatdan 30-40 min dan keyin, bu oshqozon yara kasalligiga xos). Og'riq xurujida kislotali tarkibga ega oshqozon massasi bilan qusish kuzatiladi, bundan keyin esa og'riq tez susayadi, bemor yengillik sezadi. Kechki (ovqatdan 3-4 soat keyin va tungi og'riqlar, 12 barmoq ichak yarasiga xos) paydo bo'ladi. Og'riq sindromini ovqatlangandan so'ng, kislotalilikni kamaytiradigan modda (masalan sut) istemol qilish kamaytiradi, sezon (bahor, kuz) xarakterga ega.

- Yara kasalligining o'tkirlashuvi (ayniqsa 12 barmoqli ichak yarasi) ko'pincha yo'g'on ichak motorikasi buzilishi bilan bog'liq qabziyat bilan kechadi (5% bemorda bu asosiy symptom hisoblanishi mumkin).

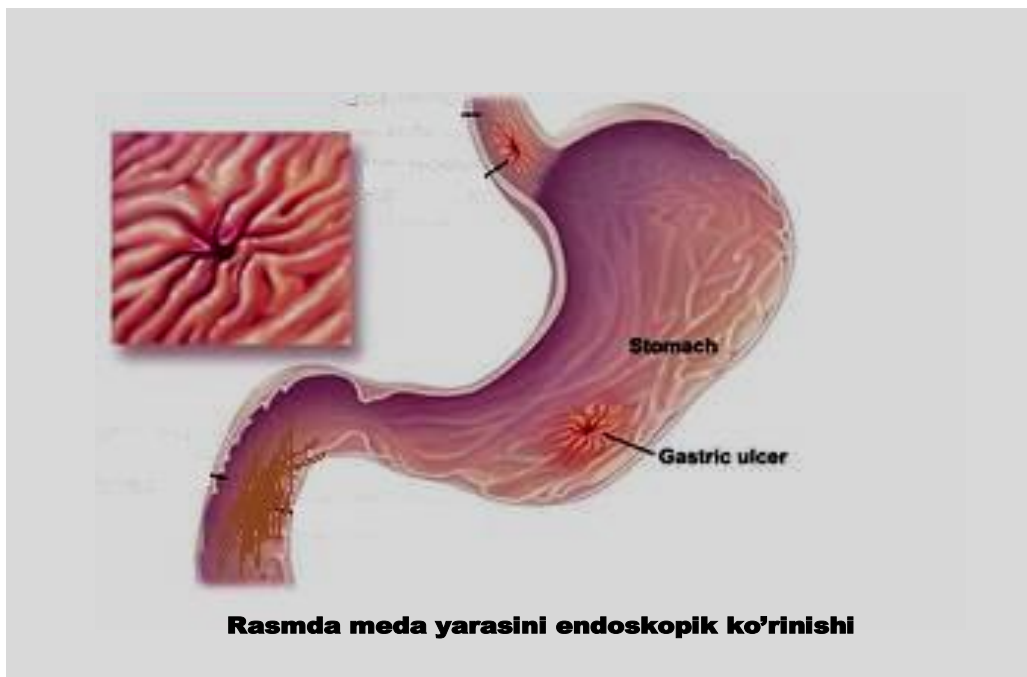
- Zarda qaynash, kekirish kuzatilishi mumkin.

Ko'zdan kechirganda til karash bilan qoplangan. Qorinni palpatsiya qilganda mushaklar biroz tarang, epigastral sohada yoki 12 barmoqli ichak ildizi sohasida og'riqni aniqlash mumkin. Og'riq asosan bir nuqtada bo'ladi. Bazi bir bemorlarda epigastral sohada, meda ustida turtkilovchi perkussiya qilganda og'riq sezadilar-**Mendel simptomi**. Bazanda ko'krak va bel umurtqalari tanasi va o'simtasi sohasida og'riqli nuqtalar aniqlanadi (symptom Boasa, Openxovskogo, Pevznera). Bir xil bemorlarda ko'krak oldiyonlari va orqa yuzasida Zaxarin-Gedning giperesteziya zonalari aniqlanadi, asosan D5-D9 segmentlarda.

Bemorlarni rentgenoskopik tekshiruvda bariy sulfat beriladi va tokcha (nisha) simptomi va ko'rsatkich barmoq simptomi musbat bo'ladi, yarali deformatsiya.

Gastrofibroduodenoskopiya tekshiruvda yarani, yaradan keyingi chandiqni, gastrit, duodenitni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda shilliq qavat burmalari tekislangan atrofida qizarish bo'ladi, qon ketish bosqichida uni ko'rishimiz mumkin, poliplar ko'rinadi (64 suratga qarang). Biopsiya olish mumkin (quyidagi surratga qarang). **Laborator tekshirish.** Qon tekshiriladi-yaraning qon ketish davrida eritrotsitlar va hemoglobin miqdori tushgan bo'ladi va rang ko'rsatkichi past bo'ladi. Qonda gemopoez kuchayishi hisobiga retikulotsitlar ko'rishimiz mumkin. Yara

kasalliklarida meda shirasida xlorid kislota tekshiriladi. 12 barmoqli ichak yara kasalliklarida bazal va stimullangan xlorid kislota tekshiriladi va gipersekretsiya kuzatiladi, subkardial va meda tanasi yaralarida xlorid kislota meyorda yoki pasaygan bo'ladi. Gistamin yuborilgandan keyin axlorgidriya kuzatilsa 12 barmoqli ichak yarasi yo'qligidan dalolat beradi. Yashirin qon ketishini aniqlash uchun Gregerson usulida najas tekshiriladi.



64 surat

Asorotlari

- Perforatsiya;
 - Qon ketish;
 - Pilorik qism stenozi;
 - Qo'shni organga penetratsiyalanishi;
 - Sariqlik -12 barmoqli ichak yarasida Oddi sfinkteri yara chandigi' va osma bilan yopilsa kuzatiladi;
 - Malignizatsiya;
- Perforatsiya "xanjarsimon" og'riq bilan xarakterlanadi, keyinchalik o'tkir peritonit rivojlanishiga olib keladi.

Qon ketish yara kasalligida kuzatilib, axlatni yashirin qon ketishga tekshirganda aniqlash mumkin. **Axlat Gregerson usulida tekshiriladi.** Axlatni plastik **SARSTEDT** konteynerda grek yong'og'i razmericha olinadi va tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Agar axlatda gijja tekshirish kerak bo'lsa demak 2 ta konteyner kerak bo'ladi. Gregerson usulida yashirin qon ketishga tekshirishdan 3 kun oldin parhez saqlash lozim bo'ladi. Buning uchun ovqat ratsioni tarkibida baliq, go'sht, yashil poliz maxsulotlari, pomidor va temir moddasi saqlovchi oziq ovqat maxsulotlari bo'lmasligi lozim. Analiz uchun olingan axlat 12 soatdan kechiktirmasdan tekshiriladi va +2 +8°C yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak, sovutgichda saqlanadi. Lyambllilar biroz chidamli bo'lganligi tufayli ular tsistasini topish uchun 24 soat ichida analizga yuborsa ham bo'ladi.

Pilorik qismi stenozi u ko'pincha 12 barmoqli ichak yara kasalligida, kam hollarda me'dada bo'lganda kuzatiladi. Bu jarayonni rivojlanishi bilan bemorlar ovqatlanish

og'riqni kamaytirmay balki oshirishini sezishadi. Ko'proq xarakterli bo'lgan simptomlari—kop' miqdorda qusish bunda bemor ko'p miqdorda me'da shirasini yo'qotadi, bu esa gipoxloremiya va buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Yuzaki sirpanuvchi palpatsiyada epigastral sohada “chayqalish” shovqinni sezish mumkin. Stenoz sababi FEGDS va gistologik tekshirish uchun olingan biopsiya orqali aniqlanadi (bu me'da raki va pilorik qism gipertrofiyasini inkor qilish uchun).

Penetratsiya bu termin orqali infiltrlanuvchi-destruktiv jarayonni me'da va 12 barmoq ichakning qo'shni organlar - jigar, me'da osti bezi, charviga o'tishi ta'riflanadi. Bunda tana haroratining subfebril oshishi, EChT oshishi kuzatiladi.

Parhez. Ratsiondan dispeptik holat chaqiradigan va me'da sekretsiasini oshiradigan mahsulotlar (o'tkir ziravorlar, konservalar, achchiq choy, kofe, alkogol, qovurilgan go'sht) chiqarish kerak. Bo'lakli ovqat qabul qilish (har 3-4 soatda), ya'ni 1 martalik ovqat hajmini kamaytirish me'da sekretsiasini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. Chunki ovqat miqdori sekretsiani stimullaydi parhez bilan bir vaqtda ichish, chekishni ham cheklash kerak.

Davolash-Davolash ko'p hollarda murakkab. Yara bitishi uchun me'da shirasi kislotaligini neytrallashtirish va MNSda qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini meyorlashtirish kerak. Og'riq oluvchi-no-spa, platifillin; proton nasos ingibitorlari (omeprazol, omez, kvamatel va b.q.), solkoseril, ranitidin va h.k.; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; de-nol; vitaminoterapiya.

Eradikatsion terapiya. Helicobacter pylori aniqlangach davolash uni yo'qotishga (eradikatsiya) qaratiladi. Davo qat'iy standartlashtirilgan sxema asosida olib boriladi, bunda 3 yoki 4 komponentli bakteriotsid moddalar (tetrasiklin, klaritromitsin, metronidazol, trixapol) va vismut va proton nasos ingibitorlari (omeprazol) dan foydalaniladi. Eradikatsiya 85-90 % bemorda yaxshi samara bergan, Helikobakter pylori retsidivlanishi kam kuzatilgan.

Xirurgik davo. Xirurgik davo konservativ davolash natija bermaganda va shoshilich holatlarda (yara perforatsiyasi, profuz qon ketish yaraning malignizatsiyasi, chandiq-yarali pilorik qism stenozida) asosiy davo metodi bo'lib sanaladi.

Ichak ta'sirlanish sindromi

Ta'sirlangan ichak sindromi – turg'un qator funktsional buzilishlar yig'indisi bo'lib, unda og'riq yoki qorinda diskomfort, defekatsiyadan so'ng ularning kamayishi ich ketishining chastota va konsistentsiyasini o'zgarishi bilan va 2 martadan kam bo'lmagan turg'un (yiliga 3 oydan kam bo'lmagan) ichak funktsiyasining buzilish simptomlari kiradi.

- Ich ketish chastotasining o'zgarishi
- Defekatsiya aktining o'zgarishi
- Najas konsistentsiyasining o'zgarishi
- Najas bilan shilliq ajralishi
- Meteorizm

Bu patalogik o'zgarishlar yo'g'on ichak funktsiyasining buzilishi oqibatidir. Bunda yo'g'on ichakda morfologik o'zgarishlar sust namoyon bo'ladi

Kasallikning klinikasi. Bazi bir bemorlarlarda spastik kechadigan qabziyat va qorinda og'riq bo'lsa, ba'zilarida diareya bilan kechishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda

og'riqli qabziyat diareya bilan almashinadi, bu ko'pincha ertalablari, nonushtadan keyin kuzatiladi. Ertalabki suv va shilliqli 3-4-mahalli diareyadan so'ng bemor o'zini kun davomida yaxshi sezishi, uni diareya umuman bezovta qilmasligi mumkin. Bunday hodisalar bir necha hafta, hatto oylar davomida davriy davom etishi va noma'lum vaqtga to'xtashi mumkin. Dizbakterioz rivojlanishi bilan ichakdagi bijg'ish va chirish tufayli meteorizm kuzatiladi.

Fizikal tekshiruv. Og'riq paytida qorin shishgan, peristaltikaning kuchayish belgilari ko'rinmaydi. Palpatsiyada qorin yumshoq, chamber ichakning hamma qismida og'riq aniqlanadi. Sigmasimon ichak spazmga uchragan, qattiqlashgan, ko'r ichak ko'pincha shishgan va palpatsiyada kuldirash, bazan og'riq aniqlanadi.

Diagnostika. -Qon analizida, bioximik tekshiruvda ham o'zgarishlar kuzatilmaydi; Najasni tekshirish disbakterioz belgilarini aniqlashda yordam beradi.

Rentgenologik tekshiruvlar (irrigografiya, irrigoskopiya) da diskineziyaning o'ziga xos belgilarini: notekis to'lish va bo'shashish, spastik qisqargan va kengaygan ichak qismlarini ko'p miqdorda ichak bo'shlig'iga sekretiya ajratishini almashinishi; Kolonoskopiya biopsiya bilan albatta o'tkaziladi, chunki bioptatlar ta'sirlangan ichak sindromini ichak yallig'lanishida farqlashga yordam beradi.

Bundan tashqari ta'sirlangan ichak sindromi diagnostikasi uchun butun oshqozon ichak traktini yallig'lanish va o'smaga inkor qilish uchun maxsus tekshiruvdan o'tkazish kerak.

Mavzu №4 Jigar va o't yo'llar kasalliklari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar.

1. Bemorlarni asosiy va qo'shimcha shikoyatlari.

2. Kasallik anamnezi (kasallik belgilarini birinchi bo'lib qanday yuzaga chiqqanligi, kasallik simptomlarini kechish dinamikasi, oldin o'tkazilgan davo choralari va uni samaradorligi, tibbiy xodimga hozirgi murojaatining sababi).

3. Hayot anamnezi (kasb, oilaviy, allergik, epidemiologik, gnekologik anamnez, oldingi o'tkazilgan kasalliklari, transfuziya qilinganligi to'g'risidagi anamnez).

4. Bemorni ob'ektiv tekshirish -ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya (ehtimoliy rivojlanish sabablari va holati, kasallikni kuchaytiruvchi va yengillashtiruvchi omillar, qo'shimcha yuzaga chiqishlari).

Bemorlarni so'rab-surishtirish jigar kasalliklarini erta aniqlash va tashxislash imkonini beradi. Jigar va o't yo'li xastaliklari bilan kasallanganlar ishtaha bo'g'ilishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, toliqish, ta'sirchanlik, bosh og'rig'i, teri qichishi, potensiyaning susayishi, hayz tsiklining buzilishi kabi shikoyatlar qiladi. Sariqlik ko'pincha ko'zdan kechirayotganda aniqlanmaydi va uni anamnez yordamida aniqlash mumkin. Bundan tashqari so'rab-surishtirish sariqlik xarakterini aniqlashda yordam beradi. Qusiq massasi yoki najasda qonning paydo bo'lishi ham mumkin. Qorin o'lchamining kattalashuvi va bu bilan bog'liq holda tana massasi ortadi (to'planib qolgan suyuqlik hisobiga).

O't ajratuvchi yo'llar patologiyasida o't suyuqligini oshqozon va qizilo'ngachga otilishi bilan bog'liq bo'lgan boshqa shikoyatlar ham uchraydi.

Og'iz bo'shlig'ida noxush, odatda achchiq ta'm yog'li va qovurilgan ovqatlar iste'molidan keyin kekirish, ko'ngil aynishi va qusish. Doimiy bir xil xarakterda bo'lmagan najas (qabziyat yoki ich ketishi), qorinning dam bo'lishi kuzatiladi. O'ng qovurg'a osti yoyi sohasida bazan og'riq bo'ladi. Jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi bilan bog'liq bo'lgan teri qichishi yuz beradi.

Umumiy xarakterdagi shikoyatlar

Toliqish, ta'sirchanlik va bosh og'rig'ining paydo bo'lishi markaziy asab tizimi funksiyasi buzilishi (jigar ensefalopatiyasi) intoksikotsiya bilan bog'liq. Jigarning detoksikatsion funksiyalari buzilishi organizmni intoksikatsiyasiga olib keladi. Uyqu buzilishi (uyqu inversiyasi-tungi bedorlik va kunduzgi uyquchanlik) keyinchalik esa hushning yo'qolishi (jigar komasi) ham xarakterli.

Qon ketishi. Qusiq massasida qonning bo'lishi odatda qizilo'ngach kengaygan varikoz venalaridan qon ketishidan yoki jigar xastaliklari bilan tushuntiriladigan darvoza venasida qon dimlanishi bilan (portal gipertenziyadan) yoki eroziv gastrit borligidan darak beradi. Bunday holat najasda qizil qon paydo bo'lishiga (gemmoroidal qon ketish) va najasning qorayish (melena). Qon ketishga eroziv gastrit, alkogolli gastrit, Mellori-Veys sindromi sabab bo'ladi. Milklardan tish yuvganda va burundan tez-tez qon ketishlar, oddiy tasirotlarda teri osti qon quyilishlari kuzatiladi. Ayollarda bachadondan qon ketish holatlari yoki hayz tsiklini uzayishi kabilarni misol qilib olish mumkin.

Og'riq. O'ng qovurg'a yoyi ostida og'irlik, bosim, og'riq bo'lishi mumkin. Og'riq jigarni o'ragan qorin parda ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan perigepatit (jigar o'smasi va abtsessi) va perixolestsistitda. Ular odatda intensiv xarakterda bo'lib, yuqoriga qarab irradiatsiyalanadi (o'ng yelka sohasiga), o'ng qovurg'a osti palpatsiyalanganda kuchayadi. Jigar kattalashuvida glisson kapsulasi cho'zilishi og'riq simptomini hosil qiladi, bu ko'pincha yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanishining paydo bo'lishida kuzatiladi. O't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi olib keladi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, kuchli bo'ladi, ko'pincha yuqoriga irradiatsiyalanadi, bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi, qusish bo'ladi.

Dispepsiya. Ishtahaning pasayishi, og'izda noxush yoki nordon tam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, kuldirash, qabziyat yoki ichning suyuq o'tishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Bu simptomlarni kelib chiqishiga o't suyuqligining sekretsiyasi buzilishi sabab bo'ladi.

Isitma. Ko'pincha jigar va o't yo'llarida o'tkir yallig'lanish kuzatilganda, (abtsess, jigar raki, gepatit, tsirrozning faol davri) kabi kasalliklarda yuzaga keladi.

Astenonevrotik sindromlar (ishlash qobiliyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Teri qichishi jigar kasalliklariga xos bo'lib, xolestaz bilan birga kuzatiladi. Teri qichishi avjiga chiqish darajasi (azob beruvchi, tunda kuchayadi) jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi (xolestaz sindromida) sariqlik bilan birga kuzatiladi.

Sariqlik. Jigar kasalliklarida uchraydigan asosiy simptom.

Sabablari. Jigar hujayralari yallig'lanishi (virusli va boshqa), ishemiyasi, ular o'smasi, nekrozi. Jigarni toksik zararlanishi (gepatotrop zaharlar, alkagol, dori vositalari). Autoimmun gepatit. Jigar ichi xoleztazi. Birlamchi skleroz bilan boruvchi xolangit. O't yo'llarida operatsiya o'tkazilgandan so'ng o't yo'llarini chandiqlanib bitishi. Dorilar tasirida boruvchi xolestaz (kontraseptiv dorilar va testesteron va b.q.).

Homiladorlik xolestatik sariqlik. Chaqaloqning gemolitik sariqligi. Sepsis. O't toshlari o't yo'llariga tiqilib qolishi natijasida. O't yo'llarini o'smalar bilan qisilib qo'lishi. O'n ikki barmoqli ichakda o'smalar o'sib umumiy o't yo'lga o'sib kirishi va uning yopilishi. Gijjalar bilan o't yo'llari yopilishi. Badda-Kiari sindromi. Jigar venalari trombozi hisobida kelib chiquvchi tsirroz (Batafsil pastga qarang).

Tam va hid (obonyaniya) bilish sezgisini o'zgarishi ko'pincha gepatit A bilan kasallanganlarda (hid bilish analizatori sezuvchanligini pasayishi-qipoosmiya, hidni yomon qabul qilish-dizosmiya, tam bilish sezgisini pasayishi-gipogevziya, tamning aynishi (iskajeniya)-disgevziya) kuzatiladi.

Umumiy ko'zdan kechirish. Bemorlarni oziqlanishini baholash; Teri rangi, butunligi, soch qoplamlarini tekshirish. Sklera rangini aniqlash. Sut bezi va moyaklar holatini tekshirish. - Qorin old devorini ko'zdan kechirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Umumiy ko'zdan kechirganda organizm ozish darajasiga e'tibor berish kerak, bu holat dekompensirlangan tsirrozda yoki jigar rakida kuzatiladi; Bunda tana massasining pasaygani astsit hisobiga kattalashgan qorin bilan birga kuzatiladi. Izolatsiyalangan astsit sababini tushunish uchun qorin devorining kengaygan venalari ahamiyatga ega («Meduza boshi» 78 rasm-3), bu portal gipertenziya boshlanayotganini bildiruvchi sababdir. Turli etiologiyaga ega bo'lgan uzoq davom etayotgan jigar tsirrozida barmoq falangalarining o'zgariganini sezish mumkin, xuddi «baraban tayoqchalari»dek.

Rivojlanib kechadigan jigarning ayrim kasalliklari (surunkali faol gepatit, jigar tsirrozi), umumiy nospetsifik sindromlar bilan kechadi-noinfektsion harorat, (bu kasalliklardan farqli ravishda o'tkir xoletsistit, xolangit, jigar abtsesida, infeksiyon gepatitda, ko'pincha gektik, qaltirash va ter bilan kuzatiladi harorat bo'ladi), artrit, tomir o'zgarishlari Reyno sindromi bilan («o'lgan barmoqlar» sindromi), quruq sindrom hisoblanuvchi Shegren sindromi, so'lakning (kserostomiya), ko'z yoshining kam bo'lishi (quruq keratokonyuktivit), tishlarning tarqalgan kariesi. Ba'zan jigar kasalligi sklerodermiya, sistemali qizil bo'richa, revmatoid artrit kabi kechadi, anamnezni o'rganish va tekshirish natijalari, shuningdek, biopsiya, jigarning birlamchi kasalliklarini jigardan tashqari kasalliklardan diagnozlashga yordam beradi. Jigar patologiyasiga tipik bo'lgan belgilar maxsus termin "jigar belgilari" ostida bo'lib, kichik hamda katta guruhlarga bo'linadi (78 suratga qarang).

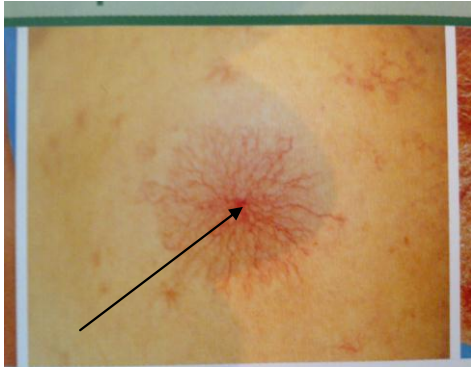
Jigarning kichik belgilari. Teleangioektaziya ("tomir yulduzchalari" 78 surat -1); Gnekomastiya (78 surat-2); Qizil laklangan lab, til (78 surat -4), og'iz shilliq qavatlar; Palmar eritema (jigar kafti); Ksantomatoz pilakchalar (78 surat -5) (blyashka), ksantelazmalar; nog'ora tayoqcha shaklidagi barmoqlar.

Og'iz hamda burun bo'shlig'i shilliq qavatiga qon quyilishlar, terida ekximoz va petexiya bo'lishi bilan kuzatiladigan gemmoragik sindrom va jigarning alkagolli kasalliklariga oid boshqa belgilar (gigant paratit-quloq oldi bezining kattalashuvi, Dyupyuitren kontrakturasi 79 surat -kaft aponevrozining fibroz-chandiqli to'lishi va barmoqlarni bukuvchi muskul quruqlashuvi, sklera tomirlarining inyetsirlanganligi).

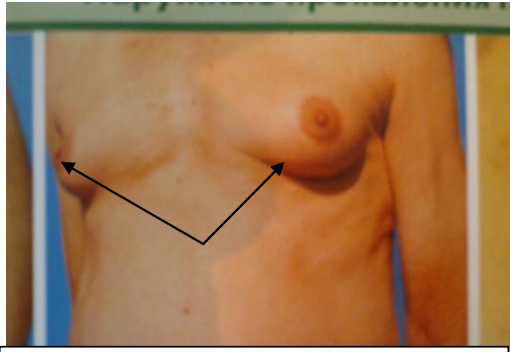
Jigarning katta belgilari

Bu belgilarga sariqlik va gepatomegaliya kirib, jigarning asosiy sindromlari-portal gipertenziya, jigar-hujayra yetishmovchiligi, jigar entsefalopatiyasi, gepatolienal sindrom bilan birga kuzatiladi.

Qorinni umumiy ko'zdan kechirishda qorin hajmini kattalashishi astsit suyuqligi hisobiga va qorin shaklini qurbaqa qorniga o'xshab qolishi, qorin old devori venalarining kengayishi, kindikning bo'rtib chiqishi, meduza boshi simptomi, tomir yulduzchalarni ko'rishimiz mumkin. Qorin terisi rangi sarg'ayishi, qorin terilarida gemorragik toshmalar ham ko'rish mumkin. Jigar sohasini ko'zdan kechirayotganda uni sezilarli o'lchamlarda va hosilalar hisobiga (tugun, o'sma, exinokokkoz kistalari, katta abtsess) qorin devorini ozgina kengayganida kattalashganini (gepatomegaliya) bilish mumkin. Bu holatlarning barchasiga qorinning jigar shishi hisobiga paydo bo'lgan assimetriyasiga hamda harakat paytida o'ng o'mrov osti va epigastral sohaning orqada qolishiga e'tibor berish kerak. Shuningdek, uch tabaqali klapan yetishmovchiligida qon regurgitatsiya to'lqini hisobiga kattalashgan jigar pulsatsiasini ko'rish mumkin. Kattalashgan o't pufagi ko'rinib turadigan bo'rtma hosil qiladi.



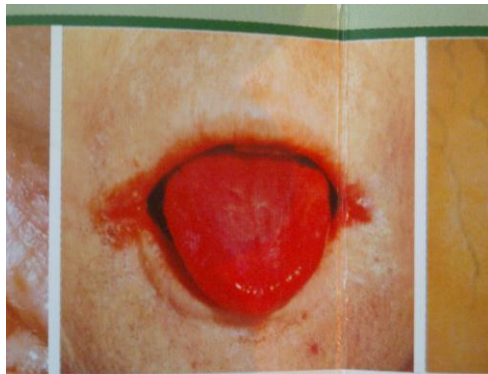
Rasm-1. Teleangioektaziya



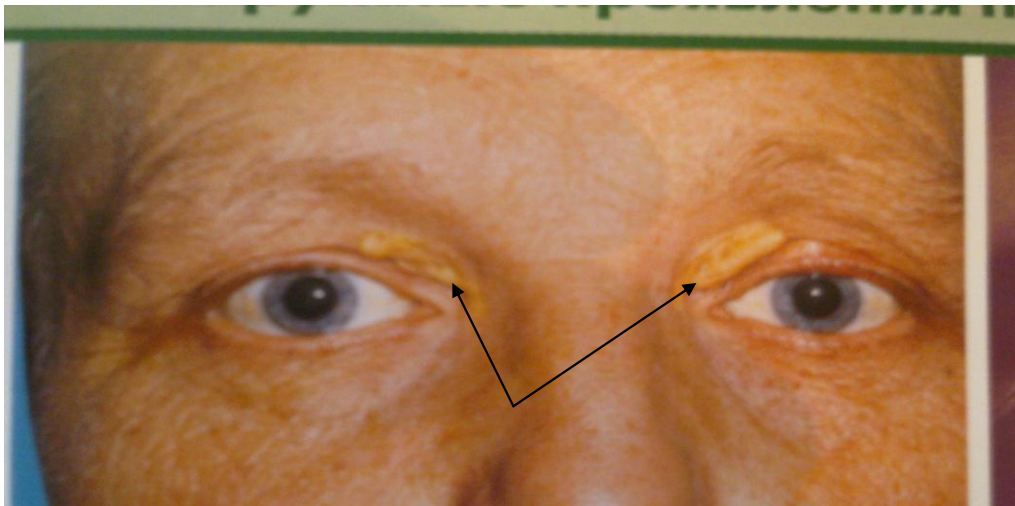
Rasm-2. Gnekomastiya



Rasm-3. "Caput Meduza"



Rasm-4. Laklangan malinasimon til



Rasm-5. Ksantoma



Dyupuytren kontrakturasi

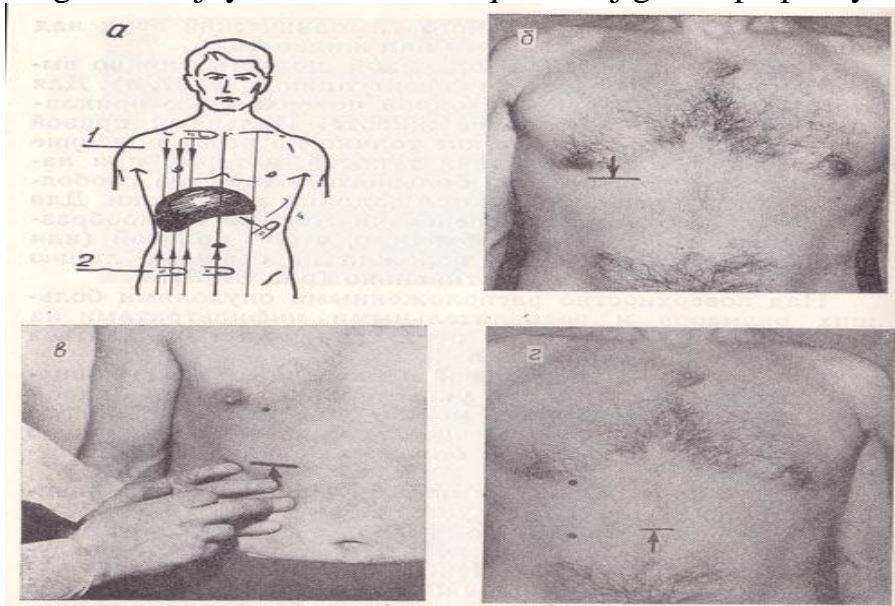
Jigar palpatsiyasi. Jigar palpatsiyasi-shu organni tekshirishning asosiy usuli bo'lib, unda jigar yuzasi silliq va tekis, organ yumshoqdir. Palpatsiya yordamida jigar pastki chegarasi-shakli, butunligi, notekisliklari va sezuvchanligi aniqlanadi. Normada jigar chegarasi palpatsiyalanganda yumshoq, tekis, og'riqsiz bo'ladi. Pastki chegaraning qo'shilishi jigar kattalashmaganida ham bo'ladi, bunda yuqorigi va pastki jigar bo'g'liqlari qo'shiladi. Jigarni paypaslash Obraztsov bo'yicha chuqur sirg'anuvchi palpatsiya qoidalari bo'yicha bajariladi. Bunda bemorning o'ng tomonida turish kerak, bemorning qo'llari oldinga cho'zilgan oyoqlari esa tizzadan bukilgan holatda yotadi. Bemor nafas chiqarish fazasida qorin devori muskullarining maksimal darajada bo'shashgan holatda bo'lishida palpatsiya qilinadi. Meyorda jigar yumshoq va yuzasi silliqdir. Kasalliklarda jigar qattiqlashadi va yuzasi noteks g'adir budir bo'ladi. Jigar ekskursiyasini kuchaytirish maqsadida chap qo'l kafti bosimi o'ngda oldingi ko'krak devori pastki bo'limlariga beriladi. Palpatsiya qilayotgan o'ng qo'l jigar chegarasidan pastda oldingi qorin devoriga qo'yiladi. Bunda barmoqlar nafas chiqarishda qoringa kirib boradi. Qorinda suyuqlik bo'lsa (astsitda), suyuqlik miqdoriga qarab, jigar palpatsiyasi va perkussiyasi qiyinlashadi. Buning uchun o'ng barmoqni kindikdan pastda o'ng mezogastral sohaga qo'yib, barmoqlarning turtkisimon harakati bilan barmoqlar ostida organ sezilguniga qadar yuqoriga ko'tariladi va jigar chegaralari va yuzalari haqida malumot olinadi.

Jigar perkussiyasi 80 rasm. Jigarning pastki va yuqori chegaralarining o'zgarishi

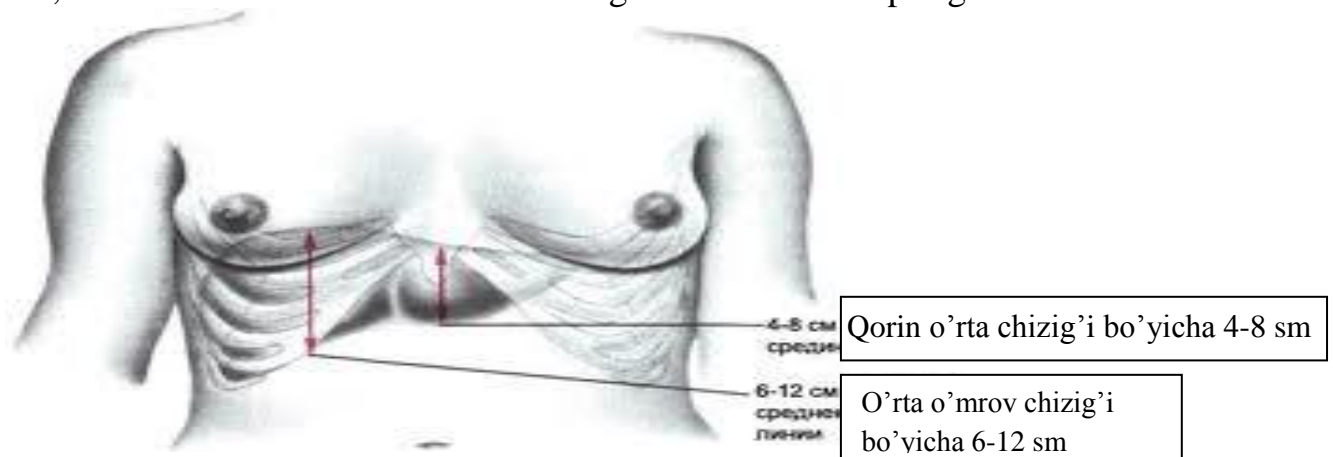
Jigar chegara ning o'zgarishi	Jigar chegaralarining o'zgarishi sabablari
Jigar pastki chegarasining pastga siljishi	Jigarga bog'liq; Jigarning gepatit, tsirroz, rak, jigardagi nash tufayli kattalashuvi. Jigarga bog'liq bo'lmagan; O'pka emfizemasi va diafragmaning a siljishi tufayli jigar pastga siljiydi
Jigar pastki chegarasining yuqoriga siljishi	Jigarga bog'liq; Jigar tsirrozi va unda o'tkir distrofiya bo'lganda hajmi kichrayganda pastki chegara yuqoriga siljiydi. Jigarga bog'liq bo'lmagan; Meteorizm, homiladorlik va astsit qligi qorinda yig'ilishi tufayli diafragma yuqori turadi shu tufayli pastki chegarasi yuqoriga siljishi
Jigar yuqori chegarasining	Diafragmaning pastga siljishi, diafragma osti abtsessi, o'ng hlama pnevmotoraks, o'ng tomonlama gidrotoraks tufayli

pastga siljishi	
Jigar yuqori chegarasining yuqoriga siljishi	Jigarga bog'liq; Jigar raki va exinokokki, jigarga bog'liq bo'lmagan; Meteorizm, homiladorlik va astsitligi qorinda yig'ilishi natijasida diafragmaning yuqori turishi

Perkussiya yordamida jigar o'lchami, pastki chegarasini, yuqori chegarasini kam holatlarda (absess, katta kista, katta o'sma tuguni) o'zgarishini bilish mumkin. Odatda jigarning yuqori chegarasi o'ng o'pkaning pastki chegarasiga to'g'ri keladi; pastki chegarasi joylashuvini aniqlash jigar palpatsiyasi yordamida aniqlanadi.



Jigarning pastki chegarasini tinch perkussiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Perkussiya timpanik tovush sohasida kindik yoki undan pastroqda boshlab plessimetr-barmoqni yuqoriga qarab absolyut tovush hosil bo'lgunicha perkussiyalanadi. Bu jigar pastki chegarasi bo'ladi. Normada jigar qovurg'a ravog'idan chiqmaydi, asteniklarda esa qovurg'a ostida bo'ladi. Chuqur nafas olganda va vertikal holatda jigar pastki chegarasi 1-1,5 sm ga pastga tushadi.



O'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab kindikdan jigar pastki chegarasigacha va aniq o'pka tovushidan pastga qovurg'alar orasi bo'ylab jigar bo'g'iqligi hosil bo'lguncha perkussiya qilib boriladi. Ikkala nuqtalarni birlashtirib **Kurlov bo'yicha jigarning**

birinchi o'lchami o'lchanadi. Odatda u 9 sm. Jigar bo'g'ig'ligini yuqori chegarasidan ikkita boshqa o'lchamlarni aniqlashda foydalaniladi.

Qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, jigar bo'g'ig'ligi hosil bo'lgunicha yuqoriga qarab perkussiyalanadi. O'rta chiziq bo'ylab yuqori chegarani aniqlash teri ostida to'sh borligi so'nayotgan perkutor tovushni bergani uchun qiyin, shuning uchun bu o'lchamning yuqori nuqtasi sifatida shartli ravishda birinchi jigar bo'g'ig'ligi o'lchami yuqori chegarasi bilan bir xil bo'lgan nuqta olinadi. Bu nuqtalarni birlashtirib Kurlov bo'yicha ikkinchi o'lcham olinadi, odatda u 8 sm.

Kurlov bo'yicha uchinchi o'lchami chap qovurg'a yoyi yaqinida unga parallel ravishda oldingi qo'ltiq osti chizig'idan ichkariga perkussiya boshlanadi. Odatda u 7 sm. Agar jigar kattalashgan bo'lsa birinchi katta o'lcham kasrda ifodalanadi, suratda - o'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha umumiy o'lcham, maxrajda esa-qovurg'a yoyidan pastga tushgan o'lcham yoziladi.

Asosiy klinik sindromlar. Sariqlik

Sariqlik (icterus) – bilirubinning jigar hujayralari tomonidan ushlab qolinishini, glyukuronid kislota bilan bog'lanishini, uning transportini buzilishi hisobiga qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi bilan kechadigan sindromdir. Bilirubin miqdorini qonda ko'payishi natijasida teri, oyoq va qo'llar kaftlari, shilliq qavatlarning va skleraning sarg'ayishi, teri qichishi kuzatiladi. Qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi natijasida siydik rangining o'zgarishi (piva rangli) va najas rangining o'zgarishi – oqarishi (jigar va jigar osti sariqligi) hatto to'q rangga kirishi (jigar usti sariqligi) da kuzatiladi. Bilirubin miqdorini qonda ortishiga sabab qonni haddan tashqari ko'p parchalanishi, jigar hujayralari yetishmovchiligi yoki o't yo'llarida patologik jarayon bo'lishi mumkin. Sariqlikda bilirubinning qondagi miqdori oshsa terida, shilliq qavat va sklerada to'planishi kuzatiladi. Terining sarg'ayishi-(karotin va akrixinning ko'payishi) yuzaga kelishi boshqa faktorlar yordamida ham kelib chiqishi mumkin (soxta sariqlikda); tarkibida ko'p miqdorda karotin, akrixin tutgan mahsulotlar iste'moli (sabzi, tomat) ham sariqlik chaqiradi-sariqlikdan farqli ravishda bunda ko'zning sklerasi sarg'aymaydi. Klinik jihatdan tananing turli sohalarining sarg'ayishi giperbilirubinemiya darajasiga bog'liq. Tanada sariqlikni rivojlanish ketma-ketligi quyidagicha; boshida sklera keyinchalik esa til pastki qismi shilliq qavati va tanglay, undan keyin yuz terisi, kaftlar oxirida esa butun tana sarg'ayadi.

Sariqlik anemiya, gipoproteinemiya, semirishdagi shishlarda kamroq seziladi.

Ozg'in hamda mushaklari rivojlangan bemorlarda teri qoplamlari yorqinroq sarg'ayadi. Yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanganda tananing yuqori qismi sarg'ayadi. Davomli giperbillirubinemiya tana rangi yashil hatto bronza-qora tus oladi (melanosariqlik).

Sariqlik sindromi-differentsial diagnostik tekshirishlarni talab qiladigan sindromdir. Shuning uchun ham bilirubin hosil bo'lishi fiziologiyasini va organizmda tarqalish mexanizmlarini bilish muhim.

Bilirubin gem parchalanishining oxirgi maxsuloti bo'lib, uning 80-85% gemoglobindan, qolgan 20-25 % esa gem saqlovchi oqsillardan (tsitoxrom P-450) hosil bo'ladi. Bilirubinning hosil bo'lishi retikuloendotelial sistema hujayralarida boradi va har

kuni 300 mg atrofida bilirubin hosil bo'ladi. Gem parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin erkin yoki bog'lanmagan bo'lib, keyinchalik u plazma oqsillari (albumin) bilan bog'lanadi. Oqsil bilan bog'langan bilirubin qoya orqali jigarga keladi. So'ng jigardagi uridindifosfatglukuroniltransferaza (UDFGT) ta'sirida bog'langan bilirubinga (konyugatsiyalangan) aylanadi.

Konyugatsiyalangan bilirubin o't yo'llari orqali 12 barmoqli ichakga tushadi. Ichakda bakteriyalar tasirida 2 xil pigmentga: sterkobilin (axlatga rang beradi) va urobilinogenga ajraladi. Urobilinogen ingichga ichakda yaxshi so'rilib, ma'lum qismi normada yana jigar va buyraklar orqali ekskretsiya qilinadi (enterogepatik tsirkulyatsiya). Qondagi bilirubin to'qimalarda bir xil tarqalmaydi. U elastik to'qimalar (teri, sklera va qon tomir devorlari) da ko'p miqdorda ushlanib qolinadi, shuning uchun ham sariqlikda bu to'qimalar ko'proq sariq rangga kiradi.

Ko'pchilik ichki azolar og'ir kasalliklarida ham sariqlik sindromi rivojlanadi. Bunday holatlarda albatta differentsial diaqnozika qilish maqsadga muvofiqdir. Misol uchun jigar kasalliklarining barchasida sariqlik sindromi kuzatiladi. Gemolitik anemiya, Vitamin B12 va folat kislota tanqis anemiyada sariqlik sindromi kuzatiladi. Pnevmonokokk etiologiyali pnevmoniya bilan kasallanganlarni 5 % atroflari va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi emfizematoz tipida sariqlik sindromi kuzatiladi. Shuning uchun ham sariqlik rivojlanganlarni o'pkasini yaxshilab tekshirish maqsadga muvofiqdir.

Og'ir yurak yetishmovchiligida ko'pincha jigarda qon dimlanadi, bu o'z navbatida faqat sariqlik rivojlanibgina qolmay, portosistem entsefalopatiyaga ham olib keladi. Og'ir buyrak yetishmovchiligi ham sariqlik sindromini olib keladi.

Sariqlik turlari

Qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin ko'payishi sariqlikning irsiy, yaxshi sifatli va ortirilgan turlarida yuzaga keladi. Sariqlik bazi bir kasallikning simptomidir. Bilirubin almashunivining orttirilgan buzilishi: jigar usti, parenximatoz (jigar-hujayra), mexanik sariqliklarga bo'linadi. Nisbatan ko'p tarqalgan turi-jigar usti sariqligi-gemolitik, jigar-hujayra sariqligi-gepatotsitlar nekrozi yoki jigarning o'tkir va surunkali kasalliklarida kuzatiladigan turi, jigar osti sariqligi esa-jigar ichi yoki umumiy o't yo'lining obstruksiyasi natijasida yuzaga keladi.

Gemolitik sariqlik

Bu sariqlik qonda ko'p miqdorda konyugirlangan bilirubin bo'lishi bilan xarakterlanadi. Eritrotsitlarning ko'p gemolizi bilan bog'liq holatda bog'lanmagan bilirubinning ko'p ajralib chiqilishida yuzaga keladi:

- Effektiv bo'lmagan eritropoez;
- Vit B12, folat kislota tanqis anemiya;
- Davomli yoki cho'ziluvchan septik endokardit;
- O'pka infarkti sohasidagi qon quyulishlar;
- Malyariya;
- Gemolitik zaharlar ta'siri natijasida (fenilgidrazin, og'ir metal tuzlari);
- Turli xil immunologik kasalliklar natijasida yuzaga keladigan immun gemolitik anemiya ham bor.

Gemolitik sariqlikda teri rangi limon-sariq tovlanadi, teri qichishi bo'lmaydi, taloq kattalashgan bo'lib, anemiya rivojlanadi. **Qonda erkin** (bog'lanmagan) bilirubin miqdori ko'payadi, chunki jigar ko'plab hosil bo'layotgan bilirubinni bog'lashga ulgurmaydi.

Najas rangi intensiv, bu ko'p miqdorda bilirubin hosil bo'lishi va uni sterkobilinogen shaklida ichakga ajralishi bilan bog'liq. **Siydikda ko'p** miqdorda urobilin va sterkobilinogen bo'lib, bilirubin bo'lmaydi.

Jigar-hujayra (parenximatoz) sariqligi.

Jigar hujayralari shikastlanishi hisobiga ularni zararsizlantirish (detoksikatsion) funksiyasini pasayishi hisobiga, qonda hemoglobinni parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubinni glyukuronid kislotasi bilan bog'lash faoliyatini yani bilirubin glyukuronid hosil bo'lishining pasayishidir va o't yo'llariga kam ajralishi. Sariqlikning bu turi, gepatotsitlar zararlanishi va qonda bog'langan, shu bilan birga bog'lanmagan bilirubin ko'payishi kuzatiladi. Bog'lanmagan bilirubin ko'payishi jigarni bilirubinni glyukuronid kislotasi bilan bog'lash xususiyatini pasayishi hisobiga bo'lsa, bog'langan bilirubinni ko'payishi uni o't yo'llaridan qonga so'rilishi hisobigadir. Siydikda suvda eruvch bog'langan bilirubin va o't kislotalarini paydo bo'lishi, najasda sterkobilinogen kamayishi bilan xarakterlanadi.

Sariqlikning bu turi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

-Jigarning virusli zararlanishlarida (A, B turdagi o'tkir gepatitlarda, B, C, D turdagi surunkali gepatitlarda, toksik gepatitlarda, jigarning tsirrozida);

-Alkagolli zararlanishda;

-Dorilar bilan zararlanishda;

-Autoimmun gepatitlar va b.q.;

Teri qoplamlari rangi o'zgargan qirmizi-sariq va qizilroq tus oladi, taloq kattalashishi mumkin. Siydikda xuddi gemolitik sariqlikdek, konyugirlangan bilirubin miqdori oshgan bo'lib, siydik rangi odatdagidan qoraygan bo'ladi, najas esa odatdagidan oqargan bo'ladi.

Bulardan tashqari irsiy gepatozlar (Jilber va Rotor sindromi) ham mavjud va bularda ham bilirubinni glyukuronid bilan bog'lanishi malum etapda buzilib terida yoki shilliq qavatlarda sariqlik yuzaga keladi, bu bolalikdan ham bo'lishi mumkin.

Mexanik sariqlik

Sariqlikning bu turi o't yo'llarining endogen yoki ekzogen sabablar tasirida yopilishi natijasida yuzaga keladi. Endogen yopilishi o't toshlarining, o't yo'llariga tiqilib qolishi va sklerozli xolangitda o't yo'llarining sklerotik o'zgarishi hisobiga vujudga keladi. Ekzogen yopilishi tashqaridan o't yo'llarini qisilishi (o'smalar, jigar darvozalari o'sma metastazlarida, meda osti bezi bosh qismi o'smalari, 12 barmoqli ichak shilliq qavati o'smalari va shishlari, shu ichak yaralari peneteratsiyasi va b.q.). Bu o'zgarishlar o't suyuqligi dimlangan joydan yuqoriga bosim ortishi hisobiga bilirubinglyukuronidni qonga qaytib so'rilishi taminlaydi. Sariqlik qonda regurgitatsiya hisobiga konyugirlangan bilirubinning miqdori qonda oshadi.

Mexanik sariqlikda teri rangi maksimal darajada o'zgargan, davomli sariqlikda teri qoramtir rangda bo'ladi. Qonda bog'langan bilirubin miqdori ko'payadi va bu uzoq davom etsa jigar funktsiyasi ham buzilishi hisobiga bog'lanmagan bilirubin ham paydo bo'ladi. Siydikda bog'langan bilirubin va o't kislotalari paydo bo'ladi. Siydik rangi jigarrang bo'ladi. Najas rangi rangsizlanadi, chunki ichakka sterkobilin tushmaydi. Bemorlar deyarli qonda o't kislotalari ko'payishi (xolemiya) hisobiga har doim teri qichishi, ko'zdan kechirganda terisida qashalgan izlar ko'rish mumkin, terisi tarang. O't kislotalari adashgan nervni qitiqlashi hisobiga, bemorlar pulsi kamayadi (bradikardiya),

qon bosimi past bo'ladi. Markaziy asab tizimi xolemiya hisobiga zaharlanib, asteno-nevrotik sindromlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tez charchash, holsizlik, ishlash qobiliyatini pasayishi, tasirchanlik, uyqusizlik va b.q.) ni yuzaga keltiradi. Mexanik sariqlikning yuqoridagi belgilariga asoslangan holda uning to'lqinsimon xarakterdaligi seziladi; bu o't yo'lining o'sma bilan to'silishi bilan tushuntiriladi.

Irsiy pigmentli gepatozlarni 8 ta klinik shakli mavjud.

A. Konyugatsiyalangan giperbilirubinemiya

Jilber sindromi,

Meylengraxt kasalligi,

Krigler Nayar sindromi,

Lyusi-Driskoll sindromi,

B. Konyugatsiyalanmagan giperbilirubinemiya

Dabin Djonson sindromi

Rotop sindromi

Bayler kasalligi (tug'ma jigar ichi xolestazi)

Aagenesa-Sammerskill sindromi (tug'ma jigar ichi xolestazi)

Alajilya sindromi (xolestaz bilan kechadi)

Lyutseya-Driskol sindromi

Sindrom Lyutseya-Driskola-1960 yilda ushbu avtor tomonidan yozilgan. (vaqtinchalik oilaviy giperbilirubinemiya) kam uchrovchi irsiy pigment gepatoz bo'lib, chaqaloqlarni tranzitor oilaviy giperbilirubinemiyasidir. Bunda ona va bola qonida bilirubin konyugatsiyasini ingibitori mavjud bo'lib, bu genetik determinlanganligi bilan tushuntiriladi va qonda konyugatsiyalanmagan bilirubin miqdorini oshishi bilan namoyon bo'ladi. Bazi avtorlar aytishi bo'yicha ona sutida bilirubin konyugatsiyasini ingibitori bo'ladi. Ushbu ingibitor qonga o'tadi va jigarga borib, mikrosomal ferment uridindifosfatglyukuronil-transferaza (UDF-GT) qamal qiladi hamda bilirubin sintezini bug'adi. Ushbu sindrom bola hayotining birinchi kunlarida kuchayib boruvchi yadro tipidagi sariqlik bilan namoyon bo'ladi. Bu sindrom oiladagi hamma bolada bolishi bilan xarakterlanib, sariqlik hayotning 3-4 haftasida mustaqil o'tib ketadi va yomon oqibatlarga olib kelmaydi. Ushbu sindromdan bazan bilirubinli entsefalopatiya va letal isxod ham bo'lishi mumkin. Sabab ona sutida bilirubin ingibitori bor bo'lgan holat qayd qilinganda, bolalar suniy ovqatlanishga o'tishlari lozim.

Bayler kasalligi

Bayler (avtor emas-kasallikka uchragan oila) kasalligi- kuchayib boruvchi jigar ichi xolestazi bo'lib, 1975 yilda yozilgan. Bayer kasalligi juda kam uchrovchi va og'ir kechuvchi oilaviy xolestaz bo'lib, gen orqali o'tuvchi kasalliklar guruhiga kiradi. Autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanadi. Kasallik geni 18 xromasomada joylashgan. Kasallik bolalarda hayotining birinchi kunlarida rivojlanib, zo'rayib boruvchi jigar ichi xolestazi bilan kechadi hamda qonda konyugatsiyalangan bilirubin miqdorining oshishi (300 mkmol/l gacha) kuzatiladi.

Klinikasi kuchayib boruvchi sariqlik, teri qichishi, biroz jigar va taloq kattalashishi, bilirubinuriya, najasning biroz rangsizlanishi bilan kechadi.

Kasallik rivojlanishida periportal fibroz rivojlanishi bilan o't yo'llari proliferatsiyasi yotadi. Bu o'z navbatida o't suyuqligi chiqishiga to'sqinlik qiladi va jigar ichi xolestazini keltirib chiqaradi. Mikroflamentlar yoki kanalchalar membranasi funksiyasini buzilishi

bog'langan bilirubinni gepatotsitlardan o't kanallariga ekskretsiyasini buzilishiga olib keladi. Kasallik bolalarni 8 yoshigacha o'limiga olib keladi. Medikamentoz davvo yo'q, yagona davolash yo'li jigar transplantatsiyasidir.

Aagenes-Sammerskill sindromi

Aagenes-Sammerskill sindromi- yaxshi sifatli oilaviy jigar ichi xolestazi (norvegiya xolestazi). Kasallik autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanib, genetik xarakterga ega. Kasallik geni 18 xromasomada joylashgan. O't kislotalari metabolizmini va o'zni ekskretsiyasi hamda bu jarayonlarni gumoral regulyatsiyasi biziladi. Kasallik rivojlanishini asosiy sababi jigar limfa tomirlarini gipoplaziyasidir. Vitamin E yetishmovchiligi ham jigar hujayralarini degenerativ o'zgarishlariga olib kelib, jigar ichi xolestaziga olib keladi. Neonatal davrga taxminan 10 yoshlarda yuzaga chiqadi. Katta yoshda xolestatik sariqlik ko'p marta 3-4 oydan qaytarilishi mumkin va o'tib ketadi. Xuddi shunday yana sariqlik yuzaga kelib, bir necha oydan bir necha yilgacha davom etishi mumkin. Adabiyotlarda yozilishicha 38 yil davomida 27 marta xolestatik sariqlik o'tkazgan bemorlar kuzatilgan.

Kasallik sariqlik sindromi, terining qichishi, bazan qusish, ong qovurg'a ostida og'riq bezovta qiladi. Bemorlarda ishtahaning bo'g'ilishi, holsizlik, oruqlash kabi simptomlar kechadi, ushbu bemorlarda gripsimon holat kuzatiladi. Bilirubin miqdori bog'langan bilirubin hisobiga ortadi, xolestatik fermentlar ishqoriy fosfataza, γ -GGT (gamma glutamiltranspeptidaza) kabi fermentlar miqdori ortadi va tsitoliz hamda gepatotselyular yetishmovchilik kuzatilmaydi. Davolashda geptral va glyukokortikoidlar, ursosan, ursofalk qo'llaniladi o't suyuqligini haydash uchun.

Alajilya sindromi

Alajilya sindromi-bolalarda xolestaz bilan kechib, tug'ma duktopeniya tufayli yuzaga keladi. Bu genetik determinlangan kasallik bo'lib, autosom dominant yo'l orqali nasldan naslga o'tadi, bunda portal zonalar soni va jigar qismlari orasidagi protoklari kamayib ketishi bilan xarakterlanadi. Bu yuzning uchburchak shakli, skeletning o'zgarishi, to'r parda pigmentatsiyasi, buyrakni va o'pka arteriyalarini anamal rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Sariqlik bilan gepatosplenomegaliya barvaqt rivojlanadi. Bemorlar uzoq muddat yashashi mumkin va ularda aqli zaiflik, o'sishdan orqada qolish, ksantomatoz o'zgarishlar, teri qichishi kabi simptomlar har xil darajada rivojlanadi.

Krigler-Nayar sindromi

Krigler-Nayar sindromi-tug'ma irsiy kasallik bo'lib, sariqlik va og'ir asab tizimini shikastlanishi va qonda bog'lanmagan bilirubin miqdorini ortishi bilan kechadi. Kasallik autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanadi va bolalar hamda qizlar orasida uchrash foizi bir xil. Giperbilirubinemiya sabab glyukuroniltransferaza fermenti tug'ma yetishmovchiligi va aktivligini pasayishi hisobiga-bilirubin glyukuronid hosil bo'lmaydi. Irsiy negemolitik sariqlik bilan yuzaga chiqadi, og'ir holatlarda miya shikastlanadi, yadroli sariqlik turi.

Krigler-Nayar sindromi 2 variantda kechadi;

1 – Tip- glyukuroniltransferaza fermenti faolligini to'liq bo'lmasligi tufayli yuzaga chiqadi. Bu UGTIAI genini ketma-ketligini kodlovchi gen mutatsiyasi bilan bog'liq va uridindifosfatglukuronidaza fermenti to'liq hosil bo'lmaydi. Bu fermentni yetishmovchiligida bilirubin bilan glukuronid kislota bog'lanmaydi. Bu holat qonda va

sariq modda yadrosida bog'lanmagan bilirubinni ko'payishiga olib keladi. Shuning uchun kasallik og'ir kechadi.

2-tip bu Arias sindromi bo'lib, meyorga nisbatan ferment faolligi 20% dan past bo'ladi. Bunda ham UGTIAI genini ketma-ketligini kodlovchi gen mutatsiyasi bilan bog'liq. Bemorlar ko'pincha geterozigot hisoblanadilar. Bemorlarning bir xromasomasida inversiya kuzatilsa, ikkinchisida gen mutatsiyasi kuzatiladi. Ikala o'zgarish birga ham kelishi mumkin.

Tarqalishi- **Krigler-Nayar sindromi** I-tip osiyo aholisini har xil guruhlarida ko'proq uchrab 1 000000 tug'ilgan bolalar ichida 1 holat kuzatiladi. Bolalar va qizlar bir xil foizda kasallanadilar. Morfologik o'zgarishlardan yog'li gepatoz va periportal fibroz kabi o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Krigler-Nayar sindromi I tipi juda og'ir kechadi, teri va sklerani sarg'ayishi tug'ilganda tezda yuzaga chiqadi. Bemorlarda nistagm, tutqanoq, opistotonus, atetoz, aqliy rivojlanishini sekinlashishi kabi simptomlar kuzatiladi. EEGda miyaning orqa bo'lagida faollik va paroksizmal faollik sust bo'lib, qayd qilinadi.

Qonda bilirubin miqdori 200 mkmol/l dan yuqori bo'ladi. O't suyuqligida bog'langan bilirubin umuman bo'lmaydi. Bemorlarni davolamasa hayotning 1 chi yilida yodroli sariqlikdan vafot etadilar.

Bilirubinli entsefalopatiyaning birinchi fazasida shartsiz reflekslar susayadi. Bolalarda holsizlik, uyquchanlik, so'rish qobiliyati susayadi, sekin tasirotlarga tez javob beradi. Ularda nafas sekin bo'lib, to'xtab-to'xtab nafas oladilar. Bemorlarda hiqillash, qusish, bir xil qichqiriqlar kuzatiladi. Terisida tsianoz ko'rish mumkin.

Entsefalopatiyaning 2 fazasi bir necha kundan bir necha haftagacha davom etadi. Bu fazada bosh miya yadrosi shikastlanishi klinikasi kuzatiladi. Bemorlarda spastik paralichdek holat, bo'yin mushaklari rigidligi, tananing majburiy holati opistotonus bilan kuzatiladi. Qo'l va oyoqlar bukilmaydi, qo'llari mushlab turgan holatda. Bolalar qichqiradi, katta liqildoqlar bo'rtib chiqqan, yuz mushaklari harakatlanib turadi, qo'llari yirik titrab turadi, tovushga reaksiya va so'rish refleksi bo'lmaydi. Nistagm, apnoe, bradikardiya, letargiya, tutqanoq kuzatiladi.

Bilirubinli entsefalopatiyaning 3 fazasida bemorlar holati og'ir. Spastik holatlar qisman yoki to'liq yaxshi ko'rinadi.

Bilirubinli entsefalopatiyaning (hayotning 3-5 oylari) nevrologik o'zgarishlar kuchli paralich, parez, nistagm, atetoz kuchlidir. Bolalar o'sishdan, ruhiy rivojlanishdan orqada qoladi. Bolalar boshini ushlay olmaydilar, onasi gapiga, boshqa tovushli qitiqlovchilarga reaksiya yo'q, oyinchoqlarga etibor ham bermaydi. Bemorlar 2 yilgacha, kamdan kam holatda o'smirlik davrigacha yashaydilar.

Vilson-Konovalov kasalligi

Vilson-Konovalov kasalligi-1912 yilda Angliyalik nevropatolog Vilson tomonidan 12 ta oilaviy holat yozilib, ularning hammalarida ham jigarda kuchayib boruvchi degenerativ o'zgarishlar jigar tsirrozi bilan birga kechganligi to'g'risida malumot berdi va uning patogenezi 1948 yilgacha nomalumligicha qoldi. Shu yili Kumingsning Vilson kasalligida misning jigarda va bosh miyada miqdorini (konsentratsiyasini) ko'payishi to'g'risidagi malumoti chiqqandan so'ng patogenezi aniqlandi. Hozirgi vaqtda misning gepatotoksik xususiyati to'g'risida malumotlar ko'p, Vilson kasalligining genetik defektligi ham aniqlandi.

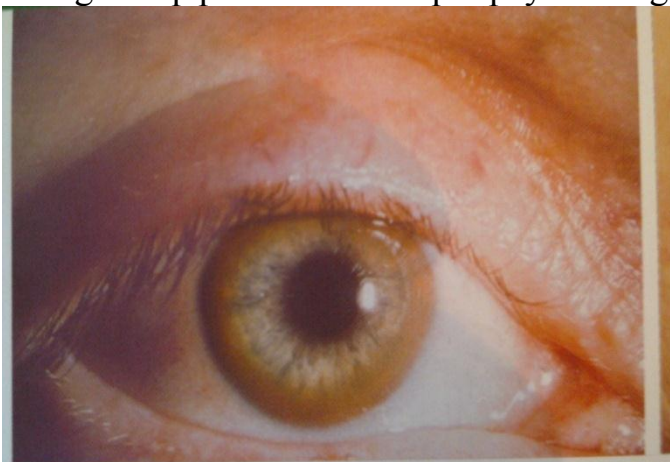
Vilson kasalligi kam uchrovchi irsiy kasallik bo'lib, autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanadi va gen (ATP7B ning mutatsiyasi kasallik chaqiradi), 13 (qismi 13q14-q21) xromasomada joylashgan va bu kasallikda oqsil va mis almashinuvi buziladi. Vilson kasalligi geni 1993 y ajratib olingan va 40 dan ortiq mutatsiyaga uchragan genlar mavjud. Har 1000000 aholiga 30 bemor to'g'ri keladi. Yaqin qarindoshlar orasidagi nikohga 90 kishiga 1 bemor to'g'ri keladi. Asosan yoshlikdan namoyon bo'lib, organizmda qonda ko'p miqdorda mis to'planishi bilan kechadi. Boshlang'ich bosqichlarida mis jigarda to'planib, gepatit, tsirroz, jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Keyinchalik mis boshqa organ va tizimlarga tushib ularni shikastlaydi. Bosh miyani shikastlab ruhiy asab o'zgarishlarga olib keladi.

Mis metabolizmi. Oziq ovqat tarkibidagi (2,5-5 mg) mis ingichka ichakda sorilgandan so'ng oqsillar, aminokislotalar bilan birikib darvoza venasi orqali jigarga tushadi va ko'p miqdori (90%) shu yerda qoladi. Qolgan qismi ichakdagi mis najas bilan va darvoza venasiga tushmagan qismi buyrak orqali tashqariga chiqariladi. Gepatotsitlarda mis metaloenzimlar tarkibida bo'ladi. Bular superoksiddismutaza, tsitoxromoksidaza, monoaminooksidazalardir. Misning exporti α_2 globulin fraktsiyasiga kiruvchi transport oqsil tseruloplazmin orqali amalga oshiriladi. Misning tseruloplazminga kiritilishi Goldji apparatida amalga oshiriladi. Buning amalga oshishiga Vilson kasalligi geni orqali mis transport qiluvchi P-tipdagi protein –ATFaza bilan birga amalga oshiriladi. Bular misning lizosomal ekskretsiyasiga faol ishtirok etib, misning miqdorini meyorga saqlab turadi. Bu holat izdan chiqsa albatta mis jigarda to'planib qoladi. Jigarni ko'p miqdordagi misdan asrash (detoksikatsion xususiyati), misni glutation, metalotioneyn bilan bog'lanib, biliar tizimda lizosomalar ishtirokida ekskretsiya qilinadi. O't suyuqligi orqali 80% jigarga tushgan mis ekskretsiya qilinadi. O't suyuqligidagi mis yuqori molekulali oqsillar bilan bog'langan bo'lib, ular ingichka ichakka reabsorbtsiya qilinmaydi. Mis bilan bog'langan yuqori molekulali oqsillar ularni ingichka ichakka so'rilishiga to'sqinlik qiladi. **Patogenez.** Kasallik rivojlanishi patogenezida asosiy o'rinni qabul qilingan mis miqdori bilan uning ekskretsiyasi balansiga bog'liq bo'ladi. Vilson kasalligida misni to'planishi uning o't suyuqligi bilan chiqarilishi kamayishi asosan lizosomal fraktsiya hisobiga bo'ladi va jigarga misni to'planishiga olib keladi. Mis ekskretsiyasini kamayishini Vilson kasalligi geni defitsiti bilan bog'liq. Ushbu gen misni Goldji apparatiga transportini va o't suyuqligiga ajralishini taminlaydi. Shuning hisobiga misni apotseruloplazminga birikishi buziladi, bu o'z navbatida tseruloplazminni qon zardobiga kamayishiga olib keladi. Tseruloplazmin tarkibida mis saqlaydi uni qondagi mis hisobiga to'ldirib turadi va bu modda eritropoezda ishtirok etadi. Bu moddani irsiy yetishmovchiligi qon zardobida mis mikroelementini ortishiga sabab bo'ladi va asosan ko'zda sariqlik rivojlanadi hamda yashil halqa hosil bo'ladi. Bunda jigar shikastlanib, tsirroz rivojlanadi va ikkilamchi bosh miya zararlanadi (chechevitsasimon yadroda distrofik o'zgarishlar). Ekstrapiramidal rigidlik, giperkineziya kuzatiladi. Bulbar soha va miyacha faoliyati buziladi, ruhiyat va nutq o'zgaradi, bular jigarni shikastlanish belgilari bilan birga keladi.

Misning toksik tasir mexanizmi. Mis prooksidant sifatida erkin radikallarni katalizlaydi va lipidlarni perekisli oksidlanishini kuchaytiradi. Bu plazmatik membrana va mitoxondriyalar membranasi funksiyasini buzadi, lizosomal fermentlar hujayraga chiqadi, DNK va oqsillar funksiyasi buziladi, antioksidantlar glutation va Vitamin E

miqdorini kamayishiga olib keladi. Lipidlarni perekisli oksidlanishi natijasida hosil bo'lgan malonovoy dialdegid kollagen sintezini kuchaytirib, fibrogenezga olib keladi. Misning shox (rogovitsa) parda destsemet membranasiga to'planishi Kayzer-Fleysher halqasini paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi (82 surat).

Klinik holat: Bemor S. 25 yoshda kasalxonaga tushganda umumiy holsizlik, xotirasining susayishi, kunduzlari uyqu bosishi, gapirishda tormozlanish, qo'llari titrashi hisobiga husnixatni buzilishi, davriy ravishda burundan qon ketish, oyoqlarda shish borligi va quruq yo'talga shikoyat qildi. O'zini bemor deb 2011 yildan buyon hisoblaydi va O'RVI o'tkazgandan so'ng teri qoplamlarida sariqlik paydo bo'lgan.



Kayzer-Fleysher halqasi

Vilson-Konovalov kasalligi uchun xos.

Bemor kasalxonada gastroenterologiya bo'limiga yotqizilib, jigar tsirrozi, portal gipertenziya sindromi, astsit tashxisi qo'yildi. Bemorga gepatoprotektorlar bilan birga 300 mg prednizolon, infuzion terapiya tavsiya qilindi va bemorning ahvoli yaxshilanib kasalxonadan chiqarildi. Keyinchalik bir necha marta kasalxonaga yotib chiqdi va gepatoprotektorlar bilan birga diuretiklar ham berildi, ahvoli biroz yaxshilandi. 2011 yildan 2012 yilgacha doimo prednizolon 30 mg tabletkada qabul qilib turdi va dozasi sekin asta kamaytirilib to'liq garmondan chiqarildi. 2011yilda AlAT fermentining faolligi 122 bir/l gacha, AsATning 118 bir/l, IF-549,4 bir/l, GGTP-133 bir/l, umumiy bilirubin 47 mmol/l oshganligi, tseruloplazmin 0,072 gacha, trombotsitlar 40000 gacha, leykotsitlar 1,8 minggacha pasayganligi aniqlandi. Neytrofil tsitoplazmasiga, kardiolipinga, mitoxondriyaga qarshi antitela manfiy natija berdi. 2013 yil oktyabrda son suyagi boshchasi aseptik nekrozi tufayli chap tos-chanoq bo'g'imida endoprotez qo'yildi. Operatsiya vaqtida qon yo'qotilganligi tufayli 600 ml eritrotsitar massa va 600 ml plazma quyildi. Endokrinologda gipotireoz II daraja bilan hisobda bo'ldi. Menstrual tsikli buzilgan. Yil davomida ahvoli og'irlashib bordi, gapirish qobiliyati va xotirasi susayib bordi. Kasallik tarixi o'rganilganda bolaligidan talog'i kattalashgan.

Ko'zdan kechirganda holati o'rta og'irlikda, terisi rangpar, tomir yulduzchalar mavjud, tili nam, toza. O'pkada vezikulyar nafas, pastki qismlarda susaygan nafas. Yurak tonlari bo'g'iq, ritmik, yurak urishi 90 marta, AQB 110/70 mm.sim.ust.teng. qorin yumshoq, o't qopi proektsiyasida biroz og'riq, jigar qovurg'a yoyi ostida, taloq +3 sm.

Najas kuniga 1 marta o'zgarishsiz. Tizzaning yuqori uchligigacha oyoqlarida shish bor. Peshobi siydik haydovchi vositalar bilan doimiy bir xil.

O'tkazilgan tekshiruvlar; Qon tahlili-eritrotsitlar 4 ming, leykotsitlar 1,8 ming, gemoglobin 122 g/l, eritrotsitlar 4,2 mln. Qonning bioximyoviy tahlili; umumiy oqsil 52,7 g/l, bilirubin 47,2 mmol/l (to'g'ri-27,9 va noto'g'ri 19,3), AlAT-70, AsAT-118. GGTP-109, IF-159 bir/l gacha oshgan va tseruloplazmin 0,072 g/l pasaygan. Koagulogrammada protrombin indeksi 45% (1,79), tromboplastin vaqti qisman faollashgan, fibrinogen 1,82 g/l.

UTT-gepatosplenomegaliya, jigarda diffuz o'zgarishlar (Tsirroz belgilari). O't tosh kasalligi, surunkali pankreatit, kichik tostda suyuqlik.

Okulist xulosasi– Kayzer-Fleysher halqasi, EFGDS 3 darajali qizilo'ngach venalari kengayishi, yuzaki gastrit, bulbit.

Portal tizimni rangli doplerografik tekshirish-darvoza venasi postromboflebit kasalligi, qisman rekanalizatsiya, Portal gipertenziya.

Bosh miyaning MRT xulosasi-gepatotserebral distrofiya, unchalik rivojlanmagan tashqi gidrotsefaliya.

Yuqoridagi klinik, laborator, instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo'yildi.

Vilson-Konovalov kasalligi aralash shakli. Jigar tsirrozi, Chayld-Pyu bo'yicha B klass. Portal gipertenziya sindromi. Qizilo'ngach venalari kengayishi 3 daraja. Splenomegaliya gipersplenizm bilan. Bosh miyaning rigid ataksik zararlanishi. O't tosh kasalligi. Surunkali pankreatit remissiya davri. Surunkali yuzaki gastrit remissiya davri. Duodenit remissiya davri.

Davo rejasi: D-penitsilamin (kuprenil) 250 mg X 1 m/k, keyinchalik doza 250 mgdan 1 gr oshirildi. Vitamin B1 va B6 m/o. Bemorda patogenetik terapiyaga qaramasdan 2 hafta davomida bemorning ahvoli og'irlashdi.

Bemorda umumiy holsizlik kuchaydi, o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'ldi. Bemorning siydigi bilan sutkada 492 mkg mis chiqdi (N-2-80mkg). 2 hafta o'tgandan so'ng bemorning ahvoli yaxshilandi. Holsizlik kamaydi, gapirishlari biroz yaxshilandi, misning siydik bilan chiqishi 38 40 mkg ga etdi (N-2-80 mkg).

Qayta qon tahlili olinganda trombotsitlar soni 52. ming g/l gacha, leykotsitlar 2 ming gacha, eritrotsitlar 4,3 mlngacha aniqlandi. Bioximik tahlillar umumiy oqsil-52,3 g/l, umumiy bilirubin 23 mkmol/l, AlAT 40 bir/l, AsAT-50 bir/l.

Xulosa: Vilson –Konovalov Kasalligi kam uchrovchi kasallik, mis to'planishi bilan kechadi. Bemorlar qonida aminotransferazalar miqdori ortishi bilan kechadigan, psixonevrologik simptomlar rivojlangan va titrash, o'zini tutishini o'zgarishi, nomalum etiologiyali jigar yetishmovchiligi bilan kechsa, surunkali gepatit va tsirroz bilan kasallanganlarni ushbu kasallikka tekshirish lozim.

Jilber sindromi

Jilber sindromi yaxshi sifatli tug'ma funktsional giperbilirubinemiya, irsiy kasallik. Bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi bilan kechadi. Bu holat bilirubin almashinuvida qatnashuvchi fermentni kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida yuzaga chiqadi. Sariqlik jigar shikastlanish belgilarisiz rivojlanadi. Bunda o't suyuqligini chiqarish yo'llari yopiladi va gemoliz bo'ladi. Bu irsiy kasallik bo'lib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi (meyordan 30% past) yoki yetishmasligi hisobiga bilirubin almashinuvi buziladi. Autosom dominant yo'l orqali

avloddan avlodga o'tadi., jigarda hech qanday funktsional va morfologik o'zgarishlar bo'lmaydi. Ko'proq erkaklarning o'smirlik davrida uchraydi. Bazi bir avtorlar (Strassburg C.P) malumotlariga ko'ra yevropa davlatlarida 3-9 % aholida Jilber sindromi uchraydi.

Kasallikni qo'zg'atuvchi omillar bo'lib, endogen omillardan bilirubin almashinuvida qatnashuvchi fermentni kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida yuzaga chiqib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi hisoblanadi. Ekzogen omillardan ochlik, jismoniy zo'riqish, alkagol va toksik moddalar tasiri, uzoq muddat dori moddalar qabul qilish va hamroh kasalliklar hisoblanadi.

Kasallik simptomlari; tez charchash, holsizlik, bosh aylanishi, uyqusizlik, uyquning buzilishi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat, skleraning har xil darajada sarg'ayishi (jismoniy zo'riqishda, spirtli ichimliklar istemol qilganda, yuqumli kasalliklardan keyin terida qichish bo'lmaydi), o't qopi va yo'llarida toshlarni hosil bo'lishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Kam holatlarda dispepsiya, ishtahaning yo'qligi, og'izda nordon tam, kekirish, achishish, ko'ngil aynishi, kam holatlarda qusish, kabziyat yoki ichini suyuq o'tishi, tez-tez o'tishi, qorinda dam bo'lishi, o'ng qovurg'a ostida bo'g'iq, tortiluvchan og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi. Og'riq asosan dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar istemol qilganda hosil bo'ladi. Bazan jigar kattalashganligi aniqlanishi mumkin. Xuruj asosan dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar, spirtli ichimliklar, anabolik steroidlar, jinsiy garmonlar, glyukokortikoidlar, antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vasitalar istemol qilish, stress, jismoniy zo'riqish, travma, operatsiyalar, virusli infeksiyalar, gepatitlar kasallik qo'zg'alishiga olib keladi.

Diagnoz umumiy bilirubin 21-51 mmol/l gacha oshishi mumkin. Meyorda umumiy bilirubin 5,1-17,1 (8,6-20,5) mmol/l, Bog'langan 1,7-5,1 mmol/l, Bog'lanmagan 3,4-12 mmol/l

Jilber sindromida maxsus diagnostik probalar o'tkziladi-ochlik sinamasi; 48 soat ichida bemor kam kalloriyali (sutkada 400 kkal) dieta qilsa bilirubin miqdori 50-100% ga oshadi. Bilirubin nahorda va 2 sutkadan so'ng aniqlanadi. Fenobarbital sinamasi-bu modda istemolidan so'ng glyukuroniltransferaza fermenti faolligi oshib, bilirubin miqdori kamayadi.

Asosiy diagnostik kriteriylari:

-Kuchli namoyon bo'lmaydigan, xronik intermitirlovchi sariqlik kuzatilib, jismoniy zo'riqqanda, asabiylashganda dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar, spirtli ichimliklar, anabolik steroidlar, jinsiy garmonlar, glyukokortikoidlar, antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vasitalar istemol qilish, stress, jismoniy zo'riqish, travma, operatsiyalar, virusli infeksiyalar, gepatitlarda sariqlik kuchayadi.

-Kon'yugatsiyalanmagan fraksiya hisobidan giperbilirubinemiya kuzatiladi.

-Bemor qarindoshlarida ham shu fraksiya hisobidan giperbilirubinemiya kuzatiladi.

-Fenobarbital bilan davolanganda bilirubin normaga tushadi.

Jilber sindromi va tug'ma gemolitik anemiyani qiyosiy tashxislash.

Jilber sindromi -Birlamchi belgilarning paydo bo'lish vaqti -11-30 yoshgacha, Splenomegaliya-kam hollarda, Gepatotsitlarda to'planadigan fer Fenobarbitalning samaradorligi ment-lipofuztsin, Fenobarbitalning samaradorligi-samarali.

Glukuroniltransferaza fermenti faolligi pasayishi xarakterli.

Tug'ma gemolitik anemiya- Birlamchi belgilarning paydo bo'lish vaqti -10 yoshgacha, splenomegaliya-doimiy bo'ladi. Anemiya-xos, mikrosferotsitoz-xos, eritrotsitlar yashash muddati-kamaygan, eritrotsitlarning osmotik rezistentligi, pasaygan, o't yo'llarida toshlar-ko'p kuzatiladi, gepatotsitlarda to'planadigan ferment- gemosiderin, fenobarbitalning samaradorligi-samarasiz.

Meylengraxt sindrom

Meylengraxt sindromi 1939 yil ushbu avtor tomonidan juvenil sariqlik yozilgan. Kasallikni avj olishi balog'at (13-17 yosh) yoshiga yetish davrida boshlanib markaziy asab tizimi qo'zg'aluvchanligi bilan kechadi. Kasallikni kelib chiqish sababi UDF-GT fermentini tug'ma defektidir. Bunda gepatotsitlar membranasida erkin bilirubinni qondan ushlab qolish funksiyasi yaxshi saqlangan. **Meylengraxt sindromi** oilaviy giperbilirubinemiya guruhiga kiradi va teri, ko'zning davriy sarg'ayishi bilan kechadi. Bemorlarda kuchli charchash, holsizlik, o'ng qovurg'a ostida kuchsiz og'riq, dispeptik sindromlar kuzatiladi. Ushbu klinika asabiylashganda, jismoniy zo'riqishda kuchayadi. Qonda erkin bilirubin miqdori (80 mkmol/l) gacha oshadi. Eritrotsitlarni tomir ichi gemolizi kuzatilmaydi. **Ushbu sindromni Jilber sindromidan farqlash lozim**, bunda mikrosomal ferment UDF-GT ni faolligi pasayadi. Ushbu ferment gepatotsitlarga bog'langan bilirubinni hosil bo'lishiga javobgar va erkin bilirubinni qondan ushlab qolib, gepatotsitlarga taqsimlaydi. Bemorlarni faol davolash shart ham emas, doimiy parhez saqlasalar shuni o'zi kifoya. Garchi faol davolashga ko'rsatma bo'lsa giperbilirubinemiya 50 mkmol/l dan ortiq bo'lsa va klinika rivojlangan bo'lsa, mikrosomal ferment UDF-GT induktorlari hamda oqsil transportini yaxshilavchi fenobarbital 50 mg x 2 m, ziksorin 600 mg/sut. 2 hafta buyurish kifoya. 2 haftada bilirubin meyoriga tushib ketadi.

Dabin – Jonson sindromi

Dabin – Jonson sindromi –enzimopatik (fermentopatik) sariqlik bo'lib, kam uchraydigan gepatozlar guruhiga kiradi va bog'langan bilirubinni gepatotsitlardan o't kapilyarlariga ekskretsiyasini buzilishi bilan kechadigan patologik jarayon. Bu o'z navbatida bilirubinni regurgitatsiyasiga olib keladi, yani qayta so'riladi. Buning sababi gepatotsitlar kanalchalarida ATF ga tovbe transport tizimini irsiy defektidir (postmikrosomal gepatotsellyulyar sariqlik). Bunda bo'yoqlar (kraskalovchilarni) ni ekskretsiyasi susayadi (sulfbromftalein natriy), temir saqlamaydigan gepatotsit pigmentlari, o't qopida patologiya bo'lmaydi. Bilirubinni gepatotsitlarga tutilishini sababi adrenalin metabolizmi bilan bog'liq bo'lib, bilirubin bilan melanin to'planib qoladi. Keyinchalik melanozli gepatoz rivojlanadi.

Adabiyotlarda yozilishicha **Dabin-Djonson sindromi** eron yevrelari orasida ko'proq tarqalgan bo'lib, 1:1300 kishiga to'g'ri keladi. Tez-tez oilalarda uchrab va qaytalanib turadigan sariqlik. Bemorlarning 60% protrombin miqdori kamayib ketadi, bu VII omilning pastligi hisobiga bo'ladi. 70% bemorlarni yoshlar tashkil qiladi va qolgan foiz 50 yoshdan keyin.

Dabin-Djonson sindromi irsiy kasallik bo'lib autosom retassiv yo'l orqali irsiylanadi. Gen defekti organik anionlarni transport qiluvchi ion kanallarini genining (cMOAT) mutatsiyasi natijasida yuzaga keladi. Shuning natijasida bilirubin hamda organik anionlarning gepatobiliar transporti buziladi. Bog'langan bilirubin fraktsiyasi miqdori qonda oshadi va bog'langan bilirubin suvda yaxshi eriganligi uchun siydikda bilirubinuriya kuzatiladi. Bog'langan bilirubin miqdori 0,3 mg/l (5,2 mkmol/l) va

umumiy zardob bilirubini 2,0 mg/l (34,2 mmol/l) oshsa konyugatsion sariqlik deb aytamiz (yoki tog'ri bilirubin fraktsiyasi 15% dan oshsa umumiy zardob bilirubinidan, bu 2,0 mg/l oshadi).

Dabin-Djonson sindromida jigarning rangi yasil qo'ng'ir rang yoki jigarrang qoramtir tovlanadi va yuzasida qora dog'larni ko'rish mumkin. Bu tirozin, triptofan va fenilalanin sekretsiasini buzilishi bilan bog'liq. Taloqda ham pigment to'planadi. Gepatotsitlar va Kupfer hujayralari qora pigment bilan to'lgan, lipofutsin bilan kraskalaganda yaxshi ko'rinadi. Pigmentlar lizasomalar bilan bog'langan qattiq tanachalarda topiladi. Lizasomalar notekis, kattalashgan, yog'bosgan, membrana bilan bog'liq. Bemorlarda sariqlik sindromi doimiy bo'lib, ko'pincha teri qichishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik yillar davomida simptomsiz kechishi mumkin. Ko'pincha yosh erkaklar kasallanadilar. Kasallangan jigar bilirubinni, bromsulfaleinni, xoletsistografiya uchun kontrast moddalarni ekskretsiya qilmaydi. Shu sabab bilirubin miqdori meyordan ortiq, bromsulfalein proba, ishqoriy fosfatazi miqdorlari o'zgaradi. Bemorlarda tekshiruv vaqtida o't qopi soyasi ham ko'rinmaydi kontrast modda ekskretsiyasi buzilishi munosabati bilan. Alohida tekshirganda bog'langan bilirubin miqdori qonda ko'paygan bo'ladi, shu munosabat bilan bilirubinuriya kuzatiladi.

Asosiy tashxislash mezonlari:

- Ko'pincha erkaklarda uchraydi
- Birinchi klinik belgilari tug'ilgandan to 25 yoshgacha namoyon bo'ladi.
- Asosiy belgisi surunkali kuchli namoyon bo'lmagan sariqlik.
- Sariqlik tez charchash, ko'gil aynishi, ba'zan esa qorinda og'riq bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda umumiy simptomlar-charchash, holsizlik, o'zini yomon his etishi, dispepsiya-yomon ishtaha, ich suyuq o'tishi, o'ng qovurg'a ostida og'riq, kolika, tana harorati ko'tarilishi bo'ladi. Bemorlar tomoqlari qizargan bo'ladi.
- Jigar 1-2 sm kattalashishi mumkin
- Siydik rangi to'q rangda, bilirubinuriya kuzatiladi.
- Ko'p bemorlarda kattalashmagan, qonda asosan konyugatsiyalangan fraksiya oshgan bo'ladi.

•Qon tahlilida o'zgarish bo'lmaydi.

Albatta qilinadigan laborator tekshiruvlar.

Umumiy qon tahlili

Umumiy peshob tahlili

Qonda bilirubin aniqlanadi-bog'langan ko'payadi

Siydikda bilirubin

Fenobarbital bilan proba-fenobarbital qabul qilganda bilirubin kamayadi.

Qonda fermentlar aniqlanadi (AcHT,AlAT, GGTP,ShF) biroz ko'payadi

Bromsulfalein proba-zardobda miqdari kopayadi egri chiziq chizganda 45 min. ga nisbatan 90 min.ga

Koproporfirin miqdori sutkalik siydikda o'zgarmaydi

Koproporfirinni I tip izomeri sutkalik siydikda ko'paygan.

Ko'rsatmaga qarab qilinadigan laborator tekshiruvlar.

Virusologik tekshiruv Gepatit B,C,D va h.k.

Instrumental tekshiruvlar (jigar, taloq, o't qopi, o't yo'llari UTTsi)

Peroral va vena ichida kontrast yuborib xoletsistografiya o'tkazish (kasallikda o't qopiga kontrast tushmaydi)

Ko'rsatmasiga qarab ;

Punktsion biopsiya (jigar hujayralariga xarakterli pigmentlarni topish uchun)

Diagnostik laparaskopiya (jigarni qora rangga bo'yalishi aniqlanadi)

Diferentsial diagnoz sindron Krigler-Nayar, Jilber, Rotor, virusli gepatit, surunkali gepatit, xolestatik sindrom, mexanik sariqlik, jigar tsirrozi va b.k) bilan o'tkaziladi. Diagnostikada bromsulfalein sinamasi va boshqa funktsional sinamalar, kasallikni oilaviy xarakterga egaligi, kasallikni boshlanishi (bolalikdan, osmirlik davrida), laparaskopiya, punktsion biopsiya va h.k. lar yordam beradi.

Rotor sindromi

Rotor sindromi– irsiy pigmentli gepatoz bo'lib, kasallik rivojlanish xuddi Dabin – Jonson sindromiga o'xshash bo'lib, engilroq kechadi faqat gepatotsitlarning bilirubinni ekskretor funksiyasi yengilroq namoyon bo'ladi. Farqi shundaki, bromsulfalein sinamaga 2 marta manfiy natija beradi yani bo'yoqlar kontsentratsiyasi oshmaydi. Xoletsistografiyaga o't qopi ko'rinadi, qora dog'lar jigar hujayrolariga hosil bo'lmaydi. Morfologik tekshirganda jigarda yog'li distrofiya belgilarini ko'rish mumkin. **Rotor sindromida** - qonda bog'langan bilirubin miqdorini biroz ortishi hamda siydik bilan koproporfirinini ajralishi bilan kechib, jigar fermentlari faolligi buzilmaydi. Bunda jigarda boshqa o'zgarishlar bo'lmaydi. **Rotor sindromi** irsiy kasallik bo'lib autosom retsesiv yo'l orqali irsiylanadi va kasallik bolalikdan rivojlanadi. Kasallik klinikasi ko'pincha simptomsiz kechadi, yuzaga chiqishi sariqlik sindromi bilan namoyon bo'ladi. Dabin-Jonson sindromida bromsulfaleyin sinamasini ekskretsiyasi buzilsa Rotor sindromida uni jigar hujayralarida yutilishi buziladi. Rotop sindromida lidofenin bilan tekshirganda jigar, o't qopi, o't yo'llari ko'rinadi.

Asosiy tashxislash mezonlari:

- Kuchli namoyon bo'lmaydigan, surunkali sariqlik.
- Subektiv shikoyatlari aniq bo'lmaydi.
- Jigar normal o'lchamlarda
- Kon'yugatsiyalangan fraksiya hisobiga giperbilirubinemiya.
- Davriy ravishda siydikda bilirubinuriya kuzatiladi.
- Qon tahlilida va jigar sinamalarida o'zgarish bo'lmaydi.
- Jigar biopsiyasida normal gistologik ko'rinish bo'lib, pigment to'planishi aniqlanmaydi.

Maruza №5 Surunkali gepatitlar. Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit

Surunkali virusli gepatit – jigar virus etiologiyali surunkali diffuz yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Oxirgi yillarda virusli etiologiya asosiy e'tiborni jalb etmoqda. Asosan gepatit B va gepatit C viruslari qon quyish, zararlangan xirurgik asboblar, ignalarni ishlatish orqali, bemorlarnu tish yuvish vositalarini ishlatishda, sartaoshlarning asbob uskunalaridan va b.q. lardan yuqish xavfi yuqori bo'lib, uning simptomsiz uzoq yillar tashilishi keng tarqalgan. Ayniqsa 3 turdagi viruslar ko'p tarqalgan – B, C va D.

Virusli gepatit B va S ning yuqtirish yo'llari xavf omillari

1. Anamnezida qon va uning preparatlari quyilganligi.
2. Narkotik moddalarni qabul qilish.
3. Jinsiy aloqalar; (anal jinsiy aloqa, jinsiy yo'l bilan beriladigan kasalliklar, anamnezida besh va undan ko'p jinsiy sheriklar, Virusli gepatit B va C tashuvchilar bilan jinsiy aloqa).
4. Igna bilan davolanganligi.
5. Gemodializ bo'limida ishlash.
6. Jarraohlik bo'limlarida ishlash, vena ichiga in'ektsiya qiluvchilar, huqna o'tkazuvchilar, endoskopik tekshiruv o'tkazuvchilar, laborantlar va b.q.lar.
7. Umumiy gigiena anjomlarini birgalikda ishlatish xususan bemorlarnikini (britva, tish cho'tkasi, massajyor, dush va hammom anjomlari va b.q.lar).
8. Terini teshish (zirrak o'tkazish maqsadida quloqni va burunni teshish), tatiurovka.

Klinik kechishi. Virusli infeksiyaning o'tkir davri bilinmay o'tishi mumkin, zararlanish kech, surunkali turga o'tgandan keyin namoyon bo'lishi mumkin. Bemorlarni so'rab-surishtirish gepatit B va C ni diagnostikasida ahamiyatli. Charchash, ko'ngil aynish, epigastral sohada og'riq, diareya, teri toshmasi muskul va bo'g'implarda og'riq sariqlik, axlatning rangsizlanishi, siydik rangining to'qligi kabi simptomlar bezovta qiladi. Surunkali gepatit C ga latent kechish xos bo'lib, u bir necha yillardan keyin namoyon bo'lib, jigar tsirroziga va jigar-hujayra kartsinomasiga olib kelishi mumkin. Gepatit B+D birgalikda kelsa kasallik og'ir kechadi.

Jigar tsirrozi rivojlanganda unga qo'shimcha ravishda jigar yetishmovchiligi sindromi-qizilo'ngach, ichak, milklardan, bachadondan qon ketishlar, sariqlik, astsit, entsefalopatiya ham yuzaga keladi. Bu sindrom tsirrozning dekompensatsiya davrida yoki o'tkir gepatitning og'ir kechishida kuzatiladi.

Surunkali B gepatitini morfologik belgilari. Gepatotsitlarni gidropik distrofiyasi; Atsidofil tana topilishi (Kaunsilmen tanachasi); -Hekroz o'choqlari gepatotsitlarda (nekroz apoptoz bilan almashinadi); Limfogistiotsitar infiltratsiya; Portal trakt fibrozi kabi o'zgarishlar ko'ramiz;

Surunkali gepatit S ning morfologik belgilari. Katta tomchili yog'li distrofiya, portal yo'llarda limfoid agregatsiya bo'lishi natijasida limfoid tugunchalar hosil bo'lishi, o't yollarida yiringsiz xolangit limfoid va plazma hujayrali infiltratsiya bilan kuzatiladi. Periportal zonalarda hujayrali infiltratsiya ham tez-tez uchrab turadi. Fibroz to'qima hosil bo'lishi munosabati bilan jigar tsirrozi rivojlanishiga imkon tug'iladi.

Laborator diagnostika. HB_sAg – virusli gepatit B ning yuza antigeni. Uning qonda topilishi virus tashuvchilarga va surunkali gepatit bilan kasallanganlarga xos. HB_cAg – virusli gepatit B ning o'zak antigeni: uni jigar hujayralari namoyon qiladi. Qonda faqatgina virus qismlari buzilgan paytda topiladi. HB_eAg – Ag e: uni qonda topilishi virusning aktiv replikatsiyasidan va qonni maksimal zararlay olish qobiliyatidan darak beradi. Qonda antigenlar topilishidan tashqari ko'rsatilgan 3 ta antigenga nisbatan antitanalar topilishi ham katta ahamiyatga ega. Qonda ALT, AST oshishi, bilirubin miqdorini oshishi kuzatiladi. Qumli yadrolar Hb core Ag markeri.

Davolashdan asosiy maqsad- HBV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir.

AlAT miqdorini meyorga kelishi; HBV DNA va HBe Ag yo'qolishi (anti HBe hosil bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi); Hozirgi vaqtda davolash uchun interferon va lamivudin (zefiks) ishlatiladi. α -interferon (realderon, roferon-A) ning samaradorligi bu AlAT va HBeAg hamda HBV DNA ning 25-40 % bemorlarda qonlarida meyorda bo'lishi bilan o'lchanadi. Og'ir holatlarda kortikosteroidlar qo'llaniladi.

HBV-DNK, HCV-RNK, HDV-RNK ni o'rganib, gepatit B, C, D replikatsiyasi aniqlangach. HCV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir. Viruslarga qarshi dori vositalarini qo'llash bilan birga ribavirin 1000-1200 mg dan buyuriladi. Nojo'ya tasiri gemolitik anemiya chaqirishi mumkin. Pegilirlangan interferon gepatit S ni davolashda ko'proq samara beradi. 180 mkg dan Peg interferon α_{2a} (Peg-IFN α_{2a} , Peg-IFN α_{2b} -1,5 mg dan haftaga 1 marta har kg tana vazniga) teri ostiga haftaga bir marta qo'llaniladi. Peg-IFN α_{2a} /ribavirin (pegasis/ribavirin) kombinatsiyada berish mumkin.

α -interferon bilan davolashga qarshi ko'rsatma

Absolyut qarshi ko'rsatma;-Yurakning og'ir kasalliklari; Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz epilepsiya; Neytropeniya (neytrofillar soni $1,5 \times 10^9/l$ kam); Trombotsitopeniya (trombotsitlar soni $90,0 \times 10^9/l$ kam); Organlar transplantatsiyasi (jigardan tashqari); Dekompensatsiyalangan jigar tsirrozi;

Nisbiy qarshi ko'rsatma - Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz qandli diabet; Autoimmun kasalliklar;

Adefovir dipivoksil (10-30 mg/sut)-adenozin monofosfat analogi hisoblanadi, ichga qabul qilinadi, va lamivudin (100-150 mg 12 oy ichga qabul qilinadi) bilan davolash samarasiz bo'lganda qo'llaniladi. Viruslarga qarshi, jigar transplantatsiyasidan keyin, jigarda dekompenatsiya jarayoni bo'lsa va OIV koinfeksiyasiga qarshi qo'llaniladi. Nojo'ya tasiri- nefrotoksik tasir ko'rsatadi.

Entekavir (1 mg/sut)-guanozin analogidir. HBV polimeraza funksiyasini pasaytiradi, DNK zanjirini hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Timozin α_1 -bu atsetilirlangan polipeptid 28 aminokislotadan tashkil topgan, zadaksin™ (1,6 mg/sut. t/o 2 mahal 6 oy) dori preparatidir. T-limfotsitlarni rivojlanishiga va differentsiatsiyasiga ishtirok etib organizmni himoyalaydi. Garchi patsiyentlar α -interferonga rezistent bo'lsa quyidagi sxema ishlatiladi. Timozin α_1 - α -interferon; Timozin α_1 + lamivudin + α -interferon; Timozin α_1 + adefovir + α -interferon; α -interferonga qarshi ko'rsatma bo'lsa Timozin α_1 + lamivudin; Timozin α_1 + adefovir qo'llash maqsadga muvofiqdir. Profilaktikasi virusga qarshi vaksinatsiya va yuqish yo'llari oldini olishdn iborat.

Jigar tsirrozi

Jigar tsirrozi-bu jigarning surunkali, kuchayib boruvchi va jigar parenximasida distrofik va nekrotik o'zgarishi, tugunchali regeneratsiyasi tufayli unda biriktiruvchi to'qimaning diffuz tarqalishi va organ arxitektonikasining chuqur qayta qurilishi bilan xarakterlanadi.

Tsirrozga uchragan qism katta kichikligiga qarab, uchta morfologik tipga ajratiladi: Mikronodulyar (kichik tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan kichik bo'ladi. Makronodulyar (katta tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan katta bo'ladi va bunda tugunchalar 2-3 smga etadi; Aralash bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi kichik va katta bo'ladi.

Tsirrozning etiologik turlariga qarab (biliar tsirroz, gemoxromatoz) da tugunchalar hosil bo'lishi sekin bo'ladi, bu gepatotsitlarda regeneratsiya jarayonlarini sekinlashuvi bilan bog'liq. Mikronodulyar tsirrozning hajmi kichikligi uchun, punktsion biopsiya usulida diagnostika oson. Ko'pchilik tekshiriluvchilarda jigar kasalliklarida va tsirroz bo'lmaganda fibroz to'qima hajmi kattalashuvi tufayli jigar kapsulasi qalinlashgan bo'ladi. Teri orqali punktsion biopsiya makronodulyar tsirrozning morfologik diagnostikasi uchun qiyinchilik tug'diradi, chunki regenerat tuguncha to'liq punktsion ignaga tushmasligi ham mumkin.

Tsirrozda morfologik tekshirish, uning qanday morfologik turi (katta, kichik, aralash tugunchali), uning faollik darajasini va imkoni boricha uning etiologik omillarini aniqlashga imkon beradi. Bitta yarimta regenerat tugun topilsa tsirroz rivojlanayotganidan dalolat beradi, rivojlangan tsirrozda esa jigar bo'laklari tuzilishi gistoarxitektonikasi to'liq yo'qolgan bo'ladi. Bazanda morfologik tekshiruvlar hatijasida tsirrozning etiologiyasini aniqlash ham mumkin. Tsirroz rivojlanishiga olib keluvchi omillar turli xil, ularni aniqlash uchun ularni gistologik holatini bilish muhimdir. "Matoli-shishasimon" gepatotsitlar va "qumsimon yadrolar tsirrozni virusli, yog'li distrofiya neytrofillar infiltratsiyasi bilan namoyon bo'lsa va Mellorining gialinli tanachalari bo'lsa bu tsirrozning alkogolli etiologiyasidan dalolat beradi. O't protoklarining (yo'llari) miqdorining kamayishi va surunkali xolestaz birlamchi biliar tsirrozdan dalolat beradi. Qo'shimcha malumot olish uchun maxsus bo'yash usullaridan foydalaniladi.

Jigar tsirrozida o'sma oldi holatini aniqlasa bo'ladi. Adenomatoz giperplaziya-tugunchali hosila tsirrozda uchraydi va adenomatoz giperplaziya yoki displastik tuguncha deb ataluvchi oraliq shikastlanish hisobiga gepatotselyulyar kartsinoma hosil bo'lishi kuchayadi. Atipik adenomatoz giperplaziya tsirroz tugunchalarida uchraydi.

Etiologiyasi va patogenizi. Etiologik omillarni ekzo va endogen sabablarga bo'lish mumkin. **Ekzogen** sabablar birinchi o'rinda jigar tsirrozi rivojlanishida viruslar (gepatit B va C viruslari), alkogolli ichimliklar, gepatotrop ta'sir etuvchi dori vositalari, oziq-ovqatlar tarkibida oqsil va vitaminlar yetishmovchiligi yoki ularni ichak kasalliklari tufayli so'rilishini buzilishi, autoimmun mexanizmlar ahamiyatga ega. Kam hollarda Villson-Kanovalov kasalligi, α -antitripsin yetishmovchiligi, birlamchi sklerozlovchi xolangit, Baddi-Kiari sindromi, gemoxromatoz tufayli kelib chiqadi. Birlamchi billiar tsirroz alohida ajratiladi. Sanalgan shikastlovchi omillar tsirroz shakllanishini tezlashtiradi. Gepatotsit shikastlanishi tufayli ularda nekroz undan keyin esa jigar to'qimasida biriktiruvchi to'qima va tugunchali-regeneratsiya rivojlanadi.

Toksik moddalar to'rtxlorli uglerod (CCl₄), geliotrin, tioatsetamid va b. toksik moddalar jigarni toksiko-allergik tsirrozigaga olib keladi.

Jigar tsirrozining **endogen** sabablariga xoleztazni kiritish mumkin. Jigar ichi va tashqi o't yollari xolestaziga olib keluvchi omillarga, shu yollarda o't toshlarini, parazitlarni tiqilib qolishi yoki bo'lmasa o'sma bilan bosilib qolishi, shu yollarni yallig'lanishini va shu tufayli xoleztaz kelib chiqishini kiritish mumkin. Shular bilan birga jigarni qon bilan ta'minlovch tomirlar trombozi, moddalar almashinuvi va endokrin omillar (tireotoksikoz, qandli diabet va b.q.) ni endogen sabablarga kiritish mumkin. Bular ta'sirida hosil bo'lgan biriktiruvchi to'qimalar va chandiqlar jigar strukturasi o'zgartiradi va qon tomirlarini siqib qo'yadi. Bu o'z navbatida jigarda oziq moddalar va kislorodga bo'lgan ehtiyojni qoniqtirmaydi va bu yerda kechadigan oksidlanish-qaytarilish jarayonlar, oqsil hamda fermentlar sintezi funksiyalarni buzilishiga olib keladi. Jigarda distrofik jarayonlar kuchayib, kasallik kechishini og'irlashtiradi va patologik jarayon doirasimon aylanadi.

Tsirroz rivojlanishida sinusoidlarda kapilyarlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi; Disse bo'shlig'i kengayadi, ularda kollagen topiladi, moddalarni qalinlashuvi, qattiqlashuvi kuzatiladi va bundan bazal membrana, endoteliy fenestrlari diametri va soni kamayadi, gepatotsitlar mikrovorsinkalari tekislanadi. Tsirrozning patogenezi "sinusoidlarli kapilyarizatsiya" si kabi va boshqa o'zgarishlar, jigar hujayralarini funksiyasini buzilishi bilan tushuntiriladi.

Klinik simptomlari. Jigar tsirrozining klinik namoyon bo'lishi ko'pchilik bemorlarda uzoq vaqt bo'lmasligi mumkin yoki kam hollarda –dispepsiya, rivojlanmagan sariqlik, gepatolienal sindrom, meteorizm va odatda o'tib ketuvchi astsit bilan namoyon bo'ladi. Astsit shuningdek, splenomegaliya, qizilo'ngach yoki to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishlari portal gipertenziya sindromi uchun tipik hisoblanadi.

Terminal davr jigar tsirrozining hamma shaklida me'da ichakdan qon ketishi va jigar komasiga olib keluvchi jigar funktsional yetishmovchiligining rivojlanib boruvchi belgilari bilan kechadi. Me'da ichakdan qon ketish qon tupurish yoki melena ko'rinishida bo'lib, ular ko'pincha qizilo'ngach pastki 1/3 qismidagi yoki kam hollarda me'da varikoz tugunlarining yorilishi natijasida bemorning o'limiga sabab bo'lishi yoki anemiyaga olib keladi.

Jigar tsirrozining har xil variantlarida garchi jigar kattalashganda Glisson kapsulasi cho'zilsa va nekroz to'qima shu kapsulaga yaqin joylashsa **og'riq sindromi** bezovta qilib, asosan jigar sohasida, o'ng qovurg'a ostida, epigastrida va butun qorin boyicha paydo bo'ladi. Bu og'riq simmilovchi (bo'g'iq), ingrovchi (noyushiy) xarakterga ega bo'lib ovqatdan (ko'p va yog'li ovqatdan so'ng), jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi. Bazan og'riq o't yo'llarini shikastlanishi bilan bog'liq.

Bemorlarni asosan **dispeptik sindromlar** (ishtahaning pasayishi butunlay bo'g'ilishigacha (anoreksiya) ko'pincha alkogolli tsirozda, ovqatdan so'ng epigastral sohada og'irlik hissi paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, meteorizm, yog'li ovqatdan so'ng najasning suyuq bo'lishi (buzilishi), qusish) kabi simptomlar bezovta qiladi.

Asteno-nevrotik sindromlar (ishlash qobiliyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Gemorragik sindronlar (milkardan qon ketish, teri osti qon quyilishi, gemorragik toshmalar, ichaklardan, burundan, bachadondan va boshqa joylardan qon ketishi kabi belgilar).

Sariqlik sindromi (terining, skleraning va boshqa shilliq qavatlarning sarg'ayishi).

Isitma (noto'g'ri) postnekrotik va biliar tsirrozda kuzatiladi. Portal tsirroz bilan kasallangan bemorlarda ko'pincha oruqlash (kaxektsiya) kuzatiladi. Bu hazm traktida hazm, so'rilish jarayonlarini buzilishi va oqsil sintezining buzilishi bilan bog'liq. Biliar tsirrozda ko'pincha terining qichishi kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish. Bemorlar ko'pincha ozg'in bo'ladilar, terisi va shilliq qavatlar rangi sarg'aygan, lablari va tili to'q qizil (malina) rangda, yonoq sohalari eritemasi (qizarishi), astsit hisobiga qorinni kattalashuvi,



ingichka va shishgan oyoqlarni ko'rish mumkin (**shish sindromi**). Sariqlik til osti, tanglay sohasi, sklerasi va terisida kuzatiladi. Sariqlik, axlatni (najasni) rangsizlanishi va teri qichishi bilan kechadi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda terisida qichishdan keyingi qashalgan izlarni ko'rishimiz mumkin. Kasallik uzoq cho'zilsa teri ostidagi bilirubin biliverdinga aylanib, teri yashil sariq rangda tovlanadi. Biliar tsirrozda melanin to'planishi hisobiga qoramtir (buriy) rang tovlanadi.

Tsirrozning gepatitdan ajratib turuvchi asosiy klinik belgilari kattalashgan, qattiq jigar va taloq, katta jigar belgilari hisoblanadi.

Bemorlarda **kichik jigar belgilarini** ko'rishimiz mumkin. Bularga: tomir yulduzchalar (teleangioektaziya), kaftlar eritemasi (jigar kafti), lab, og'iz shilliq qavati va tilning to'q qizil (malina) randa bo'lishi, erkaklarda gnekomastiya va boshqa garmonal buzilishlar esterogenlar parchalanishini buzilishi hisobiga, qovoqlarda va tananing boshqa sohalarda ksantomatoz blyashkalarini (84 surat) (pilakchalar) paydo bolishi xolesterin almashinuvi buzilishi hisobiga, baraban tayoqchasimon barmoqlarni hosil bo'lishi kiradi. Ko'pchilik holatlarda tsirrozda quloq oldi so'lak bezlarini kattalashuvini va Dyupyutren kontrakturasi hamda periferrik neyropatiyalarni ko'rish mumkin.

Qorin terisi ko'zdan kechirilsa kengaygan venalarni (Caput Medusae) ni, gemorragik toshmalarni, tomir yulduzchalarni, qorin hajmi kattalashganligini va kindikni bo'rtib chiqqanligini ko'rish mumkin.

Palpatsiyada jigarni qattiqlashganligini, yuzasi notekisligi, pastki chetini o'tkirligini aniqlash mumkin. **Perkussiyada** jigar hajmini kattalashganligini aniqlaymiz.



Laborator ma'lumotlar.

Kompensatsiyalangan tsirroz bo'lgan kasallarda biokimyoviy ko'rsatkichlar o'zgarmagan bo'lishi mumkin. Biroq zardobda transaminaza aktivligi oshishi mumkin. Dekompensirlangan tsirrozni laborator tekshirganda anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, bilirubin va gamma-globulin miqdori oshishi, shuningdek, albumin, protrombin, xolesterin miqdorining kamayishi aniqlanadi.

Yallig'lanish rivojlangan bo'lsa α_2 globulin, sariqlik sindromida β globulinlar miqdori oshadi. Biliar tsirrozda qonda lipidlar va xolesterin miqdori oshadi. Qon zardobida xolinesteraza faolligi pasayadi. Tsirroz xuruj qilganda transaminazalar ko'payadi va biliar tsirrozda ishqoriy fosfataza miqdori oshadi. Siydik bilan ko'p miqdorda urobilin, sariqlik sindromi kuchli rivojlangan bo'lsa bilirubin ham ajraladi. Najas bilan sterkobilin ajralishi kamayadi.

Instrumental tekshirish. Rentgenologik tekshiruvlar natijasida qizilo'ngach va gemoroidal venalarni kengayganligini aniqlashimiz mumkin. UTT (jigar va taloq o'lchamlarining o'zgarishi, bir xil bo'lmagan jigar parenximasi hamda portal gipertenziya belgilari), KT (informativ metod), shuningdek jigar punktsiyali biopsiyasi (jarayon variant va stadiyalarini aniqlash) qo'llaniladi.

Davolash. Birinchi navbatda etiologik omilni bartaraf etish, ish rejimini, oqsil va vitaminlarga boy parhez rejimini tashkil qilish. O'tkir, konservalangan, achchiq, yog'li, yog'da qovurilgan, shokolad maxsulotlari ovqat ratsionidan cheklanadi. Pastki daraja faolligidagi tsirrozni davolashda umumiy tavsiyalariga rioya qilinishi (kasbga aloqador va zararli omillarini inkor qilgan holda, gepatotoksik dori vositalari, alkogolni cheklash kasallik davolashda yordam beradi) zarur. Agar jigar tsirrozi faol davomiylikda ega bo'lsa, bunda davolash etiotrop bo'lishi kerak. Astsit va shish chegaralangan osh tuzi va suyuqlik kechki stadiyalarda siydik haydovchi vositalar, aldosteron antagonisti (spironolakton) va boshqa kaliy saqlovchi diuretiklar (triamteron yoki amilorid) qo'llaniladi. Garchi qizilo'ngachda, gemoroidal venalar kengaygan bo'lsa qon ketishini oldini olish maqsadida sklerozlovchi davo chorasi va β blokatorlar va boshqa davo usullari ko'llaniladi. Biliar tsirrozda qichishni oldini olish uchun ursodezoksixolevoy kislotasi, ursosan kapsulada, legalon (kartsil) 1-2 drajadan 3 mahal, xafitol (tsinariks) per os 2 t x 3 m ovqatgacha, tikveol 1-2 t x 3 m 1-3 oy davomida beriladi. Geptral (L-adenozil-L-metionin) 800 mg og'iz orqali yoki vena ichiga 2-4 hafta, gepamerts (L-arnitin-L-aspartat) 10,0 100,0 glyukozaga vena ichiga, α -lipoevaya kislota mushak orasiga yuboriladi. A interferon 3 mln dan haftaga 3 marta (pegasis 180 mg 1 mahftaga), Ribavirin (kapegus), Rabetol 800-1200 mg/sutkaga buyuriladi. Tsirrozning og'ir darajalarida jigar transplantatsiyasi qo'llaniladi. O't yo'llari tosh bilan tiqilgan va osmalar bilan zararlangan bo'lsa operativ davo chorasi samaralidir.

Jigar hujayralari yetishmovchiligi

Jigarda, funktsiyasini to'laqonlik bilan bajaruvchi gepatotsitlar miqdorining kamayishi hisobiga jigar hujayralari yetishmovchiligi kelib chiqadi. Jigar

yetishmovchiligi o'tkir va surunkali turlariga bo'linadi. Uch bosqich tafovut qilinadi; kompensirlangan; dekompensirlangan va terminal yoki distrofik. Uchinchi bosqichi koma bilan yakunlanadi. Jigarning o'tkir va surunkali yetishmovchiligi farq qiladi.

Etiologik omillari; jigarning o'tkir hamda surunkali yetishmovchiligiga toksik maddalar bilan zaharlanish, viruslar, o'smalar bilan zararlanishi, oqsillar va vitaminlar yetishmovchiligi, jigar tsirrozi va b.q.lar olib keladi. Tsirroz bilan kasallanganlarning 30-60% bemorlar jigar entsefalopatiyasiga sabab bo'ladigan jigar komasidan vafot etadilar. Jigarning entsefalopatiyasiga olib keladigan omillar:

- alkogol;
- ovqat hazm qilish traktidan qon ketishi;
- kollaps, shok;
- dori moddalarining ta'siri;
- ko'p miqdorda oqsil qabul qilish;
- infeksiya.

Jigar komasida diurez, qusish kuchayishi hisobiga suv-elektrolit balansi o'zgaradi. Klinik ko'rinishi jigar entsefalopatiyasi, rivojlanib boruvchi astsit hamda gemorragik sindromlar, kuchayib boruvchi sariqlikdan iborat. Jigar entsefalopatiyasi-jigar o'tkir, surunkali kasalliklari yoki darvoza venalari tomirlari bilan umumiy qon aylanish sistemasi o'rtasida shunt hosil bo'lganda qonga ichaklardan toksik moddalarning o'tishi natijasida nevrologik va psixoemotsional buzilishlar bilan kuzatiladigan sindrom.

Jigar yetishmovchiligi asosida jigarning chuqur distrofiyasi va jigar hujayralari nekrobiozi yotadi. Jigardagi bunday o'zgarishlar uning detoksikatsion funksiyasini buzilishiga olib keladi, ichakda (indol skatol) va moddalar almashinuvi natijasida hosil bo'lgan toksik moddalar kollaterallardan qon aylanish doirasiga tushib organizmni zaharlaydi.

Patogenez. Jigar-hujayra yetishmovchiligida jigarning barcha funksiyalari buziladi, bu zaharlanishning kuchayishiga, qon ivish faktorlari sintez buzilganda yuzaga keladigan gemorragik sindromga, astsit rivojlanishi hamda albumin sintezi kamaygani hisobiga shish hosil bo'lishiga olib keladi. Jigar entsefalopatiyasi rivojlanishini shish hamda funktsional buzilishlariga olib keladigan azot birikmalarining organizmda saqlanib qolishi bilan bog'lashadi.

Klinik ko'rinishi. Bu kasallikning klinik simptomlariga birinchi o'rinda tsirrozga, o'linga olib keluvchi, chuqur jigar komasiga sabab bo'luvchi entsefalopatiya turadi. Jigar entsefalopatiyasining bir necha davrlari kuzatiladi:

1-davr (prodromal davr) – emotsional muhit va uyquning buzilishi, tunda uxlay olmaslik kunduzi esa uyquchanlik bilan kechadi.

2-davr – chuqur neyropsixik buzilishlar kechadi. Bunda qo'l barmoqlarining “qarsak choluvchi” (tremor) xos.

3-davr – koma oldi holat: hushning buzilishi-sopor, dizartriya, patologik reflekslar paydo bo'lishi “qarsak choluvchi” titrashning kuchayishi, Cheyn-Stoks yoki Kussmaul nafas tipining paydo bo'lishi. Og'izdan shirin-xushbo'y hid kelishi, jigar o'lchamining kichiklashuvi, teri qichishisiz rivojlanuvchi sariqlik, gemorragik sindrom, gipoalbuminemiya, tana harorati oshishi kuzatiladi.

4-davr – jigar komasi davri, arefleksiya bu davr uchun xos.

Bundan tashqari jigar-hujayra yetishmovchiligida gipoalbuminemiya, giperbilluribinemiya, shuningdek qonda protrombin va xolesterin miqdori kamayishi kuzatiladi.

Bemorlarda asosan astenonevrotik, dispeptik, sariqlik, shish, gemorragik sindronlar va isitma bezovta qiladi. Bemorlarda va asosan erkaklarda endokrin buzilish belgilarini ko'rish mumkin (moyaklar atrofiyasi, ginekomastiya, bosh sochlari, qo'ltiq osti va boshqa sohadagi tuklarning to'kilishi), bu esterogenlarni inaktivatsiyasi bilan bog'liq. Ayollarda bachadon va sut bezi atrofiyasi, menstruatsiyani buzilishi kabi o'zgarishlar bo'ladi.

O't suyuqligini tekshirish. Duodenal zondlash

O'n ikki barmoqli ichak shirasi tarkibi 1) Meda shirasi; 2) O't suyuqligi; 3) Meda osti bezi sekreti; 4) Ichakning shilliq qavatidan ajralib chiquvchi ichak shirasidan iborat. Duodenal tekshirishlar o't suyuqligi yo'llari va o't pufagi haqida ma'lumot beradi. Bu usul Lyutkens va Oddi sfinkterlarining funktsional holati, qisqarishi va kontsentratsiyasini bilishga imkon beradi. Shuningdek o't yo'llaridagi yallig'lanishlar, kasallik qo'zg'atuvchi va chiqaruvchi mikroblarni aniqlash mumkin.

Duodenal tadqiqotlar maxsus "duodenal zondlar"-uzunligi 1,5 metr bo'lgan va sirtida uning kirish chuqurligini bildiruvchi belgilar qo'yilgan yupqa rezinali trubkalar yordamida olinadi. Rezina trubkaning bir uchida analizni yig'adigan metal idishga o'rnatiladi. Bunda nahorda o'n ikki barmoqli ichakdan shira olinadi. Bunda bemor duodenal zondni birinchi belgisigacha yutadi va o'ng yoni bilan kravotga yotadi. Oshqozondan o'n ikki barmoqli ichakka yengil o'tishi uchun tos sohasiga yostiq yoki valik qo'yiladi. Bemor asta-sekin zondni belgilangan belgisigacha ichiga yutadi. Bu holatda zond o'n ikki barmoqli ichakdan quyiroqqa o't yo'li va meda osti yo'li tirqishiga kirgan bo'ladi. Odatda bu jarayon 1-1,5 soat va ba'zi holatlarda esa 15-20 minut davom etadi. Bunda sarg'ish rang suyuqlik-**A** porsiya ajralib chiqa boshlaydi. Uning tarkibini o't suyuqligi, meda osti bezi, ichak va meda shirasi tashkil etadi. **B** porsiyaning olinishi (o't pufagidagi o't) **A** porsiya ajralib chiqa boshlashidan faqat 20-30 min o'tgach amalga oshiriladi. Buning uchun o't pufagiga zond orqali asta-sekin qisqarishlar uyg'otgichi kiritiladi (30-50 ml, 33% li magniy sulfat, 40ml zaytun moyi, 30-40 ml-10% li osh tuzi 30-50ml-10% li glyukoza eritmasi va h.k). Odatda o't pufagining qisqarishi ovqatning ta'siri ostida uning faoliyatini boshqaruvchi va qo'zg'atuvchi va boshqa mexanizmlar ta'siri ostida kuzatiladi. O't pufagi muskul qisqarishlari bilan birgallikda Oddi va Lyutkens sfinkterining zaiflashuvi ham kuzatiladi. Duodenal zondlashda maxsus aralashmalar qo'llanilib, ular 5-10 mindan keyin qora-qizg'ish yoki ko'kimtir yoki qoramtir rangli pufakchalar **B** porsiyaning olinishiga imkon yaratadi. O't pufagi bo'shagandan so'ng yana tillarang-qizg'ish shaffof o't **S** porsiya pufag bo'yinchasi va jigar ichi o't yo'llaridan ajralib chiqishi boshlanadi.

Yuqorida tavsiflangan an'anaviy duodenal zondlash usullaridan tashqari, oxirgi yillarda 5 fraksiyalik duodenal zondlash usullari ham qo'llanmoqda. U o't pufagiga keluvchi o't maydonini hisobga olgan holda uning alohida fraksiyalari ajralib chiqish vaqtini va har bir fraksiyani miqdoriy tahlil qilish imkonini beradi. O't pufagidan o't ajralib chiqishi tavsifnomalarini aniq bilish uchun duodenal zondlashning xromatik fraksiyon usuli qo'llanadi. Bunda bemor duodenal zondlash o'tkazilgunga qadar 10-

15soat qolganda ichiga metilenli jelatin kapsulali bo'yoqni qabul qiladi. Bu preparat o'tni boshqa organlardan aniq ajratish imkonini beradi.

O't pufagining shilliq qavatidagi kontsentratsion so'rgish fraktsiyalarini va ularning patologiyasini yuqoridagi usullar yordamida o'rnatish mumkin. O'tning kimyoviy tarkibi o't pufagida sodir bo'luvchi modda almashinuvini, jigarning holatini va organizmdagi modda almashinuvini (jumladan patologik jarayonlar) ham bilish imkonini beradi.

O't suyuqligi mikroskopiyasi. Oshqozondagi leykotsitlar og'iz, oshqozon yoki ichakka tegishli bo'lishi mumkin, shuning uchun duodenal zondlashda ikki kanalli zondan foydalanish maqsadga muvofiqdir va u oshqozondagi qoldiqni so'rib olish imkonini beradi.

Lyamblyalarning mavjudligi oshqozon-ichak traktida turli patologik (asosan yallig'lanish va diskinetik) jarayonlarga sabab bo'ladi. Sog'lom kishilarning o't pufagida lyamblyalar uchramaydi. Xoletsistit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda esa lyamblyalar o't pufagining shilliq qavatiga joylashib, (mikroblar bilan birga) diskineziya va yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi.

Xoletsistit tashxisida G immunoglobulin, A, R-oqsillar, C-reaktiv protein, ishqoriy fosfatazalar, S-nukleotidazalar, malon dialdegidlar kontsentratsiyalarining oshishi qayd etiladi. Ammo lizotsim, bilirubinlar miqdorining pasayishi kuzatiladi.

O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning nisbatini bilgan holda litogenlik ko'rsatkichi (yoki koeffitsientini) aniqlash mumkin va u quyidagicha hisoblanadi:

$$\text{Litogenlik indeksi} = \frac{\text{O'tdagi xolesterin miqdori}}{\text{O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning berilgan nisbatlarda eritish mumkin bo'lgan xolesterin miqdori}}$$

Agar litogenlik ko'rsatkichi birdan kichik bo'lsa, bunday o't to'yinmagan, agar birdan katta bo'lsa o'ta to'yingan deyiladi (ba'zan bu ko'rsatkichni "to'yinish ko'rsatkichi" ham deyiladi). Xolesterin bilan to'yingan o'tda xolesterinlarning kristallanishi xos bo'lib, shu sababli ular litogen deyiladi.

Qonning bioximik analizi. Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasida bioximik ko'rsatkichlarni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Birinchi navbatda jigarning asosiy ko'rsatkichi bo'lgan bilirubinni aniqlash muhim. Jigarning shikastlanishida namoyon bo'ladigan asosiy bioximik ko'rsatkichlardan biri bu jigar to'qimasi tomonidan ishlab chiqariladigan fermentlar aktivligining o'zgarishidir.

Ushbu analiz jigar funktsiyalariga baho berish va jigar kasalliklarini differentsial diagnostikasi uchun qo'llaniladi (yallig'lanish, infiltrativ, almashinuv, yurak qon tomir, gepatobiliar kasalliklar.)

Bilirubin. Bilirubin miqdori jigarning yutish, almashinish va ajratish funksiyalarini xarakterlovchi ko'rsatkichdir. Bog'langan bilirubin, bog'lanmagan bilirubin bilan o'tkazilgan sinama ko'rsatkichlariga qarab differentsiyallanadi.

Transaminaza. Glutamat oksaloatsetat transaminaza va alaninaminotransferaza jigar hujayralari holatini ko'rsatuvchi sezgir fermentlardir. Ular miqdorining maksimal oshishi jigardagi nekrotik o'zgarishlarda (virusli gepatit, jigar intoksikatsiyasi o'tkir tsirkulyator yetishmovchilik jigar venalari o'tkazuvchanligining buzulishi) va ba'zan o't

yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda kuzatiladi (konkrement). Transaminazaning aktivlik ko'rsatkichlari kasallikning qay darajada og'ir ekanligini ko'rsatmaydi.

Kam ma'lum bo'lgan o'zgarishlar xolestaz va infiltratsiyada kuzatiladi. Alanin aminotransferaza ko'rsatkichlari jigar shikastlanishining darajasini ko'rsatadi. Bunda aspartataminotransferaza ko'ndalang targ'il mushaklarda topiladi. Alkogolli gepatit aspartataminotransferazaning ko'rsatkichlarini alaninaminotransferazaga nisbatan ko'p miqdorda o'sishini keltirib chiqaradi.

Laktat degidrogenaza- fermentni tekshirish jigar kasalliklari diagnostikasida katta ahamiyatga ega emas .

Ishqoriy fosfataza – bu xolestatik sindrom o't yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi (qondagi bilirubinga nisbatan tez o'shadi) jigarning infiltrativ kasalliklarida sezgir ko'rsatkich hisoblanadi. Spetsifligi past, chunki bu ferment boshqa to'qimalarda ham uchraydi. Ishqoriy fosfataza aktivligi bolalarda, homiladorlarda va suyak kasalliklarida yuqori, spetsifik to'qima izoenzimlarini termostabilligi bilan farqlab bo'ladi (jigar enzimlari suyak enzimlari aktivligi pastligida termostabil hisoblanadi).

5-nukleotidaza – gepatobiliar sistema kasalliklarida enzim aktivligi o'sishi ishqoriy fosfataza o'zgarishlari bilan bir xil ammo, u ko'proq jigar hujayralari holatini ko'rsatadi. Buni ishqoriy fosfatazaning jigarga bog'liq o'zgarishlarini farqlash uchun tekshiriladi, ayniqsa bolalik yoshida, homiladorlikda, suyak kasalliklarida.

Gamma-glutamil transferaza – ishqoriy fosfataza miqdori bilan bir xil o'zgarib turadi. Gepatobiliar sistema shikastlanishida uning aktivligi tezda oshadi. Shuningdek oshqozon osti bezi, buyrak, yurak, o'pka kasalliklarida sezgir.

Protrombinli vaqt – gemokoagulyatsiya faktorlari aktivligining indikatori bo'lib xizmat qiladi. Uning ko'payishi ushbu omil aktivligining yetishmovchiligini ko'rsatadi. Gemokoagulyatsiyaning barcha omillari 8-chi omildan tashqari jigarda ishlab chiqariladi. Jigar to'qimasining keng o'choqli shikastlanishi natijasida uning yetishmovchiligi kelib chiqadi (gepatit, intoksikatsiya, tsirroz). 2, 7, 9, 10 omillar faqat **K** vitamin ishtirokida faol bo'ladi.

Albumin – qonda albumin kontsentratsiyasining kamayishi uning jigarda kam ishlab chiqarilishini (surunkali jigar patologiyasi yoki uzoq davom etuvchi och qolish) yoki siydik yoki axlat bilan intensiv chiqarilishini ko'rsatadi. Jigar disfunktsiyasining unchalik ham sezgir bo'lmagan indikator chunki uning qonda yarim yashash vaqti 15-20 sutkani tashkil etadi. Surunkali jigar patologiyasi bilan kasallangan bemorlarda albumin yetishmovchili disfunktsiya namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Globulin kamayishi asosan surunkali jigar kasalliklarida kuzatiladi. Globulin kamayishi surunkali gepatitning autoimmun formasida kuzatiladi .

Ammiak qon zardobida ko'payishi jigarning detoksikatsiya funksiyasining buzilganligidan dalolat beradi. Bu fulminant gepatit jigar tsirrozida gepatotoksik agentlar ta'sir etganda va jigar tsirrozida kuzatildi. Ko'plab bemorlarda qon zardobida ammiakning bo'lishi jigar entsefalopatiyasidan dalolat beradi. Entsefalopatiyada ko'proq namoyon bo'ladi, ammo almashinuv jarayonlarining buzilishini aniqlashga imkon bermaydi (jigar shikastlanishi uremiya yoki organizmda karbonat anhidridning ko'payishi).

Instrumental tekshirish usullari.

Jigar va o't yo'llari kasalliklarini aniqlash uchun kontrastli rentgenologik, (KT) UTT (UZI) endoskopiya, duodenal zondlash, laparoskopiya, biopsiya, radionukleid tekshirish usullaridan foydalaniladi.

Rentgenologik, radionukleoid, ultratovushli tekshirish usullari.

Kontrast modda yordamida rentgenologik tekshirish portal vena tizimida bosimning oshishi-qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishini aniqlashda eng qulay metoddir. Bundan tashqari xoleografiya metodidan o't yo'llarini tekshirishda ham foydalaniladi. Bunda kontrast modda parenteral yo'l orqali yuboriladi. Shuningdek o't yollarini rentgenologik tekshirish- trans jigar (transpechyonochnuyu) teri orqali xolangiografiya o'tkaziladi. Bunda umumiy o't yo'lga yoki o't pufagiga qorin devori yoki jigar to'qimasiga kontrast modda punktsion yo'l orqali yuboriladi. Rentgenokontrast xolegrafiya qo'shimcha ravishda umumiy o't yo'lga endoskopiya orqali kontrast modda umumiy o't yo'lga retrograd yuboriladi (ERXPG). Bu metod o't yo'lining torayishi natijasida kelib chiquvchi o't yo'li gipertenziyasini aniqlashga yordam beradi. Bu birlamchi sklerotik xolangitni aniqlashda oltin standart hisoblanadi. Jigar parenximasida o'choqli va diffuz o'zgarishlarni aniqlashda UTT (UZI), KT, radionukleoidli tekshirish qo'llaniladi. Zarur hollarda angiografiya o'tkaziladi.

Bu metodlar ichida FEGDS muhim hisoblanadi. Bu metod yordamida qizilo'ngach venalaridagi, oshqozon shilliq qavatidagi o'zgarishlar (portal gipertenziya sindromi uchun xarakterli), shuningdek erroziv ezofagit (ko'pincha jigarning alkogol ta'sirida shikastlanishida kuzatiladi) va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarini aniqlaniladi.

Laparoskopiya va biopsiya. Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasi uchun laparoskopiya va biopsiya metodlari muhim. Biopsiya qilish uchun ko'rsatmalar.

Aniq bo'lmagan etiologiyali hepatomegaliya. ALT, AST, γ -GTP aktivligining turg'un ko'tarilishi. Jigar to'qimasida B, C, D virusli gepatitning aniqlanishi. Dori vositalari ta'sirida jigarning shikastlanishi. Alkogol ta'sirida jigarning shikastlanishi.

Infeksion va sistemali kasalliklar. Jigarning irsiy kasalliklarini aniqlash uchun bemorning qarindoshlarini tekshirish.

O'choqli o'zgarishlar.

Laparoskopiya jigar surunkali kasalliklarini (gepatit, tsirroz, kichik, katta tugunchali, aralash) portal gipertenziya sabablarini, jigarning o'choqli shikastlanishini aniqlashda qo'llaniladi.

O't yo'llari diskineziyasi

O't qopini motorikasini va tonusini funktsional buzilishi bu o't yo'llari diskineziyasidir. 70 % o't qopi va yo'llari kasalliklari o't yo'llari diskineziyasiga to'g'ri keladi. O't yo'llari diiskneziyasining 2 xil shakli mavjud; 1. Gipertonik - giperkinetik turi- o't qopini yani gipertonik holati, Oddi va Lyutkens sfinkterining gipertonusi bilan xarakterlanadi va ko'proq yoshlarda uchraydi. 2. gipotonik-gipokinetik turi-o't qopini va Oddi sfinkterini gipotonusi bilan xarakterlanadi-asteniklarda, katta yoshdagilarda ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi-o't qopini neyrohumoral boshqarilishi buzilishi olib keladi. Nevrozdan keyin, dientsefal sindrom, endokrin-gumoral buzilishlar (gipotireoz, gipertireoz, klimaks, moyaklar, tuxumdonlar, buyrak usti bezi va boshqa endokrin bezlar funksiyasi yetishmovchiligi) ham kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Gipertonik-giperkinetik turi reflektor tasirotlar natijasida (yara kasalligi, kolit,

enterit, appenditsit, adneksit) yuzaga keladi. Astenik holat, og'ir yuqumli kasalliklar, virusli gepatit, avitaminozlar, organizm konstitutsiyasini, otkir, achchiq meda ichak traktini qitiqlovchi mahsulotlarni ham kasallik kelib chiqishiga ahamiyati katta. Ovqatlanish rejimi orasi katta bo'lganda gipotonik-gipokinetik turi rivojlanishiga olib keladi.

Kasallik klinikasi. Gipertonik-giperkinetik tipida o't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi, ko'pincha yuqoriga o'ng kurrak sohasiga, o'ng elkaga, ba'zan yurak sohasiga ham irradatsiyalanadi. Bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi va qusish bilan kuzatiladi. O't qopi sohasi paypaslanganda og'riq sezilishi mumkin. Diskineziyaning gipotonik-gipokinetik turida og'riqlar biroz sekinroqdir va kam simptomlidir. Palpator o'zgarishlar unchalik xarakterli emas.

Diagnoz; diagnozni laborator va instrumental tekshiruvlar tasdiqlaydi. stimulyator yuborgandan keyin rentgenografiya qilinganda, peroral xoletsistografiya va vena ichi xolegrafiyada (xoletsistokinin, pankreozimin) gipertonik-giperkinetik tipida o't qopini tez va kuchli qisqarishini va aksincha gipotonik-gipokinetik tipida sekin qisqarishi, kattalashganligi hamda osilib pastga tushganligini ko'rish mumkin.

Bo'yoqlar (rang) yuborib ko'p momentli duodenal zondlashda diskineziyaning gipertonik-giperkinetik tipida II fazasi (Oddi sfinteri yopiqligida) uzaygan yoki meyorda bo'ladi, IV faza (o't qopini qisqarishi) qisqargan va kechikadi.

Gipotonik-gipokinetik tipida esa II faza bo'lmasligi ham mumkin (Oddi sfinkteri doimo bo'sh turadi), IV faza uzaygan va kechikadi.

Davolash; ish va parhez rejimiga rioya qilish, markaziy nerv tizimi faoliyatini yaxshilash (trankvilizatorlar va uyqu keltiruvchi dorilar bilan).

Gipertonik-giperkinetik tipi xurujida parhez 4, 5a va magniyli . No-spa, papaverin, xolinolitik preparatlardan atropin sulfat berish maqsadga muvofiqdir.

Gipotonik-gipokinetik tipida parhez 5 va 15 (Pevzner) bo'yicha tavsiya qilinadi. O't qopini qisqarish faoliyatini yaxshilovchi preparatlar-Strixnin nitrat, kofein, fenamin kabi preparatlar beriladi. Ikala holatda ham sanatoriyalarda va kurortlarda davolash samarali.

Xoletsistit

Xoletsistit – o't pufagining yallig'lanishi hisoblanadi. O't-tosh kasalligi fonida rivojlanadigan o'tkir va surunkali xoletsistit farqlanadi. Surunkali xoletsistit o'tkir xoletsistitdan keyin paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha mustaqil ravishda asta-sekin rivojlanadi.

Keltirib chiqaradigan omillari; Xoletsistit paydo bo'lishida o't yo'llaridagi diskineziya, o't toshlari (turli psixoemotsional holatlar ta'sirida, endokrin va vegetativ nerv sistemasi funksiyasining buzilishlari, oshqozon-ichak traktining patologik o'zgargan organ tomonidan yuborilgan qator nerv refleksleri) tufayli o't pufagida o'tning dimlanishi moyillik chaqiradi. O't pufagi va o't yo'llarining anatomik tuzilishining o'ziga xosligi, ichki organlarning pastga tushishi, homiladorlik, kamharakat hayot shakli, ba'zi bir ovqat mahsulotlari ham xoletsistitni chaqirishi mumkin.

Xoletsistit keltirib chiqaruvchi omillar-infeksiya, viruslar, gijjalar (askoridalar, liyamblilar), o't qopi shilliq qavati meda osti bezi shirasidan autolitik shikastlanishi ham mumkin. O't qopi toksik moddalar va allergik tasir natijasida ham shikastlanishi mumkin.

O't qopiga infeksiya asosan enterogen (ichakdan), gematogen hamda limfogen yo'llar orqali tushadi.

O'tkir xoletsistit

O'tkir xoletsistit kelib chiqishida turli infeksiya, o't pufagi shilliq qavatini unga me'da osti bezidan shira otilishi tufayli zararlanishi, gijja invaziyasi muhim rol o'ynaydi. Oxirgi vaqtda xoletsistitning virusli etiologiyasi isbotlangan. Bundan tashqari toksik va allergik tabiatli xoletsistit kuzatiladi.

Klinikasi; o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, doimiy xarakterdagi og'riq to'satdan, ko'pincha unga ta'sir qiluvchi omillardan keyin (asosan yog'li, achchiq, o'tkir ta'mli ovqat, alkogoldan, emotsional qayg'urishdan) paydo bo'lib, yengillik bermaydigan ko'ngil aynish va qusish bilan kechadi.

O't pufagining o'tkir va surunkali yallig'lanishida bemorlar o't pufagi nuqtasi va bo'yin sohasini to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul oyoqchalari orasi-diafragmal nerv deb ataluvchi nuqtadan o'ngda palpatsiya qilinganda kuchayadigan o'ng qovurg'a yoyi ostida noluvchi va bo'g'iq og'riqdan shikoyat qiladilar (Frenikus simptomi).

Isitma paydo bo'ladi, ba'zan kam miqdordagi sariqlik ko'rish mumkin. Qorin palpatsiyasi og'riqli, asosan o'ng qovurg'a yoyi ostida muskullar tarangligi va o't pufagi yallig'lanishiga xos spetsifik simptomlar aniqlanadi. Davo choralari qo'llanishiga qaramay rivojlanib boruvchi isitma, og'riq, intoksikatsiya simptomlari xolangit, o't pufagi empiyasi, uning perforatsiyasi, peritonitdan darak beradi.

Laborator tekshiruv. Qon analizi – leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Qonning bioximik tahlili: zardobda ishqoriy fozfataza, bilirubin, AST, amilaza miqdori oshishi mumkin,

Rentgenografiya kam ma'lumot beradi. Ko'pgina o't toshlari xolesterindan tashkil topgan bo'lib, ular rentgenonegativ, 10-15% toshlargina rentgenda ko'rinadigan darajada o'zida kaltsiy saqlaydi.

O't pufagi UZIsi: toshlar borligini ko'rsatadi, organ o'lchamlari, uning devori qalinligini, o't pufagi oldi infiltratsiyasini, o't pufagi tarkibini konsentratsiyasini ko'rsatishi mumkin.

O'tkir xoletsistitda albatta gospitalizatsiya qilinishi kerak. Yiringli va gangrenoz o'tkir xoletsistitda o't pufagi operatsiya yo'li orqali davolanadi. Kataral xoletsistitli bemorlarga qat'iy yotoq rejimi, dastlabki xurujdan keyin 2 kun ovqatlanishdan saqlanish, keyinchalik kuniga 5-6 mahal kichik portsiyali diyetani tashkillashtirish, keng ta'sir doiradagi antibiotiklar va spazmolitik vositalar buyuriladi.

Surunkali xoletsistit

Surunkali xoletsistit o't pufagini yallig'lanishi bo'lib, ko'pchilik holatlarda o'tkir xoletsistit to'liq davolanmasligi natijasida va mustaqil ham rivojlanishi mumkin. Surunkali xoletsistitda 90-95% hollarda o't toshlari aniqlanadi. Toshsiz surunkali xoletsistit 5% hollardagina uchraydi, u o'g'ir stress holatlarida ham uchraydi.

Klinikasi. Kam holatlarda og'riq simptomi bezovta qiladi, ko'pchilik holatlarda dispeptik sindromlar bezovta qiladi. Yallig'lanish jarayonining qayta o'tkirlashishi

pufak devorini qalinlashishiga, sklerozlanishiga, chandiqlar hosil bo'lishiga, uning shakli o'zgarishiga olib keladi va diagnostikasida UZI yoki xoletsistografiyada samarali hisoblanadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda qorinning yuqori qismida dam kuzatilishi mumkin. Palpatsiyada o't qopi proektsiyasida og'riq sezadi. Bazan Myusse-Georgiev, Ortner, Vasilenko, Obratsov-Merfi simptomlari musbat bo'ladi.

Laborator tekshirishda xuruj davrida biroz leykotsitoz va EChT oshadi. Duodenal zondlashda (25 % magniy sulfat, 20 ml zaytun moyi, 10 % pepton, 10 % natriy xlorid, 40 % ksilit, 40 % glyukoza eritmaları o't siyuqligini ajralishini kuchaytirish uchun per os beriladi) uch portsiya suyuqlik olinib tekshiriladi. Aynan o't qopi portsiyasi yani **B** portsiyadagi o'zgarishlar xoletsistit borligidan dalolar beradi va suyuqlik tarkibida shilliq, leykotsitlar va epiteliylar ko'rish mumkin.

Davo metodi toshsiz xoletsistitda konservativ va toshli xoletsistitda xirurgik yo'l orqali davolanadi. Surunkali xoletsistitning o'tkirlashishida davo statsionar sharoitida o'tkazilishi kerak (xuddi o'tkir xoletsistit kabi). O'tkirlashmagan davrda esa yiliga 1-2 marta retsidivga qarshi davo kurslari olib boriladi.

Davriy duodenal zondlash yoki mineral suv bilan "zondsiz zondlash", Tyubaj qilinadi.

O't haydovchi dori vositalari 3-4 hafta buyuriladi.

Meda-ichak profilidagi sanatoriyalar va kurortlarda davolash tavsiya etiladi.

O't tosh kasalligi

O't-tosh kasalligi o't pufagida (xoletsistolitiaz), umumiy o't yo'lida (xolelitolitiaz) jigar o't yo'lida (jigar ichi xolelitolitiaz) bilirubin, xolesterin va boshqa toshlar hosil bo'lishidir. Odatda bu kasallik katta yoshlilarda, birinchi navbatda esa yog' almashinuvi buzilgan, ortiqcha tana vaznga ega ayollarda uchraydi.

Etiologiya va patogenezi. O't-tosh kasalligi etiologiyasida asosan moddalar almashinuvi buzilishi yotadi va ko'pincha xolesterin, bilirubin almashinuvi, o't suyuqligini dimlanishi muhim rol o'ynaydi. Yallig'langan o't qopida –eksudat tarkibida ko'p miqdorda oqsil va tuzlarning (shu jumladan Ca ionlari) bo'lishi, bu esa xolesterin va bilirubinning cho'kmaga tushishini (tosh hosil bo'lishini) osonlashtiradi.

Klinik kechishi toshning qaerda joylashuviga bog'liq: agar tosh pufak bo'yinchasida yoki o't yo'lida bo'lsa, o't sanchiqlari yuzaga keladi. Uni rivojlanishida o't yo'llari diskineziyasi sabab bo'ladi. Umumiy o't yo'lida tushgan tosh, o't yo'lini obstruksiyasi va mexanik sariqlik belgilari rivojlanishiga olib keladi. O't sanchig'iga xos belgilar – o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, davomli, yuqoriga irradiatsiya beruvchi og'riq, bu esa ko'ngil aynish va qusish bilan birga kechadi, yog'li va achchiq taomlar iste'mol qilganda kuchayadi. O't sanchig'i odatda yuqori harorat va neytrofil leykotsitoz, ko'ngil aynishi va qusish bilan birga kechadi. Bemorlarda o'ng tomondan m.sternokleido-masteideus oldingi oyoqchalarini bosganda og'riq paydo bo'lishi (Frenikus va Miyusse-Georgiev), Ortner simptomi musbat bo'ladi.

O't-tosh kasalligining namoyon bo'lishi uning klinik belgilariga asoslanadi (moddalar almashinuvi buzilishiga moyilligi bor odamlarda o't sanchiqlarining retsidivlanishi). Qo'shimcha tekshirish usullari, ayniqsa UZI va rentgenologiya

(retrograd xalangiografiya, xoletsistografiya) orqali nafaqat toshlarni, balki o't yo'lining obturatsiya darajasini aniqlash mumkin.

Davolash. Konservativ va xirurgik davo usullari qo'llaniladi. Xoletsistoektomiya ayniqsa effektiv davo usuli sanaladi. Uzoq muddatli xolelitik moddalar orqali toshlarni eritish ham o'rganilishni talab qiladi.

Maruza №6. Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy tekshirish usullari). Asosiy klinik sindromlar

Buyrak juft parenximatoz organ bo'lib, umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida joylashgan. Buyrak kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen hamda endogen omillarga bo'linadi. Ekzogen infeksiya retrograd yo'l orqali siydik yo'llaridan buyrakka tushadi, bundan tashqari virusli gepatit B va S, dori darmon yoki vaktsinatsiyadan so'ngi allergik reaksiyalar, homiladorlik gestozidan keyingi shikastlanishi, bazi bir dorilarning (gentamitsin) nefrotoksik tasiri, toksik moddalar tasiri (jumladan ilon, qoraqurt va boshqa zaharli hasharotlar chaqishi) kiradi. Infeksiya gematogen yo'l orqali boshqa infeksiya o'choqlaridan ham buyrakka tushib alteratsiya jarayonlarini rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Endogen sabablarga buyrak toshlari, gipertoniya, qandli diabet, tizimli kasalliklar, buyrak tomirlari trombozi kabi patologik jarayonlar hamda qon aylanishini buzilishi muhim rol o'ynaydi.

Bemorlarni so'rab-surishtirish (interrogatio). Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlar buyraklar sohasida og'riq, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish yoki og'riqli siyish, siydik rangining o'zgarishi, tanada shishlarning paydo bo'lishidan noliydilar. Qo'shimcha shikoyatlari umumiy holsizlik, tez charchash, ishlash qobiliyatining pasayishi va shunga o'xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko'p hollarda shifokorni chalg'itib qo'yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o'tkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o'tkir va surunkali piyelonefrit) – siydik yo'lining yopilishi buyrakning joylashuvida har xil egilib qolish anamaliyalarida, buyrak to'qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og'riq lokalizatsiyasiga ko'proq e'tibor beriladi. Ko'p hollarda og'riq bel sohasida bo'lib, bazan bir tomonlama ko'pincha pielonefrit uchun hamda buyrak toshi, paranefrit uchun xarakterli va ikki tomonlama (glomerulonefritda) og'riqlar kuzatiladi. Bunda aytib o'tish lozimki nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og'riqlar kuzatilmaydi yoki og'riqsiz kechadi. Buyrakning og'rihi asosan buyrak kapsulasi cho'zilishi natijasida yuzaga keladi.

Buyrakning kuchli siqilishlari oqibatida kelib chiqqan og'riq ko'pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og'riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og'riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan piyelonefritda og'riq ingrash bilan kechadi, siydik yo'lining yopilishi natijasida og'riq kuchayishi mumkn. Bemor ko'pincha notinch sarosimada o'zini tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga

o'zgarib turishi kuzatiladi. Og'riq o'tkir tus olganda tez-tez qusishlari ham mumkin. Bunday bemorlarda siydik ajralishini buzilishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda shuni ta'kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog'liqdir. Masalan: buyrak siqilishi, qo'zg'alishi, siydik chiqarganda siydik pufagi va siydik chiqarish yo'lida og'riq hosil bo'ladi. Buyraklarda toshlar paydo bo'lganda va siydik nayida toshlar tiqilsa juda kuchli sanchiq bezovta qiladi va bunda og'riqsizlantirilishi shart. Bunday hollarda xolinolitiklar, spazmolitiklar va issiq vanna qabul qilish orqali bemor ahvolini yaxshilash mumkin. O'tkir paranefritda bemor majburiy holatni egallab sonini bo'g'imiga bukib og'riqni sekinlashtiradi. Buyrak siqilishi bilan og'riq bemorlar poliuriya yoki oligouriyadan shikoyat qiladi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklarining asosiy klinik belgisi siydik ajralishini (diurez) va uning miqdorini buzilishidir. **Diurez** malum vaqt oralig'ida siydikning ajralishi (sutkada meyorda 1000-1800-2000 ml) dir. Diurez musbat va manfiy bo'ladi. Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi kam bo'lsa manfiy (qusganda, ich suyuq ko'p o'tganda, ko'p terlash, yurak, buyrak kasalliklarida shish rivojlanish vaqtida, atmosfera havosi haddan tashqari issiq bo'lsa ko'p terlaydi va h.k.). Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi ko'p bo'lsa musbat diurez hisoblanadi (siydik haydovchi vositalar ichganda shish kamayishida). Fiziologik holatga qarab va bazi bir kasalliklarga diurez ko'payishi va kamayishi mumkin.

Bir xil vaqt oralig'ida bir xil miqdorda siydikning ajralishi **izuriya** deyiladi. Bu surunkali buyrak yetishmovchiliklarida, qabul qilingan suyuqlik miqdori va jismoniy ish, atrof muhit harorati va boshqa suv balansiga tasir qiluvchi omillar hisobiga buyrakning siydik ajralish miqdori va kontsentirlash funksiyasi buzilishida yuzaga keladi.

Dizuriya – bu siydik ajralishining buzilishi, og'irlashuvidir. Dizuriyada siydik ajralish miqdorini buzilishi, siydik ajralishi chastotasini buzilishi va siydik ajralish tarkibini buzilishi kuzatiladi.

Enurez – bu siydik ajralishining to'xtamasligi yoki tuta olmaslik. Ko'pincha bolalarda uchraydi. O'tkir enurez prostata bezining kasallanishi orqali ham kelib chiqishi mumkin.

Poliuriya- bu kunlik siydikning 1,8-2,0 (bazan 10-20) l dan oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafaqat buyrak kasalligi balki tashqi muhit haroratining pasayishi, biror narsadan ta'sirlanishidan, ko'p suv iste'mol qilish, qandli va qandsiz diabet bilan og'riganda yuzaga kelishi mumkin. Bazan tanadagi boshqa shishlarni bartaraf qilish maqsadida siydik haydovchi vasitalar berilganda ham poliuriya kuzatiladi. Poliuriya buyrakdagi reabsorbtsiyani, suv so'rilishining pasayishi va buzilishiga olib keladi. **Oligouriya** – bu kunlik siydik miqdorining 500 ml dan kamayishi bo'lib, nisbiy va mutloq bo'ladi. Nisbiy-ko'p terlash, suyuqlikni kam istemol qilish, tashqi muhit haroratining yuqori bo'lishida bo'ladi. Absolyut- takror takror ko'p qayd qilish va ich ketishi olib keladi. Oligouriya buyraklar funksiyasining buzilishi yoki buyrakning surunkali kasalliklarida kelib chiqadi. Bundan tashqari yurak yetishmovchiligida, o'tkir glomerulonefritda, buyrakni nefrotoksik moddalar bilan zaharlanishida shish rivojlanishi vaqtida oligouriya yuzaga keladi. **Nikturiya** tungi siydik ajralishini ko'payishi.

Anuriya - siydikning siydik qopiga umuman to'planmasligini anglatadi. Bu simptom – buyrakda qonning aylanishini buzilishi va buyrak parenximasining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali, surunkali glomerulonefrit dekompensatsiya bosqichida yuzaga chiqadi. Markaziy va periferik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir tsistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq. Shok, og'ir travma, og'ir metal tuzlari bilan zaharlanganda, buyrakdan va siydik nayidan tosh, o'sma bilan siqilishi tufayli siydikni siydik qopiga tushmasligi tufayli yuzaga keladi. Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtida davolanmasa o'linga olib kelishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti va undan ko'p marotaba siydikning ajralishi. Bu simptom siydik ajralishi sistemasining zaharlanishida (tsistit, prostatit, uretrit) kelib chiqadi. Ayrim hollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi.

Ishuriya-bu siydik chiqishining tutilishi bo'lib, siydik qopida to'planib qolishi, bemorlar siydik qopini bo'shata olmaydilar. Bu holat orqa miyani shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Siydik qopi innervatsiyasi buziladi va uning qisqarish faoliyati buziladi.

Stranguriya bu: qiyin, og'riqli siydik ajralishi

Gipoizostenuriya siydik nisbiy zichligining 1,009 dan 1,011 gacha pasayishi.

Shish. Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuqori va pastki qovog'ida va yuzida shish kuzatiladi va asosan ertalablari yaqqol namoyon bo'ladi. Bemorlarning yuz terisi oqimtir rangda, yuzlari, yuqori, pastki qovoqlari shishgan hamda ko'z tirqishlari toraygan (facies nephritica). Kasallikning kechki bosqichlarida shish butun tana bo'ylab tarqaladi (anasarka).



Bunday hollarda siydikda qonning shakliy elementlari uchrashi natijasida siydik rangi o'zgaradi (mikro-makrogematuriya) kuzatiladi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda birinchi navbatda es hushiga etibor beriladi va kasallik boshlanish davrida faol (o'zida) bo'ladi, uremik koma holatida passiv holat, paranefritda, biyrak sanchiqlarida majburiy holatni egallagan bo'ladilar. Bemorlar teri rangiga, yuz holatiga va shishlarga etibor berish kerak. Bemorlar peshobiga (siyishiga), uning rangiga, miqdoriga, chastotasiga etibor beriladi. Buyrak kasalliklariga siydikdagi o'zgarishlar diagnostik ahamiyatga ega.

Anamnez morbi. Buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollagandan keyin yuzaga chiqib, ko'pincha angina, tepki, skarlatina, otit, sinusit, qandli diabet, sistemali kasalliklar, gipertoniya va boshqa kasalliklardan so'ng glomerulonefrit rivojlanadi. Bemordan o'tkir glomerulonefrit, pielonefrit, tsistit o'tkazganligi yoki shish sindromi, siydik ajralishida buzilishlar, qon bosimi ko'tarilgan yoki ko'tarilmagan, bel sohasida yoki qorinning pastki qismida og'riq bo'lgan yoki bo'lmaganligi so'raladi. Bemorda ish joyida yoki uy sharoitida simob, vismut, kumush, sulema, fosfor preparatlari bilan zaharlanishlar bo'lganligi, dori moddalarning katta peredozirofkasi sulfanilamid preparatlari, gentamitsin, hayot faoliyati davomida qon va uning preparatlari quyilgan yoki quyilmaganligi ham buyrak kasalliklarini diagnostikasida ahamiyatlidir. Bazi bir antibiotiklar, fenatsetin, barbituratlar va kamfora kabi dori moddalar buyrakda allergiya chaqiradi. Kasallik kechish xarakterini so'rash ham ahamiyat kasb etadi (buyraklar aterosklerozi, glomerulonefrit, buyrak amiloidozi. Bunday omillarni so'rab surishtirish buyrak kasalliklar diagnostikasida ahamiyati katta.

Anamnez vitae yig'ishda buyrak kasalliklarini chaqiruvchi omillarga ko'proq ahamiyat beriladi. Bunday omillarga tez-tez shamollash, nam yoki sovuq jayda yashash, organizmning sovuq qotishi, sovuq kiruvchi (skvoznyak) jayda turish yoki ishlash kabi omillar pielonefrit, glomerulonefrit kelib chiqishiga turtki bo'ladi. Hayot davomida o'tkazilgan kasalliklar jinsiy azolar yallig'lanishlari, tuberkulyoz, kollagenozlar, qandli diabet, qon kasalliklari kabi kasalliklar buyrak kasalliklariga olib keladi. Osteomielit, bronxoektaz kasalliklari buyrak amiloidoziga olib keladi. Homiladorlik nefropatiyaga olib keladi. Buyrak va siydik yo'llariga operatsiya bo'lgan yoki bo'lmaganligi to'g'risida so'rab surishtirish kerak. Irsiy kasalliklar va buyrak kasalliklari avlodida qayd etilganligi so'raladi. Keyin alergologik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

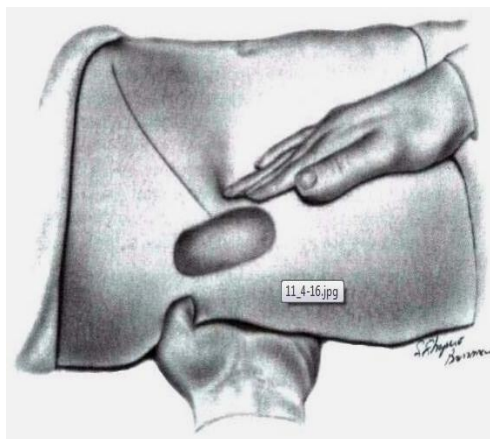
Buyrak sohasini tekshirish. Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini aniqlash qiyin, buyrak hajmi kattalashganda biror fikrga ega bo'lish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi aniqlanadi.

Buyrakni paypaslash (palpatio)

Buyrakni obyektiv tekshirishda palpatsiya usulidan foydalaniladi, ozg'in odam buyragini palpatsiya qilishda nafas olish aktida buyrakni paypaslasa bo'ladi. Buyrak palpatsiyasida bimanual palpatsiya usulidan foydalaniladi. Qo'l ichkariga kiritilgandan keyin bemorga nafas olish tavsiya etiladi, bu vaqtda diafragma pastga tushib buyrak ham pastga tushadi va bu vaqtda buyrakni paypaslash mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakka nisbatan pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizontal holatida yotib oyog'ini tizzasiga bukkan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yganidan keyin qorin mushaklari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga qo'ygan holda barmoqlarning uchi umurtqa pog'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatgich barmoq esa 12-qovurg'aga tegib turishi kerak. Qorin mushaklari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi

bosiladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, meyorda buyrakning uzunligi 12 sm, kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib qayt qilishi ham mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma, shish yoki boshqa patologiyalarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa organlardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piyelonefrit, paranefrit, buyrak o'smalari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta - kichikligini (hajmini) va qattiq yoki yumshoqligi, yuzasi tekis, notekisligini aniqlashdir. Shakli o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini, og'riq darajasini aniqlash.



Suratda buyrakni paypaslash texnikasi izohlangan.

Balatirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyuvon usuli).

A) Qo'llar xuddi bimanual palpatsiyadagidek quyiladi; B) Bel tomondan chap qo'l bilan bir necha marta qisqa –qisqa siltovchi (turtuvchi) harakat qilinadi; G) Buyrak turtki ta'sirida tebranadi;

Buyrak paypaslansa 1 darajali: hammasi qo'lga ushlansa 2 - darajali (ren mabilis); o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3- darajali (ren migrans) nefroptoz bo'ladi.

Diagnostik ahamiyati. Palpatsiya orqali og'riq sohaslarini, shakli, siljishi, qattiq – yumshoqligini aniqlash dastlabki diagnozni qo'yishga ahamiyati kattadir.

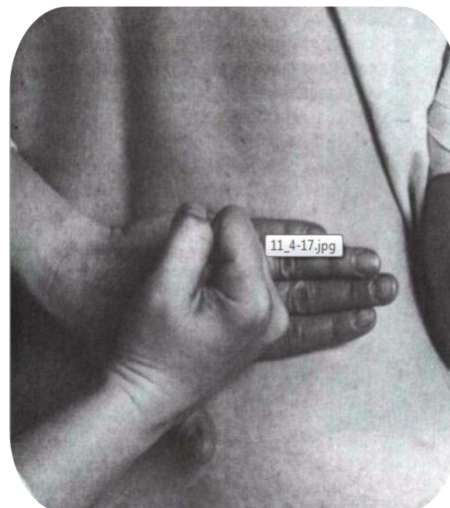
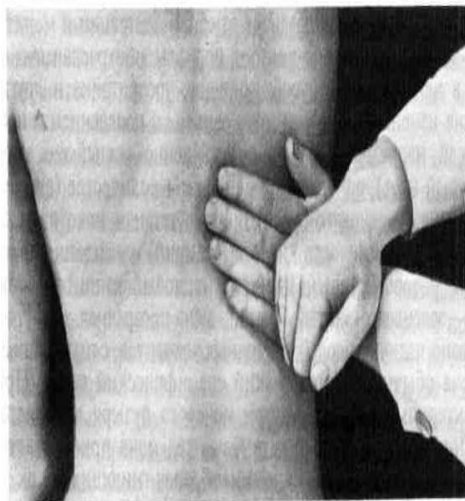
Buyrak perkussiyasi (percussion. Pasternatskiy usuli bo'yicha buyraklarni to'qillatib tekshirish usulidan keng foydalaniladi. Ushbu tekshirish usulini qo'llashda, shifokor bemorning o'ng tomonidan turib, chap qo'lini bemorning 12-qovurg'ani umurtqaga birikish sohasiga qo'yib o'ng q'oli bilan urib ko'radi. To'qillatib tekshirish usuli, siydik pufagining yuqori qismini aniqlashda ham diagnostik ahamiyatga ega. Buning uchun shifokor o'ng qo'li bilan bemorning kindik tugunchasidan boshlab pastga va yuqoriga yo'naltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bo'sh bo'lsa, timpanik tovush chov sohasigacha saqlanadi. Siydik pufagining to'lish vaqtida esa timpanik tovush pasayadi.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirish asosan og'riqni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari. Urologik amaliyotda buyrak xastaliklarida tez tibbiy yordam ko'rsatish buyrak sanchig'ida amalga oshiriladi. Buyrak sanchig'i ko'pincha siydik tosh kasalligida, siydik nayining bukilib qolishi natijasida yuzaga keladi. Siydik chiqaruv yo'llarida siydik dimlanib qolishi natijasida buyrak jomida qon bosimi ko'tarilib, buyrak o'lchami kengayadi va kuchli og'riq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Nefrotik sindrom

Nefrotik sindrom badanning ko'p joylariga shish kelishi, proteinuriya, gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu sindrom



Suratda Pasternadskiy simptomini aniqlash texnikasi izohlangan

surunkali glomerulonefrit, homiladorlarda nefropatiya bilan o'tayotgan qandli diabet, amiloidoz, kollagenozlar, sil, sepsis, bezgak va boshqa kasalliklar mahalida paydo bo'ladi. Bu sindrom surunkali glomerulonefritda hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladi. Nefrotik sindromning avj olib borishi asosan yog'lar va oqsillar almashinuvining izdan chiqishiga bog'liq. Bunday kasallarning siydigida ko'p miqdorda bo'ladigan oqsil zarralari va lipidlar buyrak tanachalari devoriga shimilib epitelial hujayralarda distrofik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Klinikasi: ko'zga yaqqol tashlanib turadigan sindromi shishlardir. Ular asta-sekin avj olib borib yuzga, gavadaga, oyoq-qo'llarga tarqaladi. Qorin bo'shlig'i, plevra va perikard bo'shlig'ida va hatto yirik bo'g'imlarning bo'shliqlarida shish suyuqligi to'planib qoladi. Diurez 300-500 ml gacha kamayib oligouriya kuzatiladi. Siydikda bir talay 8-20 g/l miqdorida oqsil bo'ladi. Albumin- globulin koeffitsienti keskin pasayadi. Shishlar paydo bo'lishining sababi gipoproteinemiya. Qondagi xolesterin miqdori 20,67 mmol/l gacha ko'payadi. Nefrotik sindrom ko'pincha har xil infeksiyon asoratlar bilan birga davom etadi.

Instrumental tekshirish usullari. Siydik cho'kmasini miqdoriy tekshirish usullari. Laborator mashg'ulot; buyrakni funktsional tekshirish sinamalari. Rentgenologik tekshirish.

Oddiy rentgenologik suratlarda buyrak, siydik yo'llari va qovuq kasalliklarini aniqlash biroz qiyin, lekin ozg'in odamlarda umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida oval shaklidagi soyani aniqlash mumkin. Oksalatli va fosfatli siydik-toshlari buyrakda joylashgan o'rni va siydik

chiqaruv yo'lida toshning shakli aniq ko'rinadi. Buyrakning shakli va joylashishi haqida aniqroq ma'lumot olish uchun qorin parda orqasida havo yuborish–retropnevmoperitoneum yoki pnevmoren usulidan foydalaniladi. Bu usulda buyrakning soyasi yorug' fonda aniq ko'rinadi.

Siydik yo'llarini kontrast moddalar yuborib tekshirishning bir qancha usullari mavjud.

1. Retrograd pielografiya yoki urografiya kontrast moddalar (sergozin, kardiostat, yodamid, triombrast, urografin, verografin va b.q.) maxsus naycha kateterlar yordamida siydik chiqarish yo'llariga tsistoskop orqali yuboriladi. Tekshirish faqat bir tomonlama olib boriladi, chunki bir vaqtda ikki tomonlama pielografiya qilish mumkin emas. Kontrast modda pastdan yuqoriga ko'tarilib, buyrak jomlarini to'ldiradi. Rentgen suratida siydik yo'li, buyrak kosachalari, jomlarning shakli, buyraklarning joylashishi aniq ko'rinadi. Bu usul ancha qiyin va ko'pgina asorotlar bilan bog'liq bo'lganligi uchun kamroq ishlatiladi.

2. Ekskretor urografiya buyrak orqali ekskretsiya qilinadigan kontrast modda bemorning tomiriga yuborilib, bir qancha rentgen suratlar olinadi. Ularda kontrast modda bilan to'lgan buyrak jomlari, kosachalari, siydik yo'li va qovuq ko'rinadi. Suratlar yordamida buyraklar joylashgan joy, siydik yo'llarining o'tkazuvchanligi haqida aniq ma'lumot olinadi. Buyrak konturlari ham ko'zga tashlanadi. Ular XII qovurg'alar sohasida joylashadi. Siydik yo'llari buyrak jomlaridan o'tmas burchak ostida cho'kib, umurtka pog'onasi yonida bukiladi va pastga qarab yo'naladi. Kichik chanoqqa kirish joyida ular yana bukiladi va qovuqqa birikadi. Rentgen suratlarida buyrak va siydik yo'llaridagi toshlar ham juda aniq ko'rinadi. Agar siydik yo'llarida o'tkazuvchanlik buzilgan bo'lsa (tosh, o'smalar yoki tashqi ta'sirlar natijasida), shu yerdan kontrast moddaning o'tishi uzilib qoladi yoki toraygan bo'ladi. Buyrak arteriyalarini stenoz, ateroskleroz tufayli qon aylanishini buyrakda buzilishini **buyrak angiografiyasi** tufayli aniqlash mumkin. Nefroangiografiya bu rentgenologik tekshirish usuli bo'lib, maxsus kateterlar yordamida son arteriyasidan diostat yoki kardiostat kabi kontrast moddalar buyrak arteriyalari sathidagi aortaga yuboriladi.

Buyrak va siydik yo'llarini ultratovush yordamida tekshirish. Bu tekshirish usuli keyingi paytlarda keng qo'llanmoqda va u tashxis qo'yishda katta ahamiyat kasb etadi. Exografiya yordamida buyrakning katta-kichikligi, bujmayganligi, shakli, buyrak qobig'ining, jomlarining holati, siydik yo'llaridagi konkrementlar, o'smalar, kistalar va umuman olganda strukturasi aniqlanadi.

Radioizotop renografiya – buyrak funksiyasini o'rganishga yordam beradi. Tekshirish uchun bemor venasiga diostat yoki gippuran, ¹³¹J izotopi yuboriladi va ko'p kanalli radiograf moslama orqali har bir buyrak funksiyasini alohida egri chiziqlar yordamida qayd etib boradi. ¹³¹J izotopi dan qonni tozalash tezligi, buyrakni sekretor funksiyasini ko'rsatadi. Izotopni siydik qopida to'planishi, yuqori siydik yo'llari tizimi urodinamik yig'indisi hisoblanadi. Radioizotop renografiya tekshiruv surunkali glomerulonefrit, sil bilan shikastlanishi, pielonefrit, amiloidoz, buyraklardan birida siydik chiqishini buzilishini, buyraklar giperplaziyasini (aniqlash) diagnostikasida samarali usul hisoblanadi

Buyrakdan biopsiya olish. Maxsus nefrologiya bo'limlarida buyrak kasalliklarini aniqlashda undan biopstat (kichkina buyrak to'qimasi) olinadi. Buning uchun aspiratsiya qiluvchi shpritsga uzun biopsion igna o'rnatilib, buyraklar joylashgan yerdan kichkina buyrak to'qimasi olinadi va uni morfologik, mikroskopik tekshiriladi. Agar buyrak kasalligini chaqiruvchisini aniqlash lozim bo'lsa, shu buyrak to'qimasidan bir qismi oziqli muhitga ekiladi hamda keyinchalik o'sgan floraning qaysi antibakterial dori moddalariga sezgirliги ham aniqlanadi. Bu usul juda aniq tekshirish usuli bo'lishiga qaramay uncha keng tarqalmagan, chunki o'ziga yarasha asoratlar beradi.

Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydikni tekshirish. Siydikni tekshirish faqatgina buyraklarning funksional holatini aniqlab qolmay, balki (siydikning klinik va boshqa tahlillari), boshqa a'zolar, masalan, siydik qopi, o't pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining o'zgarishlarini aniqlab olishga ham imkon beradi. Tekshirish uchun ancha kontsentrlangan holda bo'ladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik kasalxonada 7-10 kunda kamida 1 marta siydik tahlil qilib turiladi.

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a'zo hamda tizimlardagi patologik o'zgarishlarni aniqlashda siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo'ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy organlarini yuvish lozim, bordiyu, u hayz ko'rgan bo'lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150-200 ml siydik kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagiga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo'natish uchun toza shisha idishga quyib olish lozim. Bakteriya va zamburug'larni aniqlash (ekib ko'rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy a'zolarini dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15-20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikka antiseptik moddalar qo'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha his-hayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.



Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma, plastmas probirka. **Muolaja algoritmi:** Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yaxshilab yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish 2-3 kun tugaguncha va 5-7 kun tsistoskopdan so'ng tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi. **Umumiy tahlil uchun siydik yig'ish.** Buning uchun bir necha ml siydik kerak bo'ladi. Umumiy tahlil uchun yig'ilgan siydik 1,5-2 soatdan ortiq saqlanmasligi kerak va 2-8°C dan yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak. Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza quruq shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorni ismi sharifi, tahlil

olingan kuni va tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan qog'oz kleylanadi va laboratoriyaga jo'natiladi. **Siydikni bakteriologik tekshirish.** Siydik olish uchun 12 ml li yashil rangdagi

SARSTEDT probirkasi to'ldiruvchi qismi bilan ishlatiladi va bakteriyalar ko'paymasligi uchun Borat kislotasi o'zida saqlaydi. Borat kislotasi bakteriyalarni 48 soat davomida ko'payishiga yo'l qo'ymaydi, albatta xona haroratida (88 a surat).



Nechiporenko usulida siydik yig'ish. Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Analiz uchun ertalab uyqudan so'ng olinadi va siydikning o'rta qismi idishga olinadi. Yoki sutkaning istalgan vaqtida olish mumkin. Birinchi va oxirgi portsiya unitazga yuboriladi. Siydik olish uchun 12 ml li sariq rangdagi **SARSTEDT (urine)** probirka shpritsdan foydalaniladi. Buning uchun toza idishda siydik olinadi va idishdan siydik shprits orqali olinadi. Shprits sariq kalpachok bilan burilib yopiladi va bu kalpachokda porshen mavjud. Shprits siydikka tushirilgandan so'ng porshen tortiladi va shprits siydikka to'ldiriladi to belgilangan nuqtagacha yani 12 ml gacha. Siydik olingandan so'ng kalpachok yaxshilab yopilib keyin sindiriladi (89 surat).

Tahlil uchun -2-3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqligida laboratoriyaga jo'natiladi. Tekshirishda 1 ml siydik tekshiriladi va normada eritrotsitlar 1000, leykotsitlar 4000, tsilindrlar **89surat** 220 tagacha bo'ladi, buyrak kasalliklarida bular miqdori oshadi.

Zimnitskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Meyorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00 gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funktsional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi. Siydikning nisbiy zichligining oshish qandli diabetda uchraydi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10

larda siydik qopini bo'shatishi va imkon daraja tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi. Addis-Kakovskiy usulida bemorlardan 10 soatlik siydigi yig'iladi, 12 minutlik miqdori 1/50 qismi olinib tsentrifuga qilinadi va mikroskop ostiga Goryaev kamerasida ko'radi va sutkalik miqdoriga hisoblaydi. Normada eritrotsitlar 1 mln, leykotsitlar 2 mln, tsilindrlar 20 ming, kasallarda shakliy elementlar miqdori oshadi. Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va tsilindrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yo'llanmada umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qolgan qismi ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga belgilab yuboriladi.

Amburje usulida siydik yig'ish uchun 3 soatlik siydik miqdori yig'iladi, qonning shakliy elementlari faqat 1 minutlik siydik miqdoriga hisoblanadi.

Qand miqdorini tekshirish uchun siydik yig'ish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim. Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi. Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml konservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga jo'natiladi.

Reberg sinovi. Bir minutda buyrak tugunchalari orqali qancha plazma filtratsiya qilinishi va qancha qayta so'rilishini aniqlash uchun kreatininni qonda va siydikda aniqlash usulidan foydalaniladi. Kreatininni faqat tugunchalarda filtratsiyalanib, buyrak naychalarida qayta so'rilmaydi.

Reberg sinovini bemorga kreatinin ichirib va ichirmasdan o'tkazish mumkin.

Birinchi usulda bemorga nahorga 3 g kreatinin va 500-1000 ml suv ichiriladi va qovuq bo'shalgandan keyin vaqt belgilanadi. Keyin siydik har soatda alohida idishlarga yig'iladi va har soat oralig'ida venadan qon olinadi. Qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Agar bir minutdagi plazma filtratsiyasini Φ , diurezni Δ deb belgilasak, $\Phi = \frac{C_{kr}\Delta}{P_{kr}}$ formula kelib chiqadi. C_{kr} –siydikdagi kreatinin, P_{kr} - plazmadagi kreatinin. Suvning kanalchalardagi reabsorbtsiyasi quyidagi formula orqali aniqlanadi: $(\frac{\Phi-\Delta}{\Delta}) \times 100$ va sog'lom odamda u 98,5-99% ni tashkil qiladi.

Ikkinchi usul bo'yicha bemor ertalab qovug'ini bo'shatgandan keyin 1 soatdan so'ng venadan qon olinadi, 2 soatdan keyin yana siydik yig'iladi, shundan so'ng qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Sog'lom odamda Reberg sinamasi bo'yicha tuguncha filtratsiyasi 100-150 ml/min. bo'ladi. Buyrak yetishmovchiligida filtratsiya 30-10 ml/min.gacha, uremiyada esa 1-2 ml/min.gacha kamayib ketadi.

Maruza№ 7. Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. O'tkir va surunkali glomerulonefrit va pielonefritlarni simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi

O'tkir pielonefrit to'g'ridan-to'g'ri buyrak jomlari va buyrak to'qimasiga mikroblar o'tib qolishi munosabati bilan kelib chiqadigan infeksiyon kasallikdir. O'tkir pielonefrit bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bu kasallik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Ikkilamchi pielonefrit buyrak va siydik chiqarish yo'llarining boshqa kasalliklarining o'tishini og'irlashtirib qo'yadi. Birlamchi pielonefrit ko'pincha ayollarda, ikkilamchisi ko'proq erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenez: Kasallikning etiologik omillari bo'lib, infeksiya hisoblanib, asosan surunkali infeksiya o'choqlaridan (buyrak toshlari, surunkali tonzillit, angina, sepsis, qorin tifi va b. q.) buyrakka tushadi. Bu kasallik buyrak va jomlariga mikroorganizmlar o'tishi natijasida kelib chiqadi. Infeksiya siydik yo'li teshigidan (retrograd) yoki siydik yo'lining limfa hamda tomirlar sistemasi orqali gematogen yo'l bilan buyrak jomlari yoki buyrak to'qimalariga o'tishi mumkin. Infeksiyon-yallig'lanish kasalligining kelib chiqishi mikroorganizmning patogenligiga ham, organizmning reaktivligiga ham bog'liqdir. Buyraklarda siydik turib qolishi pielonefrit rivojlanishiga qulaylik tug'diradi. Erkaklarda ko'pincha buyrak-tosh kasalligi, prostata bezi adenomasi paytida buyrakda siydik turib qoladi. Ayollarda kasallik boshlanishiga homiladorlik qulaylik tug'diradi, bunda bachadon kattalashib, siydik yo'llarini bosib qo'yadi. **Klinikasi:** Bu kasallik ko'pincha klinik uchlik simptom bilan kechadi: varaja qilishiga, keyin harorat ko'tarilishi, belda og'riq bo'lishi va ko'pincha bir tomonlama og'riq, dizurik hodisalar bilan xarakterlanadi. Bosh og'riqlari, siydik rangining o'zgarishi, ya'ni loyqalanishi bezovta qilib turadi. Beldagi og'riqlar odatda simmilab og'riq beradi, odam o'zining holatini o'zgartirganida kuchayadi. Homiladorlar pielonefriti alohida kasallik formasi bo'lib hisoblanadi. U subfebril temperatura va kam simptomli klinik manzara bilan ajralib turadi. Bel sohasida og'riq va dizuriya odatda bo'lmaydi bu diagnostikani qiyinlashtirib qo'yadi. Homiladorlar siydigini takror-takror analiz qilib ko'rish to'g'ri diagnoz qo'yishga yordam beradi. Buyrak hajmi kattalashgan bo'lsa palpatsiya qilib ko'rilganda paypaslanadi va og'rigli bo'ladi. Perkussiya qilib ko'rilganda Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi. Bemorlar qoni tekshirilganda leykotsitoz (30000-40000), aneozinofiliya, neytrofillar soni ko'payib, mielotsitlargacha siljish kuzatiladi. Siydikda ko'p miqdorda (piuriya, bakteriuriya) leykotsituriya, proteinuriya 0,5-1,0 g/l, epitelial, leykotsitlar va donador tsilindlar, arziyas miqdorda gematuriya topiladi. O'tkir pielonefrit paytida siydikda ichak tayoqchasi, stafilakokk, vulgar protey, enterokokk topiladi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak kattalashganligini aniqlash mumkin.

Surunkali pielonefrit

Surunkali piyelonefrit buyrakning oraliq (interstitsial) to'qimasining bakteriyalar ta'siri tufayli o'ziga xos surunkali yallig'lanishi bo'lib, buyrak jomlari va parenximasi shikastlanadi. Ko'pchilik hollarda surunkali piyelonefrit o'tkir piyelonefritning to'liq davolanmasligi tufayli kelib chiqadi.

Etiologiyasi va patogenezini. Surunkali piyelonefritni ichak tayoqchasi va enterokokklar keltirib chiqaradi. Siydik ekib ko'rilganda, bulardan tashqari, streptokokk, stafilokokk, vulgar protey, shuningdek xilma-xil boshqa mikroorganizmlar topiladi. Siydikdagi mikroorganizmlar turi va mikroorganizmlarga antibiotiklarning ta'siri kasallikni davolash jarayonida o'zgarishi mumkin. Infeksiya buyrak to'qimalariga quyidagi yo'llar orqali o'tadi: 1. Qon orqali. 2. Siydik chiqaruv yo'llarining devori orqali. 3. Siydik qopi-siydik chiqarish naychasi reflyuksi natijasida. 4. Limfogen yo'l orqali. Siydik yo'llarining infeksiyasi kasallikning avj olishiga yo'l ochadi. Piyelonefrit ba'zan tez o'tadigan interstitsial nefritdan keyin ham rivojlanadi. Endogen va ekzogen zaharlar, ayrim dori moddalari (gentamitsin) ta'siri ostida ham vujudga kelishi mumkin. Autoimmun o'zgarishlar piyelonefrit rivojlanishiga turtki bo'ladi. Buyrak toshi, siydik yo'lining toshi yoki uning torayib qolishi, qiyshayishi, uning tashqaridan o'smalar tasirida qisilishi, siydik ajratish yo'llarining g'ayritabiiyligi piyelonefrit keltiruvchi omillardan hisoblanadi. Piyelonefrit qandli diabet, podagra, kolit, prostatitga chalingan surunkali kasallarda, homilador ayollarda va tizimli kasalliklardan keyin ko'proq uchraydi.

Patologik anatomiyasi. Surunkali piyelonefrit uchun patologik jarayonning buyrak jo'mragi va buyrakning miya qavatidan po'stloq qavati tomoniga qarab tarqalib borishi xosdir. Pirovardida shikastlangan buyraklar g'adir-budur, bujmaygan, ancha kichiklashgan bo'ladi. Buyrak massasi 50-60 g gacha kamayib ketishi mumkin. Aksariyat holatlarda buyrak kattalashadi. Buyrak to'qimasining bazi hijayralarida kapsulaga o'ralgan yallig'lanish o'choqlari saqlanib qoladi. Bu kasallikdan o'lgan bemorlar buyragi morfologik tekshirilganida buyrak kattalashadi, loxanka, buyrak to'qimalarida, shilliq qavatlarida yalli'lanish, shish, yaralar, yiringli sohalarini ko'rishimiz mumkin.

Klinikasi. Kasallikning belgilari uning turiga va bosqichiga, qanday kechayotganligiga, dardning bir yoki ikkala buyrakka tarqalganligiga, siydik yo'llari o'tkazuvchanligining qanchalik buzilganligiga bog'liqdir. Surunkali piyelonefritning quyidagi turlari: 1) yashirin kechadigan; 2) xuruj bilan kechadigan; 3) qon bosimi oshishi bilan kechadigan; 4) azotemik turlari tafovut qilinadi. Yashirin turi klinik belgilarining juda ham kam bo'lishi bilan ifodalanadi. Kasallar umumiy darmonsizlik, tez charchab qolish, ba'zan subfebril harorat ko'tarilishidan shikoyat qiladilar. Ba'zan kasallarda siydik tez-tez (pollakiuriya), kam, achishib ajraladi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'lib chiqadi, buyrak sohasidagi og'riq kasallik qo'ziganda kuchayadi. Asta-sekin siydikning nisbiy zichligi pasayib boradi (1006-1008). **Labarator tekshirish.** Bemorlarning qonida mochevina va siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi. Siydikni laboratoriyada tekshirganda arziyas darajada oqsil ajralishi, ko'p oq qon tanachalari (leykotsituriya) va bakteriya ajralishi topiladi, Addis-Kakovskiy, Nechiporenko

usulida tekshirish leykotsituriyani tasdiqlaydi. Piyelonefritning qaytalanadigan turi hammasidan ko'ra ko'proq uchraydi. U remissiya (kasallikning qaytib qolgan) davri va qo'zib turadigan davrlarining navbatlashib turishi bilan xarakterlanadi, har xil sabablarga ko'ra piyelonefrit qaytalanishi mumkin. Ko'pincha grippdan keyin, sovuq qotganda, siydik yo'llari, siydik qopchasi qayta yallig'langanda, bemor holsizlanganda piyelonefrit xuruj qiladi. Kasallar bel sohasida g'alati sezgi borligi, dizurik siydik chiqishining o'zgarganligi tana haroratining 37-38°C ga ko'tarilayotganidan shikoyat qiladilar. Kasallik zo'rayib borgan sayin qon bosimi ko'tarilib boradi (180/100 dan 250/140 mm. sim. ust. gacha). Ayniqsa, diastolik bosim baland bo'lib turadi. Gipertoniya kelib chiqishida renin-angiotenzin-aldosteron tizimi asosiy o'rin egallaydi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, tsilindrlar ko'payadi, bakteriyalar, eritrotsitlar topiladi. Kasallik xuruj qilgan davrda o'rtacha kamqonlik rivojlanadi, EChT tezlashib, 20-30 mm/s bo'lishi mumkin. Qonni tekshirganda neytrofil leykotsitoz topiladi. Qon bosimining oshish turi xafaqon kasalligiga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, hansirash, yurak sohasida og'riq, yurak urishi, ba'zan siydikdagi o'zgarishlar vaqti-vaqti bilan namoyon bo'lib turadi. Ana shu davrda qon bosimining baland bo'lishi surunkali piyelonefritning yagona belgisi hisoblanadi. Asta-sekin buyrak yetishmovchiligi, azotemiya boshlanadi, qonda qoldiq azot, mochevina, kreatinin me'yordan oshib keiadi, siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi, surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ozib ketish va laboratoriya tekshirishlarida olinadigan ma'lumotlar buyrak yetishmovchiligi uchun xos bo'ladi. Shular jumlasiga poliuriya, gipoizostenuriya, nikturiya, pollakiuriya kiradi. Proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, tsilindruriya bilinar-bilinmas bo'ladi. Azotemiya esa turg'un bo'lib, ko'payib ketadi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak hajmi kichrayganligini aniqlash mumkin, bazan buyrak hajmi kattalashishi ham mumkin.

Kechishi. Surunkali piyelonefrit 10-15 yilgacha davom etadi va bundan ham ko'proqqa cho'ziladi. Vaqt o'tishi bilan yallig'lanish jarayoni buyrakdagi kanalcha va koptokchalarning nobud bo'lishi va buyraklarning bujmayib qolishiga olib keladi. Kasallikning oxirgi davrida surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Pielonefritda surunkali uremiyaning o'tishi surunkali glomeralonefritdagidan ko'ra sustroq zo'rayib borishi bilan ajralib turadi. Zo'r berib davo qilinadigan bo'lsa, uremiya ham qaytib ketishi mumkin. Surunkali pielonefrit tashxisini anamnez ma'lumotlariga, klinik o'tish xususiyatlariga, siydikni laboratoriyada tahlil qilish, rentgenologik va radioizotop yo'li bilan tekshirish natijalariga asoslanadi. Addis-Kakovskiy yoki Nechiporenko usuli bo'yicha siydik cho'kmasida leykotsitlar miqdorini tekshirish leykotsituriyani aniqlashga imkon beradi. Surunkali pielonefritni tasdiqlovchi yana bir belgi siydikda harakatchan leykotsitlar-Shterngeymer-Malbin tanachalarining topilishidir. Bu leykotsitlar oddiy tekshiruv natijasida topilmasa, bemor tomiriga 20 ml prednizolon yuborib bir soat davomida siydik bilan ajraladigan leykotsitlar soni sanaladi. Agar leykotsitlar soni 0,4' 10"/1

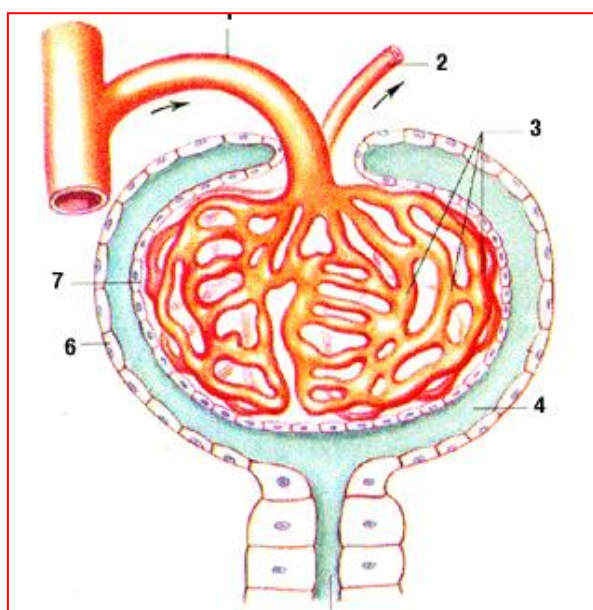
va undan ko'proq bo'lsa, surunkali pielonefrit tashxisini qo'yish mumkin. Rentgenologik usullar ichida ekskretor urografiya va retrograd pielografiya to'liq malumot beradi. Bitta buyrak shikastlanganda J131 gippuran bilan renografiya qilish shikastlanish darajasini aniqlashga imkon beradi. Ultratovush yordamida tekshirib buyrak jom kosacha qismida to'qimalar zichlashgani, jom va kosachalar kengayib qiyshiq holga kelganini ko'rish mumkin. Siydik cho'kmasidan ekib ko'rish kasallik chaqirgan bakteriyalarni va ularning qaysi dorilarga sezgirligini aniqlashga yordam beradi. **Qiyosiy tashxisi.** Surunkali pielonefritni surunkali glomerulonefrit, buyrak amiloidozi, nefrosklerozdan farqlash kerak. **Davosi.** Xuruj davrida kasalxonaga yotqiziladi. Surunkali pielonefritning hamma turlarida o'tkir taomlar, kofe, spirtli ichkilik taqiqlanadi. Ovqat kaloriyasi va vitaminlarga boy bo'lishi kerak, sutkalik suyuqlik miqdori kuniga 2 L atrofi bo'lishi lozim. Natriy mikroelementiga va tuz cheklanadi (kuniga 2 g gacha) gipertoniya mudom saqlanib turaversa, kishiga faqat meva yeyish buyuriladi. Kamqonlikda sabzavot, temirga boy masalliqlar ratsionga qo'shiladi (olma, anor). Davolashda antibakterial preparatlardan foydalaniladi. Buning uchun siydikni ekib ko'rish va antibakterial preparatdan foydalanish maqul. Davolashni penitsillinni va uni analoglaridan boshlash lozim, kasallikning yengil formalarida bir hafta davomida kuniga 4-6 g dan sulfanilamidlar qo'llaniladi (urosulfan). Antibiotiklardan-polin, nitroksolin, kanefron, penitstilin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsetin, sefamizin, kefzol, klofan va boshqalar buyuriladi. Nitrofuran birikmalari (furazolidon, furodonin, furozolin) ishlatiladigan bo'lsa, yaxshi natija olinadi. Bular 7-10 kun davomida 0,1-0,15 g dan kun davomida 3-4 mahal beriladi. Antibiotiklar bilan birgalikda negram, nevigramon, 5-NOK ham ishlatiladi. Bakteriyalarga qarshi davo qilib borish bilan bir qatorda B, C, A vitaminlari ishlatiladi. Gipertoniya bo'lsa qon bosimini tushiradigan gipotenziv dorilar buyuriladi. Yordamchi davo usuli sihatgohlarda davolanishdir. Sitorai moxi xosa sanatoriyasi, Morshin, Truskaves, Yessentuki, Jeleznovodsk, Bayramali, Buxoro balneologik kurortlari yaxshi yordam beradi. U yerda bemorlar kam mineralli suv ichadilar, ularga balneoterapiya va fizioterapevtik muolajalar qilinadi. Kasalda gipertoniya, sezilarli anemiya, buyrak yetishmovchiligi bo'lsa, sihatgohlarda davolanish tavsiya etilmaydi. Agar surunkali pielonefrit bir buyrakda bo'lsa, uni jarrohlik yo'li bilan olib tashlansa, bemor sog'ayib ketishi mumkin. Profilaktikasi: Siydik yo'llari va ulardan tashqaridagi infeksiya o'chog'ini, shuningdek siydik chiqarish yo'llaridagi mahalliy o'zgarishlarni bartaraf etish, tana reaktivligini kuchaytirish, o'tkir pielonefritni to'liq davolash surunkali pielonefritning oldini oladigan omillardan hisoblanadi. Homilador ayollarda ko'p uchraydigan belgisiz bakteriuriyaga ahamiyat berish lozim.

O'tkir glomerulonefrit

Glomerulonefrit - buyraklar koptokcha apparati tomirlarining yallig'lanishi bilan kechuvchi immunoallergik kasallik. Kasallikni qo'zg'atuvchi A gruhgagi betta gemolitik streptokokklar bo'lib, gematogen yo'l orqali surunkali infeksiya o'choqlaridan buyrakka tushadi (otit, sinusit, skarlatina, tonzilit, tishlar kariesi, pnevmoniya, anginadan, yuqori nafas yo'llari, ba'zan difteriya, o'pka yallig'lanishi, toshmalı terlama, ich terlama va asosan streptokokklar, virusli kasalliklardan va b.

q.) kasallik rivojlanadi. Kasallik rivojlanishiga sovuq ob-havo, namgarchilik ta'siri zamin yaratib beradi. Tizimli kasalliklar, nurlanishlar ham glomerulonefrit rivojlanishiga asosiy o'rin egallaydi. Glomerulonefritning rivojlanishida immunoallergik mexanizmlar o'rin egallaydi. Bu nazariyaga asosan angina yoki boshqa streptokokk sababli kasallangan odamning qonidagi streptokokk antigenlari bilan unga qarshi paydo bo'lgan antitana o'zaro birikmalar hosil qiladi. Bu birikmalar qon orqali borib, buyrak ko'ptokchalarining bazal membranasi yuzasiga tushadi.

Polinuklearlar biologik faol moddalarni, gistamin va serotoninni ajratib chiqaradi va ko'ptokchalarda o'zgarish, giperergik yallig'lanish paydo bo'ladi. Immun birikmalar hosil qilishda faqat bakteriya antigenlari emas, balki boshqa xil antigenlar (oqsil antigenlar, dori moddalari antigenlari va b.) ham ishtirok etadi. Immun komplekslar tarkibidagi komplementning parchalanishidan hosil bo'lgan



moddalar kapillyar tomirlari devorlari o'tkazuvchanligini oshiradi. Ko'ptokchalar zararlanishida koagulyatsiya tizimining buzilishi ham katta ahamiyatga ega.

Immun guruhlar ta'sirida trombositlar jipslashuvi kuchayadi, qon ivishida ishtirok etuvchi XII omil faollashadi, natijada zardob kallikrinogeni faollashadi, kininlar miqdori ko'payadi, bundan tashqari, trombositning III va IV omillari trombositdan ajralib chiqadi. Natijada, kapillyarlar devoriga fibrin cho'kib oladi.

90 surat Bunga

javoban mezotelial va endotelial hujayralar ko'payib fibrinni qoplab oladi. Shu tariqa gialin substansiyasining tomir devoriga cho'kishi tezlashadi. Fibrinning hajmi xastalikning kechish darajasiga ta'sir qiluvchi omil hisoblanadi. Bunda bemor organizmining rezistentligi va immun tizimi hamda tashqi muhitning ta'siri ham katta ahamiyatga ega. Ko'ptokchalar kapillyarlari bazal membranasining o'tkazuvchanligi ortishi natijasida siydikdagi o'zgarishlar yuzaga chiqadi.

Patologik anatomiyasi. Glomerulonefritning o'tkir kechadigan xilida buyrak hajmi o'zgarmaydi, buyrakni qoplovchi parda oson ko'chadi. Buyrakning yuzasida va kesmasida nuqtasimon dog'lar (bo'rtib turadigan qizil dog'lar) paydo bo'ladi. Bu dog'lar yallig'lanish natijasida kattalashgan Malpigi tanachalari (buyrak ko'ptokchalari) dir. Mikroskopiyada kasallikning dastlabki kunlarida buyrak ko'ptokchalarining kattalashgani, qizargani, qizil va oq qon tanachalari shu yerda to'planib, to'xtab qolgani ko'rinadi. Keyinchalik ko'ptokchalar qonsirab ketgani, oqarib, tomirlari yorilib ketgani kuzatiladi. Buyrak klubochkalarini kengayishi va qizarishi, keyinchalik ishemiya kuzatilishi, klubochka kapilyarlarini devorlari kengayishi va ular endoteliysi proliferatsiyasi, kapilyarlar va klubochka kapsulasi

o'rtasida oqsilli eksudat to'planishi, qon to'xtab, tromboz bo'ladi va qon quyilish kuzatiladi.

Klinikasi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari yuzlarida, qovoqlarida, tanasida, oyoqlarida shish, bosh og'rig'i, ish qobiliyatining, ko'rish qobiliyatining pasayishi, peshobi miqdori kamayishi, rangini o'zgarishiga, hansirashga, bo'g'ilishga shikoyat qiladilar. Tanadagi, qovoqdagi shishlar asosan ertalab namoyon bo'ladi. Bu shishlar keyinchalik tananing boshqa sohalariga tarqaladi, qon bosimining oshishi, siydikdagi o'zgarishlar yani gematuriya, proteinuriya bo'ladi. O'tkir nefrit keskin boshlanishi ham mumkin, lekin aksariyat hollarda latent kechishi ham mumkin. Kasallikning boshlanishida bilinar-bilinmas belgilar bilan bir qatorda, bemorning yuzi, ko'zlari shishadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, holsizlik, siydik miqdori kamayib oligouriya kuzatiladi. Kasallik 80-90% bemorlarda qovoqlar, yuzda shish va rangparlik paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bemor ertalab yuzidagi shish tufayli, ko'zlari qisilib, yuzi yapaloqlashadi. Teri ostida, o'pka, yurak pardalari orasida, qorinda to'plangan suyuqlik (15-20 kg gacha) tana vaznini oshiradi va 2-3 hafta davomida, asta-sekin davolanish natijasida o'z holatiga qaytadi. Shish sindromiga quyidagilar sabab bo'ladi: 1) koptokchalar shikastlanishi, ularning filtrlash faoliyatining pasayishi, natriy ekskretsiyasi kamayib, reabsorbtsiyaning (qayta so'rilishi) oshishi olib keladi; 2) tanada suyuqlik to'planib qolishi, aylanib yuradigan qon miqdori ko'payishi yani gipervolemiya; 3) ikkilamchi giperaldosteronizm va antidiuretik (ADG) garmon ko'payishi; 4) to'qimalarning aldosteronga bo'lgan sezuvchanligi oshishi, ADG ga nefron distal qismlari sezuvchanligining oshishi va suyuqlikning tanada ko'proq to'planishi; 5) gialuronidaza tizmasida o'zgarish paydo bo'ladi. Kapillyarlar devori o'tkazuvchanligi o'zgaradi; 6) qonning suyuq qismi qon tomirlaridan chiqib bo'shliqlarda va hujayralar oralig'ida to'planadi. Nefrotik sindromda plazmaning onkotik bosimi pasayadi. Gipoalbuminemiya va shishlar ko'p va tez paydo bo'ladi.

O'tkir glomerulonefritning asosiy belgilaridan biri — qon bosimining oshishidir. Qon bosimi 70-90% bemorlarda o'rtacha oshadi va bu buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Natriy tuzi bilan suvning badanda to'planishi gipervolemiyaga olib keladi. Qon bosimi oshishi yana koptokchalar zararlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron zanjirining ta'sir doirasi kuchayib, buyrakning depressor (tomir tarangligini kamaytirish) faoliyati pasayishi oqibatida yuzaga chiqadi. Arterial qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi yurak faoliyatini qiyinlashtiradi, bu o'tkir yurak yetishmovchiligi sifatida ko'rinadi (ko'p hollarda chap qorincha yetishmovchiligi). Bu o'tkir yurak yetishmovchiligi inspirator hansirash, yo'tal va yurak astmasi kabi ko'rinishlarda aks etadi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda bemorlar ko'rinishiga e'tibor beramiz, teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish borligini ko'rish mumkin. Gipertonik shaklidagi bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib yoriladi va qon quyiladi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Bemorlarni **palpatsiya** qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls tekshiriladi va sekinlashganligi aniqlanadi. **Perkussiyada** plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi. Chap qorincha

kengayishi yuz beradi. Yurakning nisbiy to'rtmtoqlik chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi. O'pkani auskultatsiya qilganimizda o'pkada qattiq nafas bo'lib, nam xriillashlar eshitilishi mumkin, yurakda bradikardiya, I ton yurak uchida susayadi, zo'riqish hisobiga galop ritmi shu yerda sistolik shovqin, aortada va o'pka arteriyasida II ton aktsenti eshitiladi,. Ko'p hollarda yurak cho'qqisida funktsional xarakterdagi sistolik shovqin eshitiladi. EKG da I, II va III standart ulanishlarda R amplitudasi baland bo'ladi va T tishlari o'zgarishi kuzatiladi, ba'zi hollarda chuqur Q tishi va QRS kompleksining voltaji kamayishi kuzatiladi. Bemorlarni rengenologik tekshiruv o'tkazish uchun vena ichiga buyrak orqali chiqadigan kontrast modda sergozin, kardiostat yuboriladi va buyrak orqali chiqishini rentgenda ko'ramiz. Retrograd pielografiya o'tkazishda sistoskop bilan siydik naychalari orqali naycha kateterlari yordamida sergozin, diostat, kardiostat moddalari buyrak laxankalariga yuborib tekshiriladi.

Bemorlar peshobi miqdori kamayadi, rangi qizaradi, eritrotsitlar va oqsil paydo bo'ladi, mikroskopda ko'rganimizda tsilindrlar va buyrak epiteliylari ko'rish mumkin. O'tkir nefritning dastlabki belgilaridan biri sutkalik siydikning kamayishidir (400-700 ml), ba'zi hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikning kamayishi yallig'lanish sababli koptokchalarda bo'ladigan o'zgarishlar tufayli. Chunki yallig'lanish koptokchalarda filtratsiyaning susayishiga olib keladi. Siydikning solishtirma og'irligi va uning nisbiy zichligi o'zgaradi. O'tkir nefritda siydik sindromi-proteinuriya, tsilindruriya, makro va mikrogematuriya bilan xarakterlanadi. Jarohatlangan koptokchalar kapillyarlari devorlari orqali faqat mayda dispers albuminlargina emas, globulinlar va fibrinogen ham ajralib chiqadi. Siydikda meyorda oqsillar deyarli bo'lmaydi, bo'lsa ham 0,0033 dan ko'p bo'lmaydi. Lekin siydikda oqsillarning ko'payib ketishi faqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi, shuning uchun kech tekshirishlarda siydikda albuminlar miqdori uncha baland bo'lmaydi. Uncha katta bo'lmagan proteinuriya ayrim hollarda kasallikning boshlanishidanoq yuzaga chiqadi, boshqa hollarda esa umuman bo'lmasligi ham mumkin. Siydikda oqsillarning kam miqdordaligi o'tkir nefritda ko'p vaqt saqlanishi mumkin va bu 3-4-6, ba'zida 9-12-oylarda umuman yo'qoladi. Gematuriya - o'tkir glomerulonefritning doimiy belgisidir. 13-15% hollarda makrogematuriya ko'zga tashlanadi, boshqa hollarda mikrogematuriya aniqlanadi, bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlar miqdori ko'rish maydonida 10-15 tadan ko'p bo'lmaydi. O'tkir glomerulonefritda 75% bemorda gialin, donali, ba'zan epitelial tsilindrlar topiladi, 25% ida tsilindruriya kuzatilmasligi mumkin. Leykotsitlarning eritrotsitdan kamligini siydik cho'kmasini Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usullarida tekshirib bilish mumkin.

Buyrak faoliyati pasaygani tufayli ba'zan qonda azot qoldig'i, mochevina miqdori bir oz ko'payishi mumkin. Azotemiya uzoq davom etmaydi. O'tkir nefritda qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar kamayishi kuzatiladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi.

Glomerulonefritning nefrotik, gipertonik va aralash turlari farqlanadi.

Birinchi turi-nefritning tsikli turi keskin boshlanib, shish, hansirash, bosh og'rig'i, bel og'rig'i, siydik miqdorining kamayishi, siydikda oqsil va qon paydo bo'lishi, arterial qon bosimining ko'tarilishi bilan ifodalanadi. Shish 2-3 hafta

mobaynida kuzatiladi, so'ngra siydik miqdori ko'paya borib (poliuriya) arterial qon bosimi pasayadi, siydikning solishtirma og'irligi kamayadi, lekin proteinuriya, mikrogematuriya uzoq davom etishi mumkin. O'tkir nefritning ikkinchi — yashirin o'tuvchi turi ko'pincha surunkali nefritga o'tadi. Bu turida kasallik asta-sekin boshlanadi, sezilar-sezilmas hansirash, oyoqlarda shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Eklampsiya arterial qon bosimi baland bo'lganda va haddan tashqari shish ko'payganda rivojlanadi. Buyrak eklampsiyasida bemorning ko'zi zaiflashadi, tez-tez mushaklari tirishib, tomir tortishadi, hushidan ketadi, u tilini tishlab olishi, beixtiyor axlat va siydigini tuta olmasligi mumkin. Bu asorat to'g'ri davolansa tuzaladi.

O'tkir glomerulonefritning yana bir og'ir asorati nefrotik sindrom bo'lib, u ko'p oqsil yo'qotish, nihoyatda og'ir shishlar, qon tarkibida oqsilning kamayishi, disproteinemiya bo'lishi, xolesterinning ko'payishi (giperxolesterinemiya) bilan ifodalanadi. Nefrotik sindromning patogenezi ko'pchilik tomonidan tan olingan immunologik konsepsiyaga asoslangan, nefrotik sindrom rivojlanishida buyrak bazal membranasi buzilishi ahamiyatlidir. Bazal membranada buyrak oqsillariga qarshi antitanalar o'tirib oladi va doimiy ravishda komplementar reaksiya sodir bo'lishiga olib keladi. Nefrotik sindrom avjiga chiqqanda qonda komplement kamayadi. Buyrakka qarshi antitanalar ko'payadi, immunitetga ta'sir qiluvchi dorilar, steroid gormonlarning nefritga ijobiy ta'siri bu kasallikning immunoallergik xususiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi. Nefrotik sindrom rivojlanishini izohlovchi ikkinchi taxmin, modda almashinuvi (metabolizm) ning buzilishi konsepsiyasidir. Bu konsepsiya bo'yicha oqsilning siydik bilan qo'shib chiqishi buyrak koptokchalarining filtrlash xususiyati buzilishi natijasidir. Tekshiruvlarning ko'rsatishicha, nefrotik sindromda buyraklarda va siydikda eruvchan oqsillarning aktivligi oshishi, qonda gistamin ko'payishi, buyraklarda lizosom fermentlarning yuqori kontsentratsiyasi, ularning yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqarishi aniqlangan. Zardobda oqsil muvozanatining buzilishi, ularning mayda dispers oqsil fraktsiyalarining chiqishiga hamda organizmda immunologik siljishga olib keladi. Boshqa ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, oqsil sintezining buzilishi nefrotik sindromda retikuloendotelial tizimning ish qobiliyati o'zgarishi natijasida vujudga keladi. Nefrotik sindromda hosil bo'ladigan qon tarkibidagi yog'larning ko'payishi kompensator xarakterga egadir va bu qon tarkibidagi oqsillarning kamayishi bilan birga kechadi. Nefrotik sindromda organizmda natriyning ushlanib qolishi, uning qayta reabsorbtsiyasi kuchayishi, giperaldosteronizm bilan ikkilamchi aldosteronning qayta ko'p ishlab chiqarilishi bilan bog'liqdir va bu o'z navbatida qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Faqat buyrak kapillyarlari o'tkazuvchanligining kuchayishi emas, balki boshqa to'qimalarda kapillyarlarining immunologik zararlanishi ham nefrotik sindromga olib keluvchi omildir. Klinik nuqtai nazardan patogeneza eng muhimi oqsilning siydik orqali chiqishi bo'lib, bu nefrotik sindromda kuniga 3 g va undan ko'proq chiqadi. Siydikda oqsilning paydo bo'lishi asosan koptokchalarning bazal membranasi zararlanishi va o'tkazuvchanligining kuchayishiga bog'liq bo'lib, shu bilan birgalikda koptokchalarning filtri orqali yirik oqsil molekulalarining kirishiga bog'liqdir. Yana shuni ham aytish kerakki, podoltsitlarning normal

funksiyasi bu bazal membranalarda oqsil molekulalarining kirishiga to'sqinlik qilishidir, podotsitlarning funksiyasi buzilishi natijasida oqsillar ushlanib qololmaydi va ular bazal membrana orqali kiradi. Shuni ham ko'rsatib o'tish kerakki, o'tkir boshlangan diffuz glomerulonefrit ba'zan o'rtacha o'tkir ekstrakapillyar nefritga olib keladi va uning progressiv kechishi yaqin oylarda surunkali buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Tashxisi. O'tkir diffuz glomerulonefritga tashxis qo'yish unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Chunki kasallik yoshlarda uchraydi va yaqqol ko'zga tashlanadigan klinik belgilardan boshlanadi. O'tkir nefrit bilan surunkali nefrit qaytalanishi orasida taqqoslash tashxisi o'tkazish qiyinchilik tug'diradi. Bunda kasallikning boshlanishi, infeksiya bilan bog'liqlik (tonzillit, angina, rinit va h.k.dan boshlab o'tkir nefrit holatigacha (1-2 hafta o'tadi) hisobga olinadi. Surunkali glomerulonefritga qon bosimining yuqori bo'lishi, yurakning chap qorinchi gipertrofiyasi, ko'z tubining yaqqol shikastlanishi xosdir. Siydikdagi o'zgarishlar har xil bo'lishi mumkin, lekin surunkali nefrit uchun siydik nisbiy zichligi va filtrlash vazifasi pasayishi xosdir (gipoizostenuriya), o'tkir nefrit uchun yurak faoliyatining yetishmasligi (hansirash, shishlar, yurak astmasi, bradikardiya), kasallikning o'tkir kelib chiqishi (makro va mikrogematuriya) xos. O'tkir nefritning yashirin turi va pielonefritning differentsiatsiyasi qiyinchilik tug'diradi. Bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlarning leykotsitlardan ustunligi, oqsillarning kamligi, anamnestik ko'rsatmalar yo'qligi, rentgenologik, ultratovush, skanirlash, radioizotop, biopsiya tekshirishlari yordam beradi. O'tkir nefrit bilan buyrak sili va boshqa buyrak kasalliklari orasida solishtirma tashxis o'tkazish lozim.

Davolash. O'tkir glomerulonefritni davolashda birinchi vazifa ma'lum muddat davomida issiq va quruq xonada o'rinda yotish uchun sharoit yaratishdir. O'tkir glomerulonefrit bilan bemorlar maxsus (bo'lim) kasalxonada davolanishlari lozim. Davolash davrida maxsus 7 chi parhez taomlar beriladi, suyuqlik, osh tuzi cheklanadi. Vitaminlar (ayniqsa, vitamin C, kaltsiy tuziga boy ovqat (tvorog, suzma, qatiq, sut, sharbatlar, qand va olma) beriladi. Dorilar bilan davolash ayniqsa, muhimdir. Bunda kasallikning sabablari va patogenetik omillarga ta'sir qilish uchun buyrakka ziyon etkazmaydigan antibiotiklar (penitsillin 2-4 mln, ampitsillin 2-4 mln. kuniga) beriladi. Mikrobg qarshi dorilar (antibiotiklar) o'tkir nefrit biror asosiy infeksiya bilan birga kelganda uzoq davom etadigan septik endokarditda (yurak ichki pardasining yallig'lanishi), xronik tonzillitda qo'laniladi. Nefritning o'tkir ko'rinishlari pasaygandan 2-3 kun keyin, desensibilizatsiya terapiyasida vitamin C katta dozada ishlatilishi kerak.

O'tkir nefrit kasalligida steroid gormonlar - prednizolon, triamtsinolon, deksametazon katta foyda beradi. Prednizolon bilan davolash kasallik boshlangan davrda emas, balki keyinroq, qon bosimi tushganda buyuriladi. Bundan tashqari, nefrotik formasida yoki uzoqqa cho'zilgan o'tkir nefritda hamda siydik sindromida, siydikda gematuriya bo'lganda kortikosteroidlar qo'llaniladi. Prednizoloni kuniga 20 mg dan olish kerak va bu dozani 60 mg gacha oshirish mumkin. Kortikosteroidlar shishlar paydo bo'lganda va siydik sindromida yaxshi natija beradi. Bu preparatlar o'tkir nefritning surunkali shakliga aylanishiga yo'l qo'ymaydi.

Qon bosimi oshganda, shishlar paydo bo'lganda kortikosteroidlar bilan birga qon bosimini tushiradigan adelfan, rezerpin va siydik haydaydigan dorilarni birga qo'llash kerak (gipotiazid, furosemid).

O'tkir glomerulonefritning asorati bo'lgan eklampsiyada qon chiqariladi, magniy sulfat (10 ml 25%), uxlatuvchi va narkotik dorilar beriladi. Ganglioblokatorlar -geksoniydan 10-20 mg, 2,5%-1 ml mushak orasiga yuboriladi.

Oqibati. O'tkir nefritda butunlay sog'ayish kuzatiladi. O'tkir nefrit kasalligida o'lim deyarli sodir bo'lmaydi. U faqat miyaga qon quyilishi, yurak faoliyatining buzilishi, o'pka yallig'lanishi kabi asoratlar yuz beradi. O'tkir nefrit 1/3 hollarda surunkali turga o'tadi. O'tkir nefritning oqibati ma'lum darajada kasallikning erta aniqlanishi va to'g'ri davolanishiga bog'liq. Hozirgi vaqtda kortikosteroidlar qo'llanilishi tufayli kasallikning surunkali turga o'tishi kamaydi, O'tkir davrda kasallar ish qobiliyatini yo'qotadilar, shu sababli ular kasalxonada yotishlari kerak. Tipik kechishida 2-3 oydan keyin to'la tuzaladi va bemorlarning ishlash qobiliyati tiklanadi.

Profilaktikasi o'tkir nefritning oldini olish asosan o'tkir infeksiyali (angina, faringit, tonsilit va b.q.) kasalliklardan saqlanish va ularni o'z vaqtida davolash, infeksiyon o'choqlarni bartaraf qilish va uzoq, kuchli sovuq namlik ta'siridan saqlanishga qaratiladi. Siydik sindromi va albumin qoldig'i bo'lsa o'tkir nefrit kasalligi bilan og'rikan bemorlar dispanser kuzatuvda turish kerak. Kasallik qaytarilmasligi uchun tanadagi infeksiyon zararlanishlarning oldini olish lozim. Kasal yil davomida sovqotish, ayniqsa, nam, sovuq ta'siri bilan bog'liq bo'lgan ishlardan o'zini asrashi kerak.

Surunkali glomerulonefrit

Surunkali glomerulonefrit - ikala buyrak koptokchalarining uzoq davom etadigan immunoallergik yallig'lanishidir. Bu kasallik buyrak koptokchalarining asta-sekin shikastlanishi hisobiga buyrak faoliyati susayishi, arterial qon bosimining oshishi va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi. Surunkali nefrit o'tkir glomerulonefritdan so'ng va birlamchi surunkali glomerulonefrit sifatida ham rivojlanadi. Surunkali glomerulonefrit immun tabiatli kasallik bo'lib, zardoblar, vaktsinalar, antigenlar, zaharli moddalar, ba'zi dorilar (gentamitsin), sovuq ta'sirida rivojlanadi. Ba'zi dorilar «o'tkir» zaharli buyrak kasalligigagina emas, balki glomerulonefrit rivojlanishiga ham olib keladi. Surunkali glomerulonefrit, zaxm, bakterial endokardit, gemoragik vaskulit, tugunli periartrit, sistemali qizil bo'richa, sistemali sklerodermiya kabi tizimli kasalliklar va boshqa kasalliklar natijasida ham rivojlanadi. Kasallik angina, faringit, sinusit kabi surunkali infeksiya o'choqlaridan infeksiya gematogen, limfogen yo'llar orqali o'tishi natijasida ham rivojlanadi.

Patogenezi. Nefritning surunkali ko'rinishi makroorganizmdagi immunologik, ayniqsa, autoimmun o'zgarishlar darajasiga bog'liq.

Patologik anatomiyasi. Surunkali glomerulonefritning klinik ko'rinishi va buyrakdagi anatomik o'zgarishlar bir-biri bilan uzviy bog'liqdir. Agar glomerulonefrit klinikasida nefrolik sindrom ustun bo'lsa, buyrak hajmi katta, ustki pardasi oson ajraladigan, yuzasi silliq, och kulrang bo'ladi (katta oq buyrak). Po'stloq qismi kengaygan, och kulrang bo'lib, qizg'ish miya qismidan ajralib turadi. Mikroskopda buyrakning ilon-izisimon naychalari kengayganligini, epiteliy

to'qimasida shish, bujmayish, donachali yoki vakuolli distrofiya hodisalarini ko'rish mumkin.

Buyrakni punktsion biopsiya usuli bilan tekshirish natijasida surunkali glomerulonefritning quyidagi gistologik turlari ajratiladi: 1) pardali (membranali) glomerulonefrit - buyrak koptokchalarining bazal pardasida to'qimalarning birlashuvi va qalinlashuvi bilan kechadi; 2) to'qimalar ko'payib zichlashuvi bilan kechuvchi (mezangial) glomerulonefritda koptokchalarda biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi (fibroplastik glomerulonefrit). 3. proliferativ glomerulonefrit-koptokchalar hujayralari proliferatsiyasi bilan kechuvchi. Glomerulonefritning so'ngi bosqichida buyrak bujmayadi, o'lchamlari kichrayadi. Miya qismi donachalar bilan qoplanib, po'stloq qismi yupqalashadi. Koptokchalar bo'shab, o'rnida biriktiruvchi to'qima paydo bo'lishi buyrakni ikkilamchi bujmayishiga olib keladi.

Klinikasi. Surunkali glomerulonefritning klinik manzarasi uning turlariga bog'liq bo'lib, 1. Siydikdagi o'zgarishlar: proteinuriya, gematuriya, tsilindruriyadan iborat. 2. Qon bosimi ko'tarilishi natijasida paydo bo'lgan o'zgarishlar. 3. Badanda shish paydo bo'lishi kabi o'zgarishlar bilan kechadi.

Surunkali glomerulonefritning quyidagi klinik turlari farq qilinadi:

1. Yashirin kechuvchi (latent) glomerulonefrit- ko'p uchraydigan turi bo'lib, siydikda bir oz o'zgarishlar borligi bilan ifodalanadi. Bu turda qon bosimi oshmaydi, shish ham sezilarli darajada bilinmaydi. Yashirin davr 30-40 yil kechib, keyin yuzaga chiqishi mumkin. Bemorlar uzoq yillar davomida ish qobiliyatlarini yo'qotmaydilar, xastaliklarini sezmaydilar. Ko'pincha surunkali glomerulonefritning yashirin turi dispanserizatsiya vaqtida siydikdagi o'zgarishlar (solishtirma og'irligi pasayganligi, qizil qon tanachalari ko'proq ajralayotgani, tunda siydikning ko'proq ajralishi), qon bosimining bir oz oshganligi, EChTning tezlashgani, qonda oqsil moddasi kamaygani, xolesterin ko'payganligi asosida aniqlanadi. Ko'pchilik holatlarda buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda aniqlanadi. Buyrak yetishmovchiligi esa qonda qoldiq azot, mochevinaning miqdori oshishi bilan yuzaga chiqadi.

2. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi. Siydik orqali katta miqdorda oqsil ajralishi kunda 3-5 g dan ko'proq, qonda oqsil miqdori (gipoproteinemiya) kamayadi, ayniqsa, albumin, globulin koeffitsientining kamayishi (disproteinemiya), xolesterin miqdorining ko'payishi (giperxolesterinemiya-600-800 mg %) bilan ifodalanadi. Bemorlarning badanida gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi. Bunday shishlarning yurak va boshqa shishlardan farqi, ertalablari yuz-ko'z qovoqlaridan boshlanib va asta-sekin butun tanaga tarqaladi. Ular doimiy xususiyatga ega bo'ladi, hatto ichki a'zolarga, yurak, o'pka va qorin bo'shliqlarga tarqaladi. Teri, shilliq pardalar quriydi, mushaklar atrofiyalanadi, natijada teri bujmayadi. Siydik orqali oqsil chiqishi bilan birga, qon tarkibida triglitserin va erkin xolesterin ko'payadi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi nefrotik sindrom va buyrak yallig'lanishi belgilari (siydikda qon bo'lishi, buyrak filtrlash xususiyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo'ladi. Qon bosimi xastalikning so'ngi davrida ko'tariladi.

3. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli ko'pincha yashirin kechuvchi glomerulonefritga xosdir. Qon bosimi buyrakda yukstaglomerulyar apparatda ishemiya bo'lib, renin sintezi ko'payadi, bu o'z navbatida qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Buyrak faoliyati pasaygach, sistolik va diastolik bosim muntazzam oshib boradi, asta-sekin yurak faoliyati ham buziladi, yurak cho'qqi turtkisi kuchayadi, cho'qqi sohasida I ton susayib, aorta proektsiyasida sistolik shovqin paydo bo'ladi va II ton aktsenti eshitiladi, uch ritmli ton yani ot dupuri tovushlari eshitiladi, so'ngra yurak faoliyati yetishmovchiligi qo'shiladi, yurak astmasi xuruji va o'pka shishi paydo bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritda qon bosimini oshishi, yurakning ishemik kasalligi, stenokardiya rivojlanadi. Bemorda miokard infarkti, bosh miyaga qon quyilishi hollari ro'y berishi mumkin. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish, badanlarida qashalgan izlar borligini ko'rish mumkin. Bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi arteriolalar kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib venulalar kengayib yoriladi va qon quyiladi, to'r pardada eksudatsiya va shish bo'ladi, kasallikning oxirida ko'rish nervi so'rg'ichlari o'zgaradi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Ko'z tubida neyoretinit kabi o'zgarishlar sodir bo'ladi, ko'rish nervi so'rg'ichlarida o'zgarish bo'ladi. Kasallikning oxirgi davridagina ko'z to'r pardasida davolab bo'lmaydigan jiddiy o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarni palpatsiya qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls sekinlashganligi aniqlanadi. Perkussiyada plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi, yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga siljiydi.

4. Surunkali glomerulonefritning aralash ko'rinishi. Bu ko'rinish uchun qon bosimi oshishi va nefrotik sindrom belgilari namoyon bo'lishi xosdir. Siydikdagi o'zgarishlar sindromi (proteinuriya, gematuriya, tsilindnuriya), kabi o'zgarishlar bo'lib, kasallikning boshlanishida bemorning ahvoli qoniqarli bo'lib, so'ngra 2-5 yil o'tgach buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Surunkali glomerulonefritning kechishi 2 bosqichdan iborat: kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan. Kompensatsiya bosqichida buyrakning azot ajratish funksiyasi saqlangan. Bu bosqich uzoq davom etadi, yashirin o'tadi va faqat siydikda paydo bo'ladigan o'zgarishlar orqali namoyon bo'ladi. Dekompensatsiyalangan bosqichda buyrakning azot ajratish funksiyasi buzilgan bo'ladi. Bu bosqichda siydik simptomlari ahamiyatsiz lekin, shish bilan gipertenziya ahamiyatlidir. Bu bosqich xastalik boshlangandan so'ng 1 yildan uzoq (30-40 yilgacha) davr ichida boshlanishi mumkin. Bu bosqichda buyrak faoliyati pasayadi. Azot ajratish, siydikni quyuqlashtirish faoliyati susayadi. Siydikdagi o'zgarishlar kamayadi, solishtirma og'irligi kamayib 1007-1008 atrofida bo'ladi. Siydik bilan oqsil doimo ajralib turadi. Qon bosimi baland bo'ladi. Badanda shish paydo bo'ladi, qon zardobida mochevina, kreatinin, indikan ko'payadi, oqsil kamayadi.

Tashxisi va qiyosly tashxisi. Agar bemor ilgari o'tkir nefritni boshdan o'tkazgan hamda surunkali nefritning hamma klinik manzarasi yaqqol bo'lsa, tashxis qo'yish qiyin bo'lmaydi. Lekin surunkali nefrit yashirin kechsa yoki gipertoniyali surunkali nefrit bo'lsa, tashxis qo'yish qiyinlashadi. Bemor o'tkir

nefritni boshdan o'tkazmagan bo'lsa, lekin siydigida bir oz oqsil hamda gematuriya aniqlansa, unda buyrakning boshqa kasalliklari (piyelonefrit, buyrak tomirining qisilib qolishi, buyrak anomaliyasi) haqida o'ylash va shu kasalliklardan farqlash lozim. Surunkali nefritning gipertonik turini gipertoniya kasalligi bilan taqqoslash qiyin bo'ladi. Surunkali nefritda siydikdagi o'zgarishlar gipertoniya gacha bo'ladi. Surunkali nefritda yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi gipertoniya kasalligiga nisbatan kamroq bo'ladi. Gipertoniya xuruji - «krizi» surunkali nefritda kamroq uchraydi. Surunkali nefritda gipertoniya kasalligiga nisbatan yurak toj-tomirining aterosklerozi sekin va kam rivojlanadi. Surunkali nefritni surunkali piyelonefrit bilan differentsial tashxisi o'tkazilganda siydik cho'kmasidagi eritrotsitlar, leykotsitlar miqdoriga ahamiyat beriladi. Leykotsitlar sonining ko'pligi, faol leykotsitlar bo'lishi, buyrakni rentgenologik tekshirganda buyrak jomlari strukturasi o'zgarganligi surunkali piyelonefrit borligidan dalolat beradi. Surunkali nefritning nefrotik xilini buyrak amiloidozi, diabetik glomeruloskleroz, jigar tsirrozi bilan taqqoslash lozim bo'ladi. Surunkali nefritning nefrotik xilida buyrakning yallig'lanish belgilari (gematuriya, gipertoniya), buyrak koptokchalari filtratsiyasining kamayishi va buyrakni kontsentratsiya qilish faoliyatining pasayishi tashxis qo'yishda asosiy rol o'ynaydi. Buyrakni biopsiya qilib tekshirish tashxisni tasdiqlaydi. Amiloidozdan farqlash uchun og'iz shilliq pardasi gistologik usulda tekshiriladi. Rentgen nuri yordamida buyrak va siydik ajralish yo'llarini ko'zdan kechirish, izotop va kontrast modda yordamida buyrakni rentgen suratini olish, UTT yordamida tekshirish, buyrak tomirlarini tekshirish (angiografiya) kerak. Buyrak to'qimasini tekshirish-punksion biopsiya usulini qo'llash xastalikni aniqlashda yordam beradi.

Oqibati, surunkali glomerulonefrit oqibati sifatida buyrak bujmayishi va buyrak faoliyatining pasayishi, buyrak yetishmovchiligi - uremiya rivojlanishi mumkin.

Davolash. Oxirgi 10-15 yil mobaynida buyrak kasalliklarini aniqlash va davolash sohasida erishilgan yangiliklar, jumladan, davolash jarayonida kortikosteroidlar va immunodepressiv moddalarni qo'llash kasallikning noxush oqibatlarini kamaytiradi, bemorlarning mehnat qobiliyati uzoqroq saqlanishiga va hatto 14-18% bemorlarning butunlay sog'ayib ketishiga olib keladi.

Surunkali glomerulonefritni davolashda parhez (7-parhez stoli) ga katta ahamiyat beriladi. Nefrotik va kasallikning aralash turida osh tuzi kam beriladi (kuniga 1,5-2,5 gr gacha). Siydik ajratish xususiyati buzilmagan bo'lsa oqsil chegaralanmaydi. O'rtacha 1 kg vaznga 2-2,1 g oqsil berish kerak. Bemorning qon bosimi yuqori bo'lsa, osh tuzi kam beriladi (5 g), oqsil va uglevodlar me'yori o'zgarmaydi. Surunkali glomerulonefritning shish bilan kechuvchi mezangioproliferativ va mezangiomembranoz turlarida glyukokortikosteroidlar ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Diffuz fibroplastik va o'choqli-segmentar glomerulosklerozli nefritda glyukokortikosteroidlar buyurish maqsadga muvofiq emas. Xastalik xuruj qilganda, ayniqsa, kasallikning nefrotik turida kortikosteroidlar, masalan, prednizolon buyuriladi. Prednizolon tana og'irligiga nisbatan 1 mg/kg dan 3-8 hafta buyuriladi, so'ngra asta-sekin doza kamaytirilib boriladi va sutkasiga 7,5-10 mg ga tushgach uzoq vaqt davomida beriladi. Agar

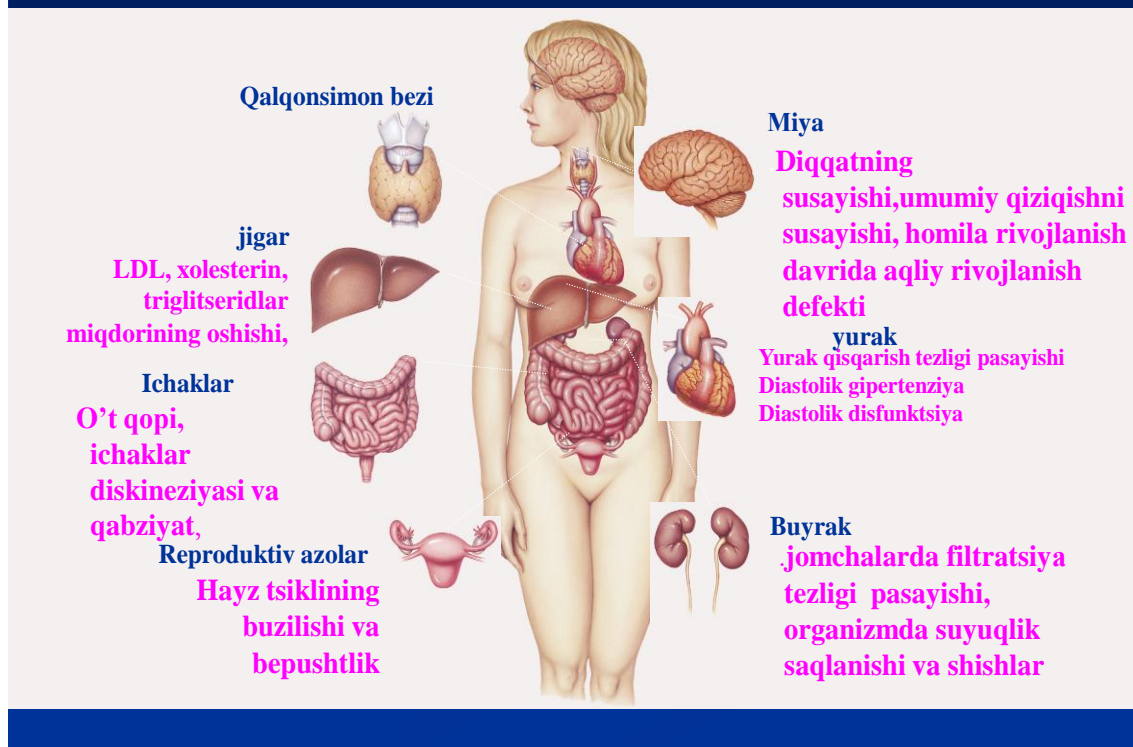
nefrotik sindrom kamaymasa, prednizolon puls-terapiya usulida buyuriladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik turiga glyukokortikoidlar yordam qilmasa, prednizolon bilan birga azatiopirin yoki tsiklofosfamid kuniga 150-200 mg dan buyuriladi. Dorilar dozasi 6-8 haftadan so'ng pasaytiriladi va uzoq vaqt davomida bemorga beriladi (6 oygacha). Surunkali glomerulonefritni davolashda prednizolon, tsiklofosfan, leykeranlar bilan bir qatorda sandimmun preparati ham qo'llanilmoqda. Bu preparat bilan davolangan bemorlarda kasallikning klinik remissiya davriga o'tishi kuzatilgan. Shu bilan bir qatorda, buyrak to'qimasi skleroziga olib keladigan kortikosteroidlarni katta miqdorda qabul qilishdan saqlaniladi. Surunkali glomerulonefritda patogenetik dorilarga rezistent bo'lgan bemorlarda sandimmun qo'llanilganda ijobiy natija bergan. Sandimmunga sezuvchan bemorlarda bu preparat ta'sirida immunologik ko'rsatkichlar ijobiy tomonga o'zgaradi. Sandimmun 2,5-7 mg/kg hisobida 20-25 kunga buyuriladi. Agar kortikosteroidlar buyurish mumkin bo'lmasa (qandli diabet, meda yarasi va hokazo), tsitostatiklarning o'zi buyuriladi. Tsitostatiklar bilan davolanayotgan bemorlar qonida leykotsitlar va neytrofillar soni tekshirib turiladi. Buyrak parenximasidagi yallig'lanishni kamaytirish maqsadida indometatsin kuniga 50 mg dan 150 mg gacha beriladi. Indometatsin mediatorlarda immunologik jarayonlarni kamaytiradi. Gipertoniya va buyrak yetishmovchiligi bilan kechuvchi glomerulonefritda indometatsin buyurilmaydi.

Buyrak ko'ptokchalari va arteriolalari devorlarida fibrin cho'kishini va qon zardobidagi fibrin miqdorini kamaytirish maqsadida teri ostiga yoki vena tomiriga geparin yuboriladi. Geparin teri ostiga kuniga 4 mahal 5000-10000 TB yuboriladi. Odatda geparin kindikdan 4 sm pastroqqa yoki kindik atrofiga teri orasiga yuboriladi. Qon ivish vaqti Moravits usuli bilan tekshiriladi. Agar trombin, qon ivish vaqti va antitrombin III nazorat qilinmasa, geparin 10000-15000 TBdan faqat 3 kun beriladi. Geparin bilan davolash davomida kurantil, trental buyurish maqsadga muvofiqdir. Badanda shish kamaymasa, siydik haydovchi dorilar buyuriladi (furosemid, uregit, veroshpiron, aldakton). Shishlarni haydashga poliglyukin (dekstran) ham yordam qiladi. Poliglyukin qon zardobi kolloid-osmotik bosimini oshiradi va to'qimalardagi ortiqcha suyuqlik qonga o'tadi. Oqsil almashinuvi buzilganda anabolik garmon - retabolil, fenabolil qo'llaniladi. Qon bosimini pasaytirish uchun rezerpin, dopegit, enap, berlipril, enalapril va boshqa gipotenziv dorilar beriladi. Bemorlarning mehnatga layoqatligi kasallikning turi va bosqichiga bog'liq. Buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda bemorlar nogironlik guruhi beriladi va mehnatga layoqatsiz hisoblanadi. **Profilaktikasi.** O'tkir glomerulonefritli bemorlarni badanidagi infeksiya o'choqlarini bartaraf qilish, bemorlarga uzoq vaqt parhez tutish maslahat qilinadi. Surunkali nefrit bilan og'rikan bemorlar sovuq va nam havo ta'siridan o'zlarini ehtiyot qilishlari, Bayramali, Sitorai Mohi Xossa sanatoriyalarida dam olib davolanishlari, vaqti-vaqti bilan qon va siydikni tekshirtirib turishlari lozim. Bemor badanida shish yoki buyrak yetishmovchiligi alomatlari paydo bo'lsa, to'shakda yotib, badanni issiq tutish, ayniqsa, belni belbog' bilan o'rash tavsiya etiladi. Lozim bo'lsa (o'tkir yallig'lanishlar qo'shilib qolsa) shifoxonada davolanish buyuriladi.

Maruza №8. Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari

“Miksedema (gipotireoz) shilimshiq shish demakdir”, Qalqonsimon bez funksiyasi yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan kasallikka aytiladi (91-92 surat). Qalqonsimon bezdagi spetsifik to'qimaning kamayishiga olib keladigan hamma sabablar, chunonchi: 1) zaxm, revmatizm, tif singari infeksiyalar; 2) bezning ba'zan ateroskleroz bilan aloqador bo'ladigan qarilik involyutsiyasi; 3) bezning tug'ma yetishmovchiligi, gipoplaziyasi va gipofunksiyasi; 4) uzoq cho'zilgan giperfunktseyadan keyin bezning holdan ketishi va atrofiyalanishi; 5) operatsiya qilib bezni olib tashlash; 6) bezning travmalardan shikastlanishi; 7) ayrim hollarda endemik bo'qoq kasallikka sabab bo'ladi. Nihoyat birlamchi tartibda gipofiz shikastlangan holda ikkilamchi gipotireoz yuzaga kelishi mumkin. Ayollar erkaklardan ko'ra ko'proq kasallanadi. Irsiy moyillik rol o'ynaydi. Patologo-anatomik tekshiruvda bez parenximasining atrofiyalanib, qo'shuvchi to'qima bilan almashganligi aniqlanadi, organ hajmi kichraygan bo'ladi. Miksedemada boshqa endokrin bezlardan buqoq bezning kichrayib qolganligi, jinsiy bezlarning yetishmaganligi va gipofiz oldingi bo'lagining kattalashib ketganligi ko'riladi.

Gipotireozni yuzaga chiqishi va simptomlari



Kasallikning klinik manzarasi. Kasallar jismoniy ish qila olmaslikdan, aql-idrok va xotiraning pastligidan noliydi, ovoz xunuk bo'lib, xirillay qoladi, qiynalib gapiradi, quloq og'irlashadi, ko'z xiralashadi, og'ir holda hansiraydi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish. Et uvishib turishi, badan terisining boshqacha bo'lib qolganligidan noliydi, Yana bir xarakterli belgisiga-shilimshiq shish, ayniqsa yuz va bo'yinda sezilib turadi hamda kasalning umumiy qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Shishgan yuz qotib qolgandek, keng bo'lib ko'rinadi, sarg'ish bo'ladi, oq, xususan peshonasiga qalin ajinlar tushadi, qovoqlar kerikib turadi va ko'z yo'riqlarini juda toraytirib qo'yadi burun bilan lablar qalinlashadi. Shish bo'yinga va o'mrov usti bo'shliqlariga tushib, go'yo bosh yelkaga kirib ketgandek bo'lib turadi. Qo'l-oyoqlar ham kattalashadi (Pretibial miksedema). Miksedemada ko'riladigan shish odatdagi shishlarga qarshi o'laroq qattiq bo'ladi va paypaslab ko'rilganda chuqurchalar hosil qilmaydi.



Miksedemada bo'ladigan shishlar, ba'zan nefrozda ko'riladigan shishlarga o'xshaydi (gipoproteinemiya).



Facies myxoedemata



Pretibial miksedema

Terisidagi o'zgarishlar. Kasallikning ikkinchi muhim belgisi teri, shilliq pardalar distrofiyasidir, teri quruq, serajin bo'ladi, po'st tashlab turadi, ter bezlari ishlamaydi, tirnoqlar tushadi, xira bo'ladi, soch quruq va mo'rt bo'lib, salga

to'kilib ketadi, bazan bir kechada sochlari yoki kipriklari to'kiladi. Qoshlarning to'kilib ketishi xarakterli hisoblanadi (teri ustida).

LOR organlari. Ovoz va nutq (hiqildoq va tovush boylamlarini boshlab turgan shilliq pardaning shishuvi tufayli) o'zgaradi. Eshituv yo'lining terisi va yevstaxiy nayining shilliq pardasi shishib, qalin tortib qolganligi munosabati bilan quloq og'irlashib qoladi.

Moddalar almashinuvi buzilishi. Kasallikning tipik belgisi moddalar almashinuvining keskin sekinlashib qolishidir. Asosiy almashinuv qanday bo'lmasin boshqa kasallikdagidan ko'ra ancha ko'p pasayadi (50-60% gacha). Oqsillar sust parchalanadi, uglevodlar qiyinchilik bilan singiydi. Shu munosabat bilan tana temperaturasi pasayib ketadi (34° gacha). Miksedema bilan kasallanganlarda o'tkir yuqumli kasalliklar ko'pincha normal yoki faqat arziyas darajada ko'tarilgan temperatura bilan o'tadi.

Yurak qon tomir tizimi. Ichki organlarda, xususan yurak qon tomirlar sistemasi ishining sekinlashib va susayib qolganiga xos simptomlar pulsning sekinlashuvi, arterial bosimning kamayishi, yurak qisqaruvchanligi va tonusning pasayishi ko'riladi (miokarddagi distrofik o'zgarishlar va muskul tolalarining shishib ketganligi munosabati bilan), bu yurakning kengayishi, sust qisqarishi (rentgenologik yo'l bilan tekshirishda) elektrokardiogramma tishlarining yoyilib ketishi yoki hatto yo'qolib qolishi bilan birga davom etadi. Gipotireozda kasallarda xolesterin almashinuvi buzilishi natijasida ateroskleroz bilan kasallanish va semirib ketishga (tireogen semizlik deb shunga aytiladi) moyil bo'lishini aytib o'tish kerak. Kasallik sekin o'tadi, bir necha yillar davom etadi.

Hazm tizimi. Shilliq pardalar qalinlashadi, shuning uchun til katta bo'lib qoladi (shu qadar kattalashib ketadiki, hatto og'izga sig'may qoladi, shuning uchun kasallar og'zini ochib turadi), Kasallar ichak atoniyasi munosabati bilan doim ich qotib yurishi va meteorizmdan qiynaladi. Me'da sekretiysasi susayadi. Jinsiy azolar funksiyasi ham juda susayadi.

Laborator o'zgarishlar. Anemiya va limfotsitoz neytropeniya avj oladi. Qonda yod miqdori juda kamayib ketadi.

Davosi qalqonsimon bez preparatlarini uzoq muddat yuborib turishdan iborat (o'rnini bosuvchi terapiya). Qalqonsimon bez garmonlari, bezda tayyor holda bo'ladi. Shuning uchun uni organizmga kiritish uchun, hayvonlardan bez to'qimasiga-yangi yoki quritilgan to'qimasini olish mumkin. Qalqonsimon bez preparatlari tireodindir. Tireodin 0,03 g dan 0,1 g gacha kuniga 2-3 martadan buyuriladi. Tireodin ta'sirida kasallar tamomila boshqacha bo'lib qoladi: 3-4 haftadan keyin hamma o'zgarishlar yo'qolib ketadi va mehnat qobiliyati asliga keladi. Bunday kasallarga keyin ham vaqt-vaqti bilan qalqonsimon bez preparatini ichib yurishga to'g'ri keladi, chunki davo to'xtatib qo'yilsa kasallik simptomlari yana paydo bo'ladi. Preparat dozasi ehtiyot bo'lib tanlanadi va pulsni sanab borish yo'li bilan nazorat qilib turiladi; taxikardiya kuzatilsa, tana vazni kamaysa davoni vaqtincha to'xtatish kerak.

Gipertireoz (Greyvs-Bazedov kasalligi)

Diffuz toksik buqoq (Bazedov kasalligi-morbus Basedowi (tireotoksikoz)) neyrohumoral sistemada yuzaga keladigan o'ziga xos o'zgarishi, organizmdagi

qon tarkibida tireoid garmonlarni miqdori ortishi bilan kechadigan kasallikka tushuniladi. Qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi to'qimalarni kislorodga bo'lgan talabini oshiradi, energetik jarayonlarni tezlashtiradi, nerv, qon – tomir va boshqa sistemalarning funtsiyasiga ta'sir qiladi. Ayollar erkaklarga nisbatan 5-10 marta ko'proq kasallanadilar.

Etiologik omillari qalqonsimon bezning yallig'lanishi (tireoidit), garmon ishlab chiqaruvchi o'smalar (toksik adenoma)lardan so'ng kelib chiqadi. Shu kasallikka moyil bo'lgan kishilarda kasallikning avj olishiga sabab bo'ladigan ruhiy travmalar; vahima (stress); jinsiy sferaga aloqador endokrin o'zgarishlar (jinsiy funktsiyaning boshlanish davri, abort, klimaks boshlanishi); qalqonsimon bezda asorat «qoldirgan ba'zi yuqumli kasalliklar, shuningdek endemik bo'qoq ham sabab bo'ladi. Konstitutsional va oilaviy moyillikning ahamiyati bor. Shu bilan birga boshqa bezlarning giperfunktsiyasi ham qalqonsimon bez giperfunktsiyasiga olib keladi. Bu omillardan tashqari ruhiy travma, infeksiyalar va irsiy omillarning kasallik rivojlanishiga roli kattadir. Qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi organ va to'qimalarda har xil o'zgarishlarga olib keladi, shu bilan birga oqsil, yog', uglevod, suv va tuzlar almashinuvi ham buziladi. Qalqonsimon bez kattalashib, bez garmoni-tiroksin ishlab chiqarish funktsiyasi keskin darajada kuchayib ketishidan iborat. Qalqonsimon bez preparatini (tireoidinni) talay miqdorda organizmga kiritish yo'li bilan o'sha simptomlarni tajribada ham yuzaga keltirsa bo'ladi. Qalqonsimon bezni operatsiya yo'li bilan olib tashlashdan so'ng uning simptomlari yo'qoladi.

Miya ortig'i funksiyasining ortishi basedov kasalligida qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi bilan gipertrofiyasiga olib keladi. Miya ortig'i, tireotrop garmonni, yani qalqonsimon bezni stimullaydigan garmonni ko'plab ishlab chiqarib turadi.

Keyingi mexanizmga muvofiq, qalqonsimon bez funktsiyasining buzilishiga (kuchayib ketishiga) olib keladigan o'zgarishlar oraliq miyaga, jumladan kulrang do'mboqqa, balki miyachaga ham bog'liq, chunki shu tuzilmalariga ba'zi qismlariga ta'sir ko'rsatish yuzasidan qo'yilgan tajribalarda qalqonsimon bez giperfunktsiyasiga aloqador talaygina o'zgarishlarni keltirib chiqarish, qalqonsimon bezning o'zida esa, struktura o'zgarishlarini topish mumkin bo'ldi. Basedov kasalligining nerv nazariyasi tarixan eng eski nazariya. Avvalo, klinika tajribasi kasallikning kelib chiqishi nervlarga aloqador ekanligini ko'rsatadi, shunda ham nerv sistemasi oliy bo'limlarining-miya yarim sharlari po'stlog'ining yetakchi ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi.

Qalqonsimon bezning ortiqcha miqdorda ishlab chiqaradigan garmoni sifati jihatidan o'zgargan bo'lishi mumkin (disfunktsiya). Bu garmon ta'sir etganda, asosan simpatik nerv sistemasini, lekin qisman parasimpatik nerv sistemasini ham qo'zg'atadi (markazlarini).

Patologoanatomik jihatdan odatda qalqonsimon bezning, ba'zi, hollarda, diffuz ravishda, boshqa hollarda, tugun-tugun bo'lib kattalashgani aniqlanadi (struma). Mikroskop ostida tekshirilganda pufakchalar yassi epiteliysining tsilindrik epiteliyga aylanib, keskin proliferatsiyaga uchraganligi ko'riladi, natijada manzara adenomaga o'xshab qoladi molekulalar deyarli yo'qolib ketadi, kolloid esa bo'yalmay qoladi, chunki suyuqlanib, yoddan mahrum bo'lsa ajab emas. Bez

qonga to'lganligi bilan ajralib turadi. Normal qalqonsimon bez parenximatoz elementlarining giperplaziyasidan iborat bo'lgan xili bilan yallig'lanishi yoki sklerotik jarayon natijasida oldindan o'zgarib qolgan bezning tireotoksik tarzda aynishidan iborat xili, ya'ni ikkilamchi basedov surtmasi tafovut qilinadi.

Boshqa organlardan gipofizda, ko'rish azolarida, shuningdek yurakda (yurak muskuli distrofiyasi) va jigarda (tsiroz, gepatit) yuzaga kelgan o'zgarishlar ko'riladi. Bu kasallikda asosan moddalar almashinuvi kuchayishi kuzatiladi.

Kasallikning klinik manzarasi bemorlar asabiylashib bezovtalanib turadigan bo'lib qoladi, umuman holsizlanib, ko'p terlaydi, badani qizib, uyqusi buziladi, yuragi o'ynab turadi. So'zlarni to'liq aytishi ham buzilib bazan so'zlar chala gapiriladi, bir so'z tugatilmay boshqa so'zga o'tish holatlari ham bo'ladi.

Kasallik manzarasi avvalo ma'lum simptomlar triadasidan a) bezdagi o'zgarishlar (strumadagi); b) ko'zdagi o'zgarishlar v) yurak (taxikardiya) va boshqa azolardagi o'zgarishlardan iborat bo'ladi.

Ko'zdan kechirish . Bemorlar ko'p gapiradilar va ko'p kerakmas harakat qiladilar. Teri qoplamlari nam va paypaslaganda issiqdir. Teri elastikligi yuqoriligi va kech ajinlar (burma) paydo bo'lganligi munosabati bilan bemorlar yosh ko'rinadilar. Teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, oruqlanish kuchayishi munosabati bilan mushaklar atrofiyalanadi. Bazi bemorlarda autoimmun mexanizmlar natijasida miksedema belgilari namoyon bo'ladi. Bu tizza oldi qismi teri qoplamlarini o'zgarishi bilan kechadi. Teri qattiqlashadi va shishadi, teri rangi o'zgaradi. Qalqonsimon bezning kattalashuvi buning asosiy simptomi hisoblanadi. Bezning kattalashuvi diffuz va tugunchali bo'lishi mumkin va palpatsiyada yumshoqdir, xususan kasallikning boshida, keyinchalik u bezda odatda qo'shuvchi to'qima paydo bo'lishi tufayli qattiqroq bo'lib qoladi. Qalqonsimon bezning kattalashuvini 5 darajasi farqlanadi. I-darajada bezning boyinchasi yutinganda paypaslanadi. II-darajada bez yaxshi paypaslanadi va yutinganda yaxshi ko'rinadi. III-darajada bez yaxshi ko'rinadi (qalin bo'yin). IV-darajada kattalashgan zob bo'yinni deformatsiyaga uchratadi. V-darajada bez juda katta razmerdadir.

Qalqonsimon bez auskultatsiyasi: bez ustida sistolik shovqin eshitilishi mumkin, bu shovqin stetoskop bilan bosganda va bemor boshini egsa kuchayadi.

Qalqonsimon bezning faqat bir bo'lagi kattalashuvi yoki struma to'sh orqasida retrosternal joylashgan bo'lishi ham mumkin, bunda faqat rentgenologik yo'l bilan tekshirish natija beradi. Ko'zning chaqchayib turishi (95 surat) ko'pincha ikkala ko'zga, bazanda bitta ko'zga bo'ladi. Bunda odam yuzi qo'rqandek, ba'zan butunlay dahshatda qolgandek ko'rinadi.



Bazedov kasalligi avj olmagan davrida, kasalning tikilib boqishi, xususan ko'zning yaltirrab turishi xarakterli.

Bemorlarda avtorlar bo'yicha quyidagi ko'z simptomlari farqlanadi;

1. Grefe simptomi: ko'z soqqasi pastga harakat qilganida ustki azolarining orqada qolish ko'riladi, shuning natijasida ko'z qorachig'i ustida sklera yo'li ko'rinib turadi;

2. Mebius simptomi- ko'zlar konvergentsiyasining yetishmovchiligi: qanday bo'lmasin buyum (barmoq) bemor ko'zlariga yaqinlashtirilganida, ko'zlar uzoq bir nuqtaga qarab turolmaydi va ko'z soqqasining bittasi yoki ikkalasi g'ayri ixtiyoriy ravishda bir tomonga og'ib ketadi;

3. Ko'zning kam va chala ochilib yumilishi, bu ustki qovoqning orqada qolishi bilan ham, ko'zning chaqchayib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi;

4. Ko'z yorug'ining katta ochilib turishi (lagoftalm), ko'z qovoqlarida pigment to'planishi-Elinek simptomi;

5. Shtelvag simptomi-kiprik harakatini chegaralanishi (kam ko'z yumilishi),

6. Koxer simptomi-ko'z kosasini yuqoriga harakat qildirganda yuqori kiprik bilan ko'z sklerasi orasida oq chiziq hosil bo'lishi;

7. Mari simptomi-uzatilgan qo'llarning mayin titrashi, ekzoftalm-ko'z kosasini tashqariga chiqishi.

Ushbu ko'z simptomlari tegishli ko'z muskullarga innervatsiya qiladigan simpatik nervlar funktsiyasining kuchayib ketishi munosabati bilan kelib chiqadi. Ko'zning chaqchayib turishi simpatik nervdan to'la oladigan ko'z kosasi orbital muskulining zo'r berib qisqarishiga bog'liq, deb hisoblanadi, o'sha muskul bir uchi bilan ko'z kosasining chetiga biriksa, ikkinchi uchi bilan ko'z soqqasidagi orqa qutbga birikkan bo'ladi, bundan o'sha muskul zo'r berib qisqarganida, ko'z olmasining tashqariga chiqishi kuzatiladi; Grefe simptomi ustki qovoqni ko'taradigan muskul -zo'r berib qisqarishiga bog'liq.

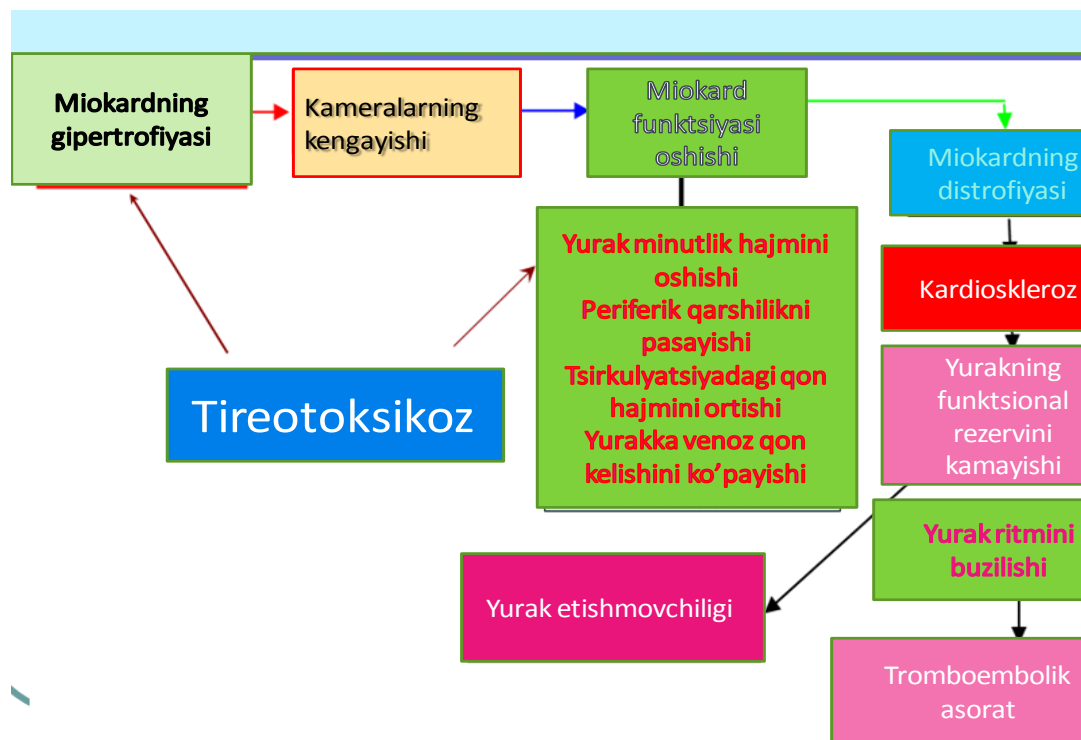
Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Bunday tanqislikni kamaytirish uchun oksidlovchi fermentlar aktivligi oshishi hisobiga oksidlanish jarayonlari kuchayadi. Oksidlanish jarayonlarini kuchayishi yog'lar va glikogenni

parchalanishi hisobiga bo'ladi. Bu kompensator mexanizmlar makroergik fosfatlar tanqisligini bartaraf qila olmaydi. Organ va azolarni ko'p ishlashini taminlash uchun oqsil kerak bo'ladi, oqsil sintezi buzilganligi munosabati bilan bu jarayon ham buziladi. Shu munosabat bilan organ va to'qimalarga distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu distrofik o'zgarishlar yurak, jigar, buyrak va boshqa azolar faoliyatini buzilishiga olib keladi.

Yurak-qon tomir tizimi (96 surat). Taxikardiya bo'ladi, simptom tariqasida ba'zan, kasallikning birdan-bir belgisi bo'ladi. Bemorlar yuragining o'ynab turishini sezadilar, puls to'la va tarang bo'ladi. Arterial bosimi biroz ko'tariladi, minimal arterial bosim pasayadi. Kapillyarlar pulsatsiyasi kuzatilishi mumkin. Qon aylanish tezligi tezlashgan, aylanib turadigan qon massasi bilan minutlik hajmi ko'payadi. Kasallikning dastlabki davrida yurak o'zgarmaydi, zarbi kuchaygan, tonlar juda kuchaygan bo'ladi. Keyinchalik yurak gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi belgilari yuzaga keladi, ritm buziladi, bo'lmalar titrashi va ekstrasistoliya ko'rinishida yuzaga chiqadi. Mitral klapan proektsiyasida funktsional shovqinlar, shu bilan birga, sistolik va ba'zan, diastolik shovqin ham eshitiladi. Tireotoksikozda yurak yetishmovchiligiga xos o'zgarishlar bo'lib, qon dimlanishi belgilari kelib chiqadi. Yurak qon tomir faoliyatini kuchli buzilishi hisobiga tireotoksik yurak vujudga keladi yani yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Bundy bemorlarda nafas olish yuzaki, tezlashgan, bu nafas olish aktida ishtirok etadigan mushaklar tonusi pasayishi hisobiga bo'ladi. Bemorlarda hansirash, quruq yo'tal paydo bo'ladi. Bu kichik qon aylanish doirasida dimlanish tufayli bo'lsa bir tomondan, ikkinchi tomondan kattalashgan qalqonsimon bez traxeya va bronxlarni qisishi hisobiga bo'ladi (retrosternal zobda). Bazedov kasalligida yurak simptomlarining kelib chiqishiga, bir tomondan, vegetativ nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va moddalar almashinuvining kuchayganligi sabab bo'lsa, ikkinchi tomondan miokarddagi distrofik o'zgarishlar sabab bo'ladi (sababi miokardning holdan toyishi va ortiqcha bez garmonining zaharli ta'sir ko'rsatishi).

Nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Ortiqcha qo'zg'alish, titrash, xususan oldinga uzatilgan qo'llarning titrashi, oyoqlar, bosh, ayrim muskul gruppalarining titrab turishi ko'riladi; bemorlar besabr, shoshqaloq bo'ladi, ba'zan psixozlar kuzatiladi. Pay reflekslari kuchaygan bo'ladi, tireotoksik nevrалgiya, nevritlar rivojlanadi.

Qondagi o'zgarishlar. Oqsil bilan bog'langan yodning ko'pligi, qalqonsimon bezda **131I** yuqori darajada yutilish ko'rsatkichi, qonda bez garmonlari miqdori triyodtironin (T3) va tiroksin (T4) oshishi, asosiy almashinuv ko'rsatkichlarining kuchayishi namoyon bo'ladi. Qondagi nospetsifik o'zgarishlar gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EChT oshishi, siydik bilan mochevina, kreatinin ajralib chiqadi, kaltsiyni siydik va najas bilan ajralishi ko'payadi.



Oqsillar zo'r berib parchalanadi, qand almashinuvi izdan chiqadi (qondagi qand miqdori ko'payadi, ovqat nagruzkasidan keyin esa, siydikda ham qand paydo bo'ladi), qonda xolesterin miqdori kamaygan bo'ladi, disimilyatsiya jarayonlari assimilyatsiya jarayonidan ustunroq turadi. Natijada odam basedov kasalligiga xos tarzda ozib ketadi. Odam haddan tashqari tez ozib ketishi mumkin, biroq ahvoli yaxshilanganda vazni yana tez ortib boradi.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, bu o'z navbatida tanada issiq hosil bo'lishiga va makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Tana temperaturasi odatda 37,5 gacha, ahyon-ahyonda 38 gacha va bundan ortiqroq ko'tarilishga moyil bo'ladi. Kasallar badani qizib turishi va hadeb terlayverishidan qiynalib, yengil kiyinib yuradi, kechasi esa, yopinib yotadi. Zo'r berib issiq ajralib turadigan bo'lganligidan teri qizg'ish bo'lib turadi, odatda teri ham, yupqa va elastik bo'ladi keskin dermografizm kuzatiladi.

Qalqonsimon bez funksiyasi, shu bezning nishonlangan yodni tutib qolish xususiyatiga qarab tekshiriladigan bo'lsa, funksiyasi odatda kuchaygan bo'ladi.

Hazm azolari tomonidan me'da sekretsiasining kuchayishi, ishtaha kuchayishi, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ich suyuq ketishi va qayt qilish xarakterli, bazan ichi kabziyat bilan o'tadi. Ichaklarda uglevodlar so'rilishi kuchayib qandli diabet kartinasini beradi. Jigarda yog'li infiltratsiya yuzaga kelishi munosabati bilan u kattalashadi, bilirubinni kon'yugatsiyalash funksiyasi buzilishi tufayli toksik sariqlik yuzaga keladi. Bu kasallikning og'ir ko'rinishlari jumlasiga kiradi. Jinsiy funktsiya ko'pincha izdan chiqqan bo'ladi (hayz kamayib qoladi); ko'krak bezlarining yaxshi yetilib qolishi, jinsiy moyillik susayishi kuzatiladi, kasallikning o'tishi har xil bo'ladi va bilinmaydigan yengil formalaridan tortib (gipertireoz), o'tkir holda kechadigan og'ir jarayongacha boradi. Yurak bilan jigarda tobora zo'rayib boradigan o'zgarishlar yuzaga kelishi xavfli, bu

o'zgarishlar o'limga olib borishi mumkin. Suyaklar va mushaklar tomonidan osteoporozlar kuzatiladi.

Kasallikning kechishi bo'yicha yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir shakllari tafovut qilinadi. Engil shaklida puls chastotasi 100 martagacha minutda bo'ladi, bemorlar 3-5 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30% gacha oshadi. Kasallikning o'rtacha og'irlikda kechish shaklida puls chastotasi 100-120 marta minutda, bemorlar 6-10 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30-60% gacha meyorga nisbatan oshadi. Og'ir daraja bilan kasallangan bemorlarda kaxeksiya kuzatilib, ko'p vazn yo'qotadilar, kuchli taxikardiya yurak urishi 120dan ko'payadi, asosiy almashinuv meyorga nisbatan 60% dan oshib ketadi. Bu holatda bemorlarda hilpillovchi aritmiya, yurak va buyrak usti bezi yetishmovchiligi, jigarni shikastlanish belgilari qo'shiladi.

Tireotoksik kriz. Diffuz toksik buqoqning hayotda xavf soladigan asoroti tireotoksik krizdir. Buning rivojlanishiga stress holatlari, operatsion muolajalar, infeksiyalar rol o'ynaydi. Ko'p miqdorda tireoid garmonlarning qonda tushishi va tireotoksikoz simptomlarining kuchayib ketishi bilan tireotoksik kriz yuzaga chiqadi. Bemorlarda tana harorati 38-40°C gacha ko'tariladi, ruhiy qo'zg'alishlar, allaxsirash, galyutsinatsiya kuzatiladi, puls chastotasi 150 martadan ko'payib ketadi, hilpillovchi aritmiya yuzaga chiqadi ko'pincha, qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, bemorlarning ichlari suyuq o'tadi, bazan terilari sarg'ayadi, holdan ketish, qayt qilish hodisalari kuzatiladi, mushaklar gipotoniya yuzaga chiqadi. Bemorlarda og'ir darajadagi suvsizlanish vujudga keladi, qon plazmasida natriy, kaliy va xloridlar konsentratsiyasi kamayib ketadi. Qalqonsimon bezda yod to'planishi bilan birga bezning garmonal faolligi oshadi. Og'ir holatlarda o'tkir yurak, jigar, buyrak usti bezi yetishmovchiligi rivojlanadi. Bemorlarda koma rivojlanib o'limga olib kelishi mumkin.

Davosi asosan xirurgik, ya'ni bezning kattagina qismini olib tashlash. Yurakka aloqador hodisalar operatsiya qilishga monelik qilmaydi, chunki boshqa davo vositalari naf bermaydi, operatsiyadan keyin esa qon aylanishi yaxshilanadi. Operatsiya qilishdan oldin yodning kichik dozalari bilan davo kursi o'tkazish zarur. Yod yoki lyugol eritmasi ko'rinishida 10,0 gr kuniga 15 tomchidan 1-3 marta, yoki 5% li kaliy yodid eritmasi ko'rinishida kuniga 5 tomchidan 3 marta 3 hafta davomida beriladi. Yod bilan davolash kursidan keyin bemorlarning umumiy ahvoli odatda ancha yaxshi bo'lib qoladi, asosiy almashinuv pasayadi, kasallikning boshqa ko'rinishlari ham susayadi va operatsiya osonroq o'tadi. Yod bilan davo qilish aksariyat hollarda kasallikning uzoq bosilib turishiga (yoki bemorning tuzalib ketishiga) olib kelishi mumkin.

Yod bilan davo qilish shunga asoslanganki, qonda anorganik yod miqdori ko'payadi (organik yod miqdori esa kamayadi) va yod qalqonsimon bezda zo'r berib to'planadi. Yod o'rniga diyodtirozin va betazin qo'llash ham tavsiya etiladi (0,05-0,1 g dan kuniga 3 marta).

So'ngi vaqtlarda - tiouratsil bilan davolash usuli muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Davo kursi 2 hafta mobaynida 0,2 g dan ovqatdan keyin kuniga 3 marta, keyin esa 2 hafta mobaynida 0,2 g dan kuniga 2 marta va, nihoyat, 2-4 hafta mobaynida yana xuddi shunday dozada kuniga bir marta preparat ichishdan iborat,

bunday davolash umumiy almashinuvining biroz pasayishiga, simpatik nerv qo'zg'aluvchanligining kamayishiga olib keladi; kasallikning talaygina simptomlarining qaytishi boshlanadi va ba'zan, kasallik uzoq vaqtgacha bosilib turadi. Ba'zan kichik dozada, kuniga 10 birlikdan 2-3 marta insulin bilan davolash yaxshi naf beradi. Rentgenoterapiya juda kam qo'llaniladi. Rentgenoterapiyadan maqsad-X nurlari ta'sirida qalqonsimon bez to'qimasining bir qismini yemirish. Shu usul bilan davolashda qanday dozada nurlantirish masalasi qiyinchilik tug'diradi. Odatda bezning turli maydonlariga 3-4 marta nur beriladi. Bu usulning kamchiligi shuki, u bezda chandiq va bitishmalar paydo bo'lishiga yordam beradi, bu keyinchalik operatsiya qilishni qiyinlashtirib qo'yadi. Bazedov kasalligiga muhtalo bo'lgan bemorlarga nishonli yod yordami bilan (**J131** bilan) davolash qilishning yangi usuli juda foydali; radioaktiv yod 5-6 mill. kyuridan 1-2 marta yoki kurs ko'rinishida mayda dozalar bilan beriladi. Bu usul tufayli kelajakda operatsiya usuliga hojat qolmasa kerak. Yuqorida tasvir etilganlardan tashqari, nerv sistemasini tinchlantiradigan moddalar (lyuminal, brom, xinin va boshqalar), shuningdek simpatik nerv qo'zg'aluvchanligini kamaytiradigan preparatlar (vorsinkalardan olinadigan ergotaminni kuniga 3 marta 0,1-0,2 mg dan teri ostiga yuborish) ahamiyatga ega. Ovqat, sut va o'simliklardan tayyorlangan, lekin mo'l va sifatli bo'lishi kerak.

Mavzu №9. Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuv tizimi kasalliklari

Qandli diabet (diabetes mellitus) bu meda osti bezining β -hujayrasi yetishmovchiligi yoki kontrinsulyar garmonlar ko'payishi hisobiga insulin ishlab chiqarilishi kamayishi yoki uning inaktivatsiyasi tufayli moddalar almashinuv buzilishi bilan kechadigan kasallikdir. Qandli diabet meda osti bezining langergans orolchalarida β -hujayralari birlamchi yoki ikkilamchi yetishmovchiligi natijasida insulin sintezi (absolyut va nisbiy) kamayishi va qonda va siydikda glyukoza miqdorini oshishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) da qayd etilishi bo'yicha, bu kasallikka asosan ovqat maxsulotlarini haddan ziyod istemol qilish, semizlik, stress va kamharakatchanlik ko'pincha sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda qandli diabet bilan kasallanish ko'payib bormoqda. Kasallanish semiz kishilarda va yoshi o'tgan odamlar orasida ko'proq uchraydi, yoshlar (bolalar) orasida uchrashi ham inkor qilinmaydi.

Etiologiyasi, patogenezi. Qandli diabetni patogenezig qarang 2 guruhga bo'lish mumkin; **I-tip insulinga bog'liq va II tip insulinga bog'liq bo'lmagan turi.** Insulinga bog'liq bo'lgan I tipi rivojlanishida autoimmun mexanizmlar rol o'ynaydi ya'ni meda osti bezi β -hujayralariga (antigen HLA-B 8, HLA-B 15 mana shu antigen mavjud kishilarda kasallik rivojlanishi 2,5-3 baravar oshadi) qarshi antitelo ishlab chiqariladi, bunga asosan virusli infeksiyalar rol o'ynaydi. Insulinga bog'liq bo'lmagan II tip rivojlanishiga irsiy moyillik rol o'ynaydi, bu tipdagi qandli diabetning geni 11 xromasomaning elkasiga joylashgan deb hisoblanadi. Kasallikning keltirib chiqaruvchi patogenetik omillar;

1. Meda osti beziga bog'liq bo'lgan sabablar (langergans orolchalari yallig'lanishi, o'smasi, qon tomirlari trombozi yoki embollari, yon atrof o'smalarini langergans orolchalarini qon bilan ta'minlovchi tomirlarni siqib qo'yib ishemiyaga olib kelishi, langergans orolchalari genetik yetishmovcniligi va h. k.).

2. Meda osti beziga bog'liq bo'lmagan sabablar (kontrinsulyar garmonlar ko'payishi m: buyrak usti bezi, qalqonsimon bezi garmonlari, glyukagon garmoni, gipofiz garmonlari, insulinaza fermenti va boshqalar.

3. Insulinning aminokislotalar zanjiridagi aminokislotalar ketma-ketligi buzilishi yoki ikala zanjir orasidagi bog'ning uzilishi yoki shu zanjirlarni rux elementi bilan bog'lanishini buzilishi tufayli yuzaga keladi.

4. Langergans orolchalari travmalari (pichoq, avtokatastrofa, jang maydonida olingan travmalar va b.q.) natijasida yuzaga keladi.

5. Langergans orolchalarii toksik shikastlanishi (allakson, ditizon).

6. Langergans orolchalarini sistemali kasalliklar ta'sirida yoki boshqa a'zolar yetishmovchiligida hosil bo'ladigan toksinlar ta'sirida shikastlanishi.

7. Langergans orolchalarini infeksiyon shikastlanishi natijasida.

8. Langergans orolchalarini radiotoksinlar natijasida shikastlanishi.

9. Langergans orolchalariga yaqin joylashgan a'zolar yallig'lanishining orolchaga o'tishi va h. k.

10. Alfa hujayralari giperproduksiyasi natijasida glyukagonning ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi.

11. Organizmning insulinga bo'lgan sezuvchanligini pasayishi.

12. Organizmni shu jumladan langergans orolchalarini yog' bosishi.

13. Gemoxromatoz (bronzoviy diabet)-bunda β -hujayralarda temir to'planib qoladi natijada insulin sintezi buziladi.

14. Irsiy omillarning rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

15. Noxush omillar(ruhiy iztirob, meda osti bezi kasalligi muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va h.k) ta'siri ostida rivojlanadi.

16. Ko'p miqdorda ovqat istemol qilish.

17. Itsenga- Kushing sindromi.

Bu ko'rsatilgan sabablarning hammasini birlamcni va ikkilamchi qandli diabet yoki insulinning absolyut yoki nisbiy yetishmovchiligiga olib keladi. Insulinning absolyut va nisbiy yetishmovchiligi mushaklarda va yog' hujayra membranalarida, glyukozani, aminokislotalarni, yog' kislotalarni, fosforni, kaliy va natriyni o'tkazuvchanligini pasaytiradi, buning oqibatida glyukozaning almashinuvi orqali boshqa moddalarga o'tishi buziladi yoki glyukozani fosforillanishi susayadi. Bunday holatlarda langergans orolchalari β -hujayralarida insulinning sintezi yetishmovchiligi yoki uning faolligini pasayishi yuzaga kelib, qonda va keyinchalik siydikda glyukoza miqdori oshib ketishi kuzatiladi.

Qandli diabet modda almashinuvi asosan uglevod, yog'lar, oqsil va suv va mikroelementlar balansini buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasalliklardan biridir. Noxush omillar (ruhiy iztirob, me'da osti bezi kasalligi muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va h.k) ta'siri ostida rivojlanadi. Kasallik mohiyati organizmning organlari va to'qimalariga ovqat bilan tushgan qand moddasini yig'ish qobiliyatining buzilishidan iborat. Singmagan

qand qonga tushadi va siydikda paydo bo'lib siydik orqali tashqariga chiqadi. Me'da osti bezida pankreas orolchalar nomini olgan orolchalar bo'lib, ularni birinchi bo'lib tasvirlagan olim sharafiga Langergans orolchalari deyiladi. Orolcha hujayralarida organizmda qandning singishiga imkon beradigan insulin garmoni ishlab chiqariladi. Insulyar apparati faoliyati butun neyroendokrin sistema bilan bog'langan va uning biror zvenosidagi buzilishlar bu apparat funktsiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Uglevodlar almashinuvining buzilishi insulinning yetishmovchiligi glyukoneogenez, glikogenoliz jarayonlarini kuchaytiradi va jigar va mushaklarda glikogen sintezining buzilishi bilan kechadi. Meyorda siydik hosil bo'lishi jarayonida qandning kanalchalardagi birlamchi siydikdan qayta so'rilishi ro'y beradi. Qondagi qand miqdori anchagina oshganda teskari so'rilish jarayoni buziladi va siydikda qand paydo bo'ladi. Siydik orqali katta miqdorda qand va suv ajralishi organizmning suvsizlanishiga, kuchli chanqoqlikka sabab bo'ladi. Natijada qand organizmga singmaydi va u organizmning hayot faoliyatida yetarlicha qatnashmaydi. Organizm to'qimalar va organlaridagi oqsillar va yog'lardan energiya resurslarini safarbar qiladi bu tobora oriqlab ketishiga olib keladi.

Uglevod almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligida glyukoneogenez va glikogenoliz jarayonlari kuchayadi va glikogen sintezi pasayadi. Uglevod almashinuvi buzilishi natijasida giperqlikemiya va glyukozuriya yuzaga keladi. Bu bir tomondan glyukozaning mushaklarga sekin o'tishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ularni yog' to'qimalarga o'tishi sekinlashishi hisobiga bo'ladi. Ularning fosforlanish jarayoni sekinlashishi uning parchalanishini sekinlashtiradi, glikogen sintezi buziladi, uglevodlarni yog'larga aylanishi susayadi. Glikogen jigardan parchalanib glyukozaga aylanadi va qonga o'tadi. Glikogenli aminokislotalardan ham glyukoza hosil bo'ladi.

Oqsil almashinuvi buzilishida glikogenli aminokislotalardan glyukoza sintezi borishi, organizmdagi oqsillar parchalanishi kuchayadi, shu tufayli oqsil sintezi buzilishi kuzatiladi va trofik yaralar hosil bo'ladi, yaralarni bitishi qiyinlashadi.

Yog'lar almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligi natijasida organizmda lipoliz jarayonlari kuchayadi, qonda erkin yog' kislotalar to'planishiga olib keladi. Yog'lar oxirigacha parchalanmaydi (yonolmaydi), qonda yog'ning chala yongan maxsulotlari ko'payadi. Yog'lar almashinuvi buzilishi bu yuqori yog' kislotalar va neytral yog'larning uglevodlardan hosil bo'lishi buziladi. Bu bemorlarni ozishiga va jigarni yog'li infiltratsiyasiga olib keladi. Bu ketozga olib kelib, qonda atseton, β -oksimoy, atsetouksus kislotalar to'planishiga olib keladi va siydik bilan ham ajraladi. Keton tanachalarni qonga to'planishi diabetik komaga olib keladi.

Suv va elektrolit almashinuvi buzilishi. Buyrak kanalchalarida osmotik bosimning ortishi suvning qayta so'rilish jarayonini sekinlashtiradi, poliuriyaga olib keladi va bu suv va elektrolit almashinuvi buzilishiga olib keladi. Siydik bilan birga ko'p miqdorda natriy, kaliy elementlari chiqib ketadi.

Insulin yetishmovchiligi vitamin B6 ning fosforillanish jarayonini buzilishiga olib keladi va bu nevrologik belgilarni polineuropatiyalar yuzaga chiqishiga olib keladi.

Patologo-anatomik o'zgarishlar. Meda osti bezida β -hujayralarni kamayganligini, ularni degeneratsiyasini, gialinoz va fibrozli o'zgarishlarini ko'rishimiz mumkin. Tomirlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi, ko'z to'rdasida tomirlar angiopatiyasi (retinopatiya), nerv hujayralarida (neyropatiya), buyrakda (tugunchali glomeruloskleroz, kanalchali nefroz) kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlari farq qilinadi.

1. Diabet oldi bosqichi
2. Yashirin (latent subklinik) diabet
3. Yaqqol (klinik) diabet

Uchlik simptomdan tashkil topgan bu: poliuriya-ko'p siyishdan, kechqurungi siydik miqdori va chastotasi oshishi yani nikturiya, polidipsiya-(tashnalik), polifagiya-ishtaha kuchayishidir. Giperlipidemiya (qonda to'yinmagan yog' kislotalar miqdori oshishi, lipid, xolesterin, fosfolipidlar, triglitseridlar) miqdorini oshishi. To'yinmagan yog' kislotalarni jigarga kelishi, bularni ko'p oksidlanishiga olib keladi va bu o'z navbatida atsetil-KoA hosil bo'lishiga olib keladi va bundan atsetouksus, β -oksimoy kislota, atseton hosil bo'ladi. Giperketonemiya lipid almashinuvining og'ir buzilish turi bo'lib, insulin yetishmovchiligi sharoitlarida 300-400 mg/l yetadi. Bemorlar teri qichishidan, ayollar ko'pincha tashqi jinsiy azolari atrofi qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi. Tana massasi kamayadi, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar, yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi aterosklerotik belgilar og'irlashtirishi mumkin. Tana massasi kamayadi bu asosan suv yo'qotish, oqsil, uglevod, yog'lar katabolizmi hisobiga bo'ladi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tirnash sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin. Tomirlarni shikastlanishi juda xavfli bo'lib, o'limni va nogironlikni asosiy sababi hisoblanadi. Tomirlarni shikastlanishi, spetsifik mikroangiopatiyalar va nospetsifikda makroangiopatiyalar bo'lishi mumkin. Tomirlarni og'ir shikastlanishida ikala holat birgalikda kelishi ham mumkin. Tomirlar, kapilyarlar shikastlanishi natijasida barcha ichki azolarda o'zgarishlar bo'ladi.

Nafas olish tizimi. Nafas tizimi tomonidan organizmning immun sistemasi susayganligi tufayli tez-tez bronxit, pnevmoniya, tuberkulyoz kabi kasalliklar rivojlanadi.

Qon-tomir tizimi: qon tomirlarda aterosklerotik jarayonlar rivojlanib kardioskleroz, stenokardiya, miokard infarkti, kapilyarlar angiopatiyasi, oyoq panjalari gangrenasi kabi kasalliklar rivojlanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan ishtaha kuchayadi (bulemiya), og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, meda sekretsiyasi susayib gipo va axlorgidriya kuzatiladi, jigarda yog'li distrofiya, yog'li infiltratsiyasi bo'ladi, steatogepatit kuzatiladi va tsirroz kelib chiqadi. O't qopida yallig'lanishlar, toshlarni paydo bo'lishi, meda osti bezining sekretor, motor funksiyasini buzilishi kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Qizilo'ngach va ichaklar disfunktsiyasi kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimi. Deyarli 30-35% bemorlarda buyrak tomirlarida ateroskleroz va intrakapilyar glomeruloskleroz Kimmelstil-Uilson rivojlanadi. Buyrak kapilyarlarida almashinuv buziladi, buyrak ishemiyasi natijasida renin-angiotenzin faoliyati oshib qon bosimi oshadi, siydik tekshirilganda proteinuriya, tsilindruriya, mikrogematuriya, izostenuriya aniqlanadi. Bu toifa bemorlarni ko'zdan kechirilganda yuzlarida, qovoqda, oyoqda shishlar ko'rish mumkin, anemiya va EChT oshishini ko'rishimiz mumkin. Buyrak tomirlarida glomeruloskleroz kuchayadi, buyrak yetishmovchiligi boshlanib bemorlar vafot etadi. Bu vaqtda glyukozuriya ham kuzatiladi. Siydikga leykotsituriya, bakteriuriya bo'ladi. Kapilyarlardagi o'zgarishlar tufayli ushbu simptomlar: retinopatiya, gipertoniya, albuminuriya rivojlanadi. Glomerulonefrit, pielonefrit rivojlanadi.

Ko'rish azolari: Yashirin diabetda ko'pincha tomirlarni shikastlanishi diabetning klinikasidan oldin yuzaga chiqadi. Ko'z tubi kapilyarlari angiopatiyasi bo'lib, ko'rish qobilyatini pasayishini, ko'zi xiralashishini misol qilib olish mumkin. Ko'z tomonidan retinopatiya bo'lib, ko'zning to'r pardasida qon tomirlar mikroanevrizmi, venulalarni kengayishi, to'r pardada qon quyilishlar va eksudat yig'iladi, gemorragiya bo'lib, pigment anamaliyasi sariq dog' bo'ladi. Chandiqli o'zgarishlar, to'r parda ko'chishi, shishasimon tanada tomirlar proliferatsiyasi, gemoragik glaucoma kabi o'zgarishlar bo'ladi. Tez-tez katarakta rivojlanib turadi.

Asab sistemasi tomonidan polinevrit, polineyropatiya rivojlanadi. Yuza va chuqur sezuvchanlikni buzilishi, reflekslarni susayishi, harakatni buzilishi kuzatiladi va buning oqibatida og'riqlar paydo bo'ladi. Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi hisobiga insult rivojlanadi. Asab tizimi tomonidan markaziy nerv tizimi, nevrozga o'xshash holatlar, entsefalopatiyalar, mielopatiya shular bilan birga periferik asab tizimi ham shikastlanadi, bosh miya, orqa miya, vegetativ neyropatiya, yurak-qon tomir, hazm tizimi, siydik ajratish tizimi innervatsiyasi buziladi. Oyoq nervlari polineyropatiyasi kuzatiladi. Klinik simptomlari nerv sistemasi shikastlanish xarakteriga bog'liq, parez, paresteziya, sezuvchanlikni buzilishi, ataksik, vazomotor buzilishlar, mushaklarni bo'shalishi, og'riqli sindromlar, xotiraning susayishi va h. k. Vegetativ buzilishlar ter ajralishining buzilishi, ichak motorikasi buzilishi, erkaklar jinsiy faolligini susayishi kabi o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Tomirlarni shikaslanishi asosan kapilyarlarni ichki intima qavatida gialinlar cho'kib qolib, kapilyarlarni o'tkazuvchanligini buzadi va shu tufayli barcha a'zolarida tomirlarga bog'liq o'zgarishlar kelib chiqadi, bu tomirlarni spetsifik shikastlanishiga kiradi va tomirlar mikroangiopatiyasiga olib keladi. Misol uchun

buyrak kapilyarlariga o'zgarish bo'lib, nefropatiya yoki ko'pgina a'zolarida, jumladan ko'z tubida angiopatiya ya'ni tekshirganda kapilyarlari kengayadi to'rparda kapilyarlari angiopatiyasi va h.k. Nospetsifik o'zgarishlarga tomirlarda rivojlanadigan ateromatoz o'zgarishlar kiradi.

Kapilyarlar tomonidan kapilyarlar angiopatiyasi rivojlanadi. Bazan oyoq tomirlari shikaslanib, terisida atrofiya, arteriya dorzalis pedisda pulsatsiyaning susayishi, oyoqlarida og'riq, paresteziya bezovta qilib turadi, harakatda oqsoqlanish (oqsoqlab yurish), keyinchalik kapilyarlarda shunchalik o'zgarish bo'ladiki, almashinuv butunlay buzilib gangrena (diabetik tovon) ga olib keladi.

Suyak mushak tizimi: qandli diabetning dekompensatsiya davrida mushaklar atrofiyaga uchraydi va osteoparozlar kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qizargan, asosan yuz, yonoq sohalari va peshona sohasi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, lunjlari qizarishi, peshonasi, iyak osti qizaradi (rumyanets), kapilyarlar kengayishi (rubeoz) hisobiga, vitamin A almashinuvi buzilishi hisobiga qo'l kaftlari va oyoq tovonlari sarg'ish tovlanadi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tinalish sababli), zamburug'li kasalliklar rivojlanadi, ayollarda tashqi jinsiy azolar sohasida qichish paydo bo'ladi va teri tarangligi yo'qoladi hamda quruq, sovuq, yiringli toshmalar ko'rishimiz mumkin. Badanda va oyoqlarda qiyin bituvchi trofik yaralar hamda oyoqda gangrena ko'rish mumkin (97 a va b surat).



Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar bemorlar labi va tili quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, og'iz shilliq qavatlarida yallig'lanishlar, milklaridan yiring oqadi, gingivit va stomatit rivojlanadi, tishlari paradontozga uchrab tushib ketadi.

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari: qonda glyukoza miqdorining 6 mmol/l dan ko'payishi, qonda qand miqdorining ko'payishi-giperglikemiya, siydikda qand paydo bo'lishi-glyukozuriya (normada bunday bo'lmaydi) bu qonda glyukoza miqdori 8,88 mmol/l (160mg%) bo'lganda yuzaga keladi. Siydik zichligining, miqdorining oshishi, unda keton tanachalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Diabet og'ir yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajadagi uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilgandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan

shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yo'qotadilar. Ularda diabetik koma ham rivojlanishi mumkin.

Diabetik komaning klininik manzarasi. MNS faoliyati buzilishi qayd qilinadi, darmonsizlik, bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Avval qo'zg'alish keyin uyquchanlik vujudga keladi, bemor qusadi, shovqinli nafas oladi, hushidan ketadi. Terisi pushti rang, quruq, arterial bosimi pasaygan. Ko'z soqqalarini barmoq bilan bosib ko'rilganda yumshoq. Bemor og'zidan, terisidan atseton hidi keladi. Siydik tekshirilganda qand miqdori ko'pligidan tashqari, atseton va β -oksimoy kislotalar hosil bo'ladi. Qandli diabetda bu kislotalar sog'lom odamlarda bo'lganidek karbonat angidrid gazi va suvga parchalanmay balki atseton β -oksimoy kislotalar va boshqa atseton tanachalar hosil bo'lish bosqichida tutilib qoladi. O'z vaqtida ovqat istemol qilinmasa, insulin miqdori oshib ketganda gipoglikemik koma rivojlanadi. Terini ushlab ko'rilganda nam bo'ladi kuchli darmonsizlik, barmoqlar titrashi rivojlanadi. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmagan taqdirda bemor hushidan ketadi.

Asorati: Diabetik mikro va makroangiopatiya; Diabetik polineyropatiya; Diabetik retinopatiya; Diabetik nefropatiya; Diabetik tovon (stopa); Miokard infarkti va o'pka sili rivojlanishi mumkin.

Qandli diabet tashxisi mezonlari. Tasodifan tekshirganda bemorlar qon plazmasida glyukoza miqdori 200 mg/% +diabetning klassik simptomari polidipsiya, poliuriya, polifagiya va oruqlash bo'lsa;

- Nahorda qon plazmasida glyukoza miqdori 140 mg/% ikki marta tekshirish natijasida bo'lsa;

- Nahorda qon plazmasida glyukoza 140 mg/%dan kam bo'lsa+2 marta og'iz orqali glyukozaga talerantlik proba o'tkazilganda qon plazmasida glyukoza miqdori balnd bo'lsa. Tahlil uchun olingan qon 2 soatdan so'ng va oraliq sinama 1 soatdan so'ng 75 mg glyukoza qabul qilingandan so'ng, qondagi glyukoza 200 mg/% yoki ko'proq bo'lishi kerak. Glyukozaga tolerantlikka tekshirishga zarurat yo'q, agarda bemor qon zardobida glyukoza miqdori 140 mg/% va undan ko'p bo'lsa.

Qonda glyukoza miqdori, insulin, S-peptid miqdori aniqlanadi. S-peptid meda osti funksional holatini aniqlaydi. Qonda glikolizlangan hemoglobin va fruktozamin (glikolizlangan albumin) miqdorini aniqlash mumkin. Bularning miqdori glyukoza miqdori bilan to'g'ri keladi. Diabetik mikroangiopatiyani aniqlash uchun teri, mushak, lunj, buyrak biopsiyasi usulidan foydalaniladi va bu biopstatlar tekshiriladi. Bundan tashqari oftalmologik hamda buyrakni funksional tekshiruvlaridan foydalaniladi. Bu usullardan tashqari glyukozaga talerantlik tekshiriladi, buning uchun nahorda 200 gr glyukoza ichishga beriladi va 2 soatdan so'ng, qonda glyukoza miqdori tekshiriladi (sog'lom kishilarda meyorga tushadi, kapillyar qonda 6,7 mmol/l (120 mg%), plazmada esa 7,8 mmol/l (140mg%)), agarda meyordan ortiq 10 mmol/l (180mg%) bo'lsa, proba musbat bo'lib, qandli diabet deb tashxis qo'yiladi. Bu proba 2 marta bajariladi.

Giperosmolyar koma

Giperosmolyar komada ham giperglikemiya va qonda giperosmolyar holati yuzaga keladi va qon quyuqlashib ketoatsidoz yuzaga kelmay organizm suvsizlanadi. Bu asosan qandli diabet bilan kasallanganlarning 50 yoshdan yuqorilarida ko'proq bo'ladi. Bunga olib keluvchi omillar qusish, ichning suyuq o'tishi, siydik haydovchi dorilar qabul qilish, ko'p siydik chiqishi bilan birga kam miqdorda suyuqlik istemol qilish, buyrak yetishmovchiligi, gemodializ va badanning katta foizi kuyishlarida kuzatiladi. Organizmning birdaniga suvsizlanishi terining va shilliq qavatlarning qurishiga, volemiyaga, qon bosimini tushishiga, giperleykotsitozga olib keladi. Bu bemorlardan atseton hidi kelmaydi.

Oqibati o'z vaqtida buyrak yetishmovchiligi, tromboz va boshqa sabablarni diagnostikasi bo'lmasligi tufayli o'lim 30-40% ni tashqil qiladi.

Diabetik koma

Diabetik koma qandli diabetning og'ir asorati bo'lib, sekin asta rivojlanadi va bunda organizm, markaziy asab tizimi keton tanachalari bilan zaharlanadi. Organizmda metabolik atsidoz, dehidratatsiya kuzatiladi, elektrolitlar yo'qotiladi. Bemorlar dastlab umumiy lohaslik, uyquchanlik, chanqash, ishtaha yo'qligi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich qotishi yoki ketishi, quloq shang'illashi va bosqalardan shikoyat qiladilar va bo'shshadilar, til quriy boshlaydi. Epigastral sohada va qo'l-oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Bemorlarda nafas o'lishi tezlashadi. Chiqarilayotgan nafasdan o'tkir atseton hidi kelib turadi. Bu holat koma boshlanayotganidan dalolat beradi. Tegishli davo tadbirlari ko'rilmasa, bir necha kundan so'ng bu holat diabetik komaga aylanadi. Bemor asta-sekin es-hushini yo'qotadi, nafas olishi ham buzilib, Kussmaul tipda nafas ola boshlaydi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda teri qizarib tarangligi yo'qoladi va quruq, sovuq, yuzlari qizaradi, lab va til quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, arterial bosim pasayadi, tomir urishi tezlashgan va past. Mushaklar tonusi pasayadi, ko'z olmasi yumshayadi, bemor ancha narida bo'lsa ham atseton hidi bemalol kelib turadi. Pay reflekslari susaygan yoki bo'lmasligi mumkin. Auskultatsiyada plevra ishqalanish shovqini eshitish mumkin. Bemorlar qoni tekshirilganda giperglikemiya (55 mmol/l), giperketonemiya, mochevina, kreatinin miqdori oshadi, atsidoz kuzatiladi, ishqoriy zaxira kamayishi, giperazotemiya, eritrotsitoz, leykotsitoz kuzatiladi va gematokrit ko'rsatkichi baland bo'ladi. Siydik tekshirilganda glyukozuriya va keton (atseton) tanachalari ajraladi. Diabetik koma holatidagi bemorga tezda teri ostiga yoki vena ichiga qondagi qand miqdoriga qarab insulin yuboriladi (qonda normadan yuqori har 2,5-3-4 mmol/l glyukozaga 1 TB insulin qo'llash lozim). Atsidoz holatining oldinini olish maqsadida 2% li soda eritmasidan 1 litrni tomchilab yuborish mumkin. Odatda koma holatida organizmda osh tuzi kamayadi, shuning uchun venaga 0,9%li natriy xlor eritmasi yuboriladi. Yurakda tomir yetishmovchiligi ro'y bersa, kamfora yoki kardiamin beriladi.

Gipoglikemik koma

Gipoglikemik koma qonda qand miqdori 1,9 mmol/l dan kamayishi natijasida vujudga keladi. Buning asosiy sabablari: qandli diabetni davolashda insulin dozasi oshirib yuborilishi natijasida va bazanda ochlikdan so'ng uzoq muddat ovqat qabul qilmasa hamda meda osti bezi insulomasida paydo bo'ladi. Kasallik

to'satdan boshlanishi bilan xarakterlanadi. Bemor o'zida ochlik sezadi. Umumiy darmonsizlik, terlash, qo'l-oyoq badan titrashi, yurakning qattiq va tez-tez urishi, arterial bosim o'zgarishligi mumkin, puls tezlashishi qonda qand kamayib ketishi kabi holatlar kuzatiladi. Gipoglikemik komaning diabetik komadan farqi: 1) gipoglikemik koma to'satdan paydo bo'ladi, 2) diabetik komada qon va siydikda asta-sekin qand ko'payadi va siydigi bilan atseton tanachalri ajraladi. Gipoglikemik komada esa bu belgilar kuzatilmaydi (qon va siydikda qand bo'lmaydi). Bemor hushidan ketgan bo'lsa, venaga 20-40ml 40% li glyukoza eritmasi in'yeksiya qilinadi. Bundan tashqari teri ostiga 0,01% li adrenalin eritmasidan 0,5ml yuboriladi. U qondagi qandning tezda normaga kelishiga imkon beradi. Gipoglikemik koma tez orada o'tib ketishi mumkin. Agar gipoglikemik komani diabetik koma bilan almashtirib insulin berilsa, bemor halok bo'lishi mumkin. Shuning uchun tibbiy xodim insulin oluvchi bemorlar ahvolini diqqat e'tibor bilan kuzatib borishi, gipoglikemik komaning dastlabki belgilari ko'inishi bilanoq yordam choralarini ko'rilishi lozim. Bemorga tezda yengil hazm bo'ladigan uglevodlar: 30-50gr qand, murabbo, asal, konfetlar, pechenelar beriladi.

Qandli diabetni davolash va oldini olish. Kasallikning davolash uchun, engil og'irligiga qarab davolanadi va 3 yo'nalishda olib boriladi:

1. Dieta orqali.
2. Peroral qandni pasaytiruvchi dorilar orqali.
3. Insulin bilan davolash.

Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lganligi sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo'llanilguncha dietaterapiya o'tkaziladi. Kasallikning davolashda asosiy o'rnini parhez egallaydi. Kasallikning yengil formalarida bemorlar parhezga rioya qilsa va qandli diabetga qarshi dorilar qabul qilmasa ham tuzalib ketishi mumkin. Parhez ni diabetning boshqa darajalarida (o'rta va og'ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda parhezning sutkalik energetik qiymatini quyidagicha aniqlanadi. Kunduzgi ovqat ratsioni energiya qiymatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi. Agar qandli diabet bo'lgan bemor o'rinda yotoq rejimida bo'lsa (og'ir formasi, o'rtacha og'irlikdagi biror kasallik, qo'shilib kelgan ayrim hollari) bu holda 1 kg tana massasiga 104.6-104.5 kj bo'ladi. Bemor ishini davom ettirib yurgan yengil formasida o'rtacha og'irlikdagi nagruzkada bo'ladigan shaxs 1 kg tana massasiga taxminan 209.3 kj oladi. Diabetli bemor ratsionida oqsillar, yog'lar, uglevodlar va vitaminlarning fiziologik miqdorlari bo'lishi kerak. Har bir holda 1 gr oqsillar yoki uglevodlar taxminan 16.7 kj 1 gr yog'lar esa o'rta hisobda 37.7 kj berishini nazarda tutib ovqatlanishning energetik qiymati hisoblab chiqariladi. Masalan tana massasi 60 kg bo'lgan qandli diabetning yengil formasi bilan kasallangan bemor o'rtacha og'irlikdagi jismoniy ishni bajaradi. Bir sutkada u 25.104 kj olishi kerak. Bu ratsionda uglevodlar 7531 kj oqsillar 3138 kj, yog'lar 1883 kj (uglevodlar 250-300 gr, oqsillar taxminan 180 gr va yog'lar 50 gr ni tashkil qiladi.

Insulinni parhez ovqatlanish bilan davolash natija bermagan hollarda tayinlanadi. Og'ir va o'rta og'irlikdagi qandli diabet va ketoatsidoz, diabetik koma, diabetik angiopatiya, jigar zararlangan va boshqa asoratlari yuzaga chiqqan bo'lsa

insulin qo'llashga ko'rsatma hisoblanadi. Insulin bilan davolash taktikasi: 2,5-5 gr glukozani (o'rta hisobda 4gr) o'zlashtirish uchun 1TB insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko'ra talab etiladigan insulin miqdorini o'zlashtirmagan qand deb ataladigan, ya'ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Insulinning sutkalik miqdori bemorning qonidagi qand miqdoriga va tasir qilish vaqtiga qarab tayinlanadi. Insulinni ovqatdan 15-20 min oldin teri ostiga yuboriladi. Keyinchalik zarur bo'lib qolsa siydik va qondagi qand miqdorini hisobga olib insulin dozasi oshirilishi yoki kamaytirilishi mumkin. Qandli diabetni davolashda **qisqa muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**: oddiy insulin 6-8, kit insulini 4-10 soat tasir qiladi. **O'rtacha muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**: insulin semilente 10-12, amorfli suspenziya rux insulin 10-12 soat tasir qiladi. **Uzoq muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**, bular: protamin guruh insulin, insulin-rux suspenziyasi (insulin lente), suspenziya rux insulin kristalik (insulin ultralente), protamin rux insulin preparatlari 30 soatgacha, suspenziya insulin protamin 16-18 soat tasir qiladi. Ular tasiri 24 soatgacha saqlanishi sababli sutkada 1 marta muskul orasiga yuboriladi. Keyingi yillarda qandli diabetga qarshi har xil dorilar butamid (serabed, prostinop) ishlab chiqildi. Bemor charchab qolmasligi ish sharoitini yaxshilash kerak. Organizmda elektrolit balansini muvozanatini tiklash uchun tuzli eritmalar, organizm suvsizlanishini bartaraf etish, atsidozga qarshi kurash olib borish lozim. **Peroral dori darmonlar. Sulfanilamidlar**: butamid (tolbutamid, orabet, rastinon) 0,25-0,5; karbutamid (bukarbon, nadizan, oranil, diaboral) 0,5; xlorpropamid (diabineze, oradian) 0,1-0,25; tsiklamid (diaboral "Erba", gliroksil) 0,25-0,5; xlortsiklamid (oradian) 0,25; glibenklamid (daonil, euglikon) 0,005 va **biguanidlar**: fenetilbiguanid (fenformin dibotin) 0,025t-0,05k; butilbiguanid 0,05-0,1 (adebit, silubin, buformin 0,1); dimetilbiguanid (glyukofag, metformin) 0,5; glibenklamid (maninil) kabi dori moddalari per os tavsiya etilayapti. Bemor charchab qolmasligi ish sharoitini yaxshilash kerak. Ovqat mahsulotlarida uglevodlar me'yorida bo'lishiga e'tibor berish zarur. Qandli diabet kasalligiga uchragan bemorlarga kasallik kechishi haqida tushuncha berish lozim va diabetik, gipoglikemik komaning boshlanish belgilari to'g'risida tushuncha berib qo'yish, komani oldini olish va davolashda katta ahamiyatga ega.

Mavzu №10. Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari.Qon tizimi kasalliklari

Bemorlarni so'rab surishtirish. Qon sistemasi bilan kasallangan bemorlarning shikoyatlari xilma-xil bo'lib, umumiy xarakterda bo'ladi. Bular: holsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, jismoniy ish qilganda hansirab qolish, yurakning tez-tez urishi, ko'z oldi qorong'ulashib, ba'zan hushdan ketish va boshqalar. Bunday shikoyatlar ko'pincha turli sabablarga ko'ra kelib chiqqan kamqonlik (anemiya) da, leykoz, mieloid gipoplaziya kasalliklarida kuzatiladi. Bundan tashqari, tilda og'riq sezgilari, til uchi va chetlarining

achishishi-kamqonlik kasalligining ilk belgisi bo'lishi mumkin. Nekrotik angina, stomatit, milklarning qonashi- leykoz va agranulotsitoz uchun xarakterlidir.

O'tkir leykozda bemorlar yutinganda tomoqda og'riq sezadilar.

Ko'pgina qon kasalliklarida bemorlar ishtaha bo'lmaganligi natijasida juda ozib ketadilar, hatto kaxeziya holatiga borib yetadilar. Bunday holat ayniqsa surunkali leykoz, xavfli limfomalarda qayd etiladi. Temir yetishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi anemiyalarda (xlorozlar) ko'pincha tam bilish buziladi. Bemorlarda sog'lom odam iste'mol qilmaydigan narsalar, ya'ni ko'mir, loy, bo'r, ohak va boshqalarni yeyishga moyillik paydo bo'ladi, hid bilish buzilishi kuzatiladi, bemorlar o'tkir hidli benzin, efir, kerosin va shunga o'xshash narsalarning hidini yoqtiradilar.

Kasallik tarixi. Bemorlarni so'rab-surishtirganda undan uning kasallik boshlanmasdan oldingi ahvoli (quvvatsizlik, isitmalash, turli qon ketishlar) va bemorning fikricha kasallikning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan omil yoki holat (nurlanish, qon ketish, hayz tsiklining holati, gijja kasalligi bor yo'qligi, ovqatlanish tartibi, homiladorligi va uning soni, homiladorlik intervali, me'da ichak tizimi yallig'lanish kasalliklari bilan kasallanganligi va b.), kasallikning har bir belgisi boshlangan vaqt, shu belgilarning yo'qolib ketishi yoki avj olishining xarakteri haqida so'rash lozim. Kasallik boshlanmasdan oldin bemorning qoni tekshirilganligi, agar tekshirilgan bo'lsa, qanday o'zgarishlar bo'lganligi, bemor boshqa kasalliklar sababli qanday dori-darmonlarni (qonga ta'sir qiluvchi) qachon va qancha miqdorda qabul qilganligini aniqlash lozim. Agar bemor qon kasalligi tufayli davolangan bo'lsa, qanday dori-darmonlar qabul qilgani va ularning samaradorligi haqidagi ma'lumotlar ham tashxisni aniqlashda muhimdir.

Bemorning hayot anamnezi. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemor hayot anamnezini so'rab-surishtirganda bir qancha narsalarga e'tibor berilishi kerak. Avvalo bemorning hayot tarzi, bolalikdagi va hozirgi yashash sharoiti, ovqatlanish tartibi, sifati, ish joyidagi zararli omillar (fenilgidrazin) ning ta'siri haqida undan so'raladi. Bundan tashqari, ota-onasi, qarindosh-urug'larining sog'ligi, ya'ni ularda qon kasalliklari bo'lgan-bo'lmaganligi, bemorning hayoti davomida boshidan kechirgan kasalliklari surishtiriladi. Ba'zi kasalliklarda sekin-asta yoki ko'p miqdorda qon ketishi natijasida, me'da shilliq qavatining atrofiyasida va uning bir qismi rezektsiya qilinganda temir, vitamin B₁₂ ning so'rilishi buzilishi tufayli kamqonlik yuzaga kelishi mumkin. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari, sistemali kasalliklar ham anemiyaga sabab bo'lishi mumkin. Turli surunkali kasalliklarni davolashda ishlatiladigan ba'zi dori-darmonlar suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi. Xuddi shunday radiatsiya bilan ishlash yoki radiatsion zonalarda uzoq vaqt bo'lish ham suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi.

Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemorlarning umumiy ahvoli kasallikning turiga va davriga qarab yengil, o'rtacha va og'ir bo'lishi mumkin. Bemorlar anemiyalarning oxirgi davrlarida, mieloid aplaziya va leykozlarning tez rivojlanuvchi turlarida og'ir ahvolda bo'ladilar. Bunday hollarda ularning hushlari ham chalg'igan bo'ladi.

Qonda eritrotsitlar va gemoglobin kamayishi natijasida teri va shilliq pardalar rangpar bo'ladi. Surunkali kamqonlikda rangparliklar sekin-asta rivojlansa, o'tkir

kamqonlikda birdan paydo bo'ladi va bu ko'pincha qon ketayotganining asosiy belgisi hisoblanadi. Kamqonlik turiga qarab, rangparlik ham turlicha bo'ladi. Masalan, vitamin B12 yetishmovchiligidan kelib chiqqan Addison-Birmer kamqonligida bemorlar terisi oqimtir -sarg'ish bo'ladi, ya'ni teri sariq tusga kiradi, ko'z oq pardasi ham sarg'ayadi. Temir yetishmovchiligidan yuzaga kelgan anemiyada, ayniqsa, yuvenil xlorozda teri rangi yashilsimon bo'lib oqaradi, ba'zan «alebastr» rangini eslatadi. Gemolitik anemiyalarda terining rangi sariq bo'ladi. Terining rangini aniqlash qiyin bo'lgan vaqtlarda ko'z va milklarning rangini ko'rish lozim. Surunkali leykozlarda teri rangi kulrang bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish ham diagnostik ahamiyatga ega. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida yuzaga kelgan anemiyada bemor tilining so'rg'ichlari tekislangan, yaltiroq, to'q qizil rangda bo'ladi.

Limfa tugunlari va taloq palpatsiyasi. Qon sistemasi kasalliklarida limfa tugunlar, jigar, taloq va suyaklarni palpatsiya yo'li bilan tekshiriladi. Periferik limfa tugunlarini navbatma-navbat ikki qo'llab paypaslab, avval bo'yin, undan keyin o'mrov osti, qo'lتيq osti, chov sohasidagi limfa tugunlari paypaslab ko'riladi. Ularning elastikligi, harakatchanligi, yuzasi silliq yoki notekisligi aniqlanadi. Limfoleykoz, limfogranulematoz va limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari ayniqsa kattalashib ketadi. Odatda avval bemor tanasining bir joyidagi limfa tugunlari va sekin-asta boshqa guruh tugunlari ham kattalashadi. Bunda faqat yuza limfa tugunlarigina emas, balki chuqur joylashgan tugunlar ham kattalashadi.

Leykoz, limfoma kasalliklarida ular qattiq, og'riqsiz, atrofidagi to'qimalar bilan bitishmagan bo'ladi va hech qachon yiringlab oqmaydi. Limfoleykozda ular xamirsimon elastik konsistentsiyaga ega bo'ladi. Faqat limfogranulematoz, ayniqsa limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari kattalashib, bir-biri bilan bitishib, katta-katta konglomeratlar hosil qiladi. Ko'pgina qon kasalliklarida taloq kattalashadi. Verl-Goff kasalligida, Addison-Birmer kamqonligida, limfogranulematozda taloq biroz kattalashadi. Faqat gemolitik anemiya va surunkali mieloid leykozlarda taloq juda katta, qattiq konsistentsiyaga ega bo'ladi, ba'zan butun qorin bo'shlig'ining chap qismini egallab, o'ngga hamda kichik chanoqqa ham yetishi mumkin. Uning qirralari yumaloqlashib, usti silliq bo'ladi.

Taloqni palpatsiya qilish uchun bemor chalqancha yoki o'ng yonboshida yotadi. Tekshiruvchi shifokor esa bemorning o'ng tomonida o'tiradi va chap qo'li bilan bemorning ko'krak qafasini biroz bosib turadi. Bu bilan nafas harakatlari cheklanadi. O'ng qo'lning birlashtirilgan va biroz egilgan barmoqlarini chap qovurg'a yoyi ostiga qo'yadi. Agar taloq ancha kattalashgan bo'lsa, unda qo'lini uning perkussiya yo'li bilan topilgan pastki qirrasidan sal pastroqqa qo'yadi. Bemor asta-sekin nafas chiqarganda o'ng qo'lini ichkariga, qovurg'a yoyi tagiga kiritib boradi va bemorga chuqur nafas olishni tayinlaydi. Agar taloq kattalashgan bo'lsa, pastga harakatlanadi va qo'lga urilib, uning ustidan sirpanib o'tadi. Paypaslash vaqtida taloqning qattiq yoki yumshoqligiga, og'riqliligiga, harakatchanligiga, ustki chetida uyiqcha bor-yo'qligiga etibor beriladi. Kattalashgan taloq ko'pincha og'rimaydi. Faqat taloq venasi trombozida, perisplenitda bemor chap qovurg'a yoyi ostida qattiq og'riq sezishi mumkin. Qon kasalliklaridan tashqari, taloq bir qancha yuqumli kasalliklarda, jigar tsirrozida

kattalashadi. Qon sistemasi kasalliklarini aniqlashda yassi suyaklarni hamda naysimon suyaklar epifizini paypaslashda, bu kasalliklarda ko'mikning kuchli giperplaziyasi natijasida, ular og'riqli bo'ladi.

Perkussiya. Taloq-chap qovurg'a ostida medaning yuqori qismi tashqarisida, diafragma ostida joylashgan bo'lib, nafas olish aktida harakatlanadi. Uning proektsiyasi ko'krak qafasining chap yon yuzasida IX-XI (bazi adabiyotlarda IX-X) qovurg'alar orasida joylashgan. Qon sistemasi kasalliklarida taloqning o'lchamlarini aniqlash uchun perkussiya usuli qo'llaniladi. Buning uchun bemor yotgan yoki tik turgan holatda bo'ladi va juda sekin perkussiya qilinadi, chunki taloq havo saqlovchi a'zolar bilan o'ralgan va o'zi ham ancha yupqa bo'ladi. Perkussiyani aniq perkutor tovushdan bo'g'iq tovushgacha, juda sekin perkutor zarba bilan bajariladi.

Taloqning uzunasiga ketgan o'lchamini aniqlash uchun X qovurg'a ustidan ikki tomondan perkussiya qilib boriladi va u sog'lom odamda 6-8 sm ga teng bo'ladi, ko'ndalang o'lchamini topish uchun liniya kostoartikularis sinistra chizig'idan 4 sm lateralroq chiziq bo'ylab perkussiya qilinadi va u 4-6 sm ga teng bo'ladi. Taloqning ko'ndalang o'lchamini bo'g'iqligi chap tomonda IX-X qovurg'alar oralig'iga to'g'ri keladi.

Kurlov bo'yicha perkutor razmerini aniqlash. Birinchi taloqni yuqori va pastki chegarasi aniqlanadi, keyin uning orqa va old cheti aniqlanadi. Perkussiya o'tkazish tartibi bemor on'g yonboshda yotadi yoki turgan holatda bo'lishi kerak. Plessimetr barmoq tekshiriluvchi zonada paralel ravishda qo'yiladi. Perkussiya yuqoridan pastga otkazilganda o'pka tovushi yoki Travbe maydonidagi timpanik tovushdan bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilinib, plessimetr barmoqni tashqarisidan aniq tovush tomonidan (timpanik tovush tomonidan) belgilanadi. Perkutor zarb sust va sekin bo'lishi kerak. Taloq razmeri meyorida bo'lganda bo'g'iqroq perkutor tovush beradi, chunki medaning havo shari va Traube maydoni hamda ingichka va chamber ichak gazlari yaqin joylashgan. Taloqning yuqori chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni ko'ndalang yo'nalish bo'yicha, ko'krak qafasini chap yon bosh yuza V qovurg'a sathida qoyiladi. Qovurg'alar yoki qovurg'alar oralig'i bo'yicha barmoqni ko'ndalang holatini saqlagan holda bo'g'iqroq perkutor tovush eshitguncha chap yonbosh suyak qanotigacha perkussiya qilib boriladi. Bo'g'iqroq perkutor tovush eshitilgan joy taloqni yuqori chegarasi hisoblanadi, meyorda IX qovurg'ada yotadi. Dermograf yoki chap qo'l beshinchi barmoq bilan bu nuqtani belgilab olib, plessimetr barmoqni chap yonbosh suyagi qanoti bo'ylab joylashtirib va o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab qarama-qarshi tomonga perkussiya qilinib boriladi (pastdan yuqoriga qarab). Timpanik tovushni bo'g'iq tovushga o'tishi demak taloqni pastki chegarasi hisoblanadi va bu normada XI qovurg'aga to'g'ri keladi. Taloq kengligini topish uchun yuqori va pastki chegara oralig'i o'lchanadi, bu meyorda 4-7 smni tashkil qiladi.

Taloqni orqa chetini aniqlash uchun chap X qovurg'ani paypaslab topib, umurtqaga birikish joyini topish kerak. Keyin barmoq plessimetrni chap umurtqa oldi chizig'iga joylashtiriladi, bunda barmoqning o'rta falangasi (o'rta suyagi) X qovurg'aga perpendikulyar bo'lishi lozim. Barmoq plessimetrni shunday holatini

saqlab, X qovurg'a bo'ylab taloq tomon timpanik tovushdan bo'g'iqroq tovushgacha perkussiya qilinadi. Bu taloqning orqa cheti hisoblanadi va dermograf bilan belgilanadi. Meyorda taloqning orqa cheti chap kurak chizig'idan tashqariga chiqmaydi.

Taloqni oldingi cheti chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni qorinni oldingi chizig'i bo'ylab shunday joylashtirish kerakki, bunda barmoq o'rta falangasi kindik chizig'iga perpendikulyar bo'lishi kerak. Taloq tomon perkussiya qilib boriladi, kindik va chap X qovurg'a kesishish nuqtasidan chap qo'ltiq osti chizig'igacha boriladi. Timpanik tovushni bog'iqroq tovushga o'tishi, taloqni old cheti chegarasi hisoblanadi. Meyorda bu old qo'ltiq osti chizig'idan tashqariga chiqmaydi. Keyin taloqni oldingi va orqa chegaralari oralig'i o'lchanadi, va bu 6-8 smni tashkil qiladi. Taloq haddan ziyod kattalashsa old chegarasi qovurg'a yoyidan tashqariga chiqadi. Bu holatda tashqariga chiqqan qismi o'lchanadi. Taloqni Kurlov bo'yicha aniqlangan chegarasi kasallik tarixiga kasr chizig'i bo'yicha kiritiladi.

$$6 \frac{17}{9} \text{ cM}$$

Bu yerda butun (6) sonlar taloqning qovurg'a yoyidan chiqqan qismi.

Surat (17) bo'g'qlik uzunligi. Maxraj (9) bo'g'qlik kengligi .

Taloqni kattalashganligini yana bir oddiy usul bilan aniqlash mumkin. Agar perkussuya vaqtida bemor holati o'ng yonboshga bo'lsa, X qovurg'ani chap o'rta qo'ltiq osti chizig'i bilan kesishish joyida xuddi jigarni kattaligicha bo'g'qlik tovushi aniqlansa, demak taloq juda kattalashgan (Ragoza simptomi).

Taloqning kattalashuvi qator kasalliklarni asosiy diagnostik belgilaridan biridir. Jigar, taloq va limfa tugunlarni birdaniga kattalashuvi bazi bir o'tkir va surunkali infeksiyalar, sepsis, infeksiyon endokardit, gemoblastozlar va sistemali immunopatologik kasalliklarda uchraydi. Jigar va taloqning kattalashuvi surunkali faol hepatitda, jigar tsirrozida, gemolitik anemiyada va moddalar almashinuvi buzilishi (yig'ilish) kasalliklarida (Goshe, Nimanna-Pika) uchraydi. Taloqning kattalashuvi darvoza va taloq venasi trombozida, taloqda o'sma, kista va boshqa mahalliy jarohatlar rivojlansa kuzatiladi. Taloqning juda kattalashib ketishi surunkali mieloleykozda, osteomielifibroza kuzatiladi va bu bazan qorin bo'shlig'ini katta qismini egallaydi hatto kichik chanoqqacha tushishi mumkin.

Kamqonliklar

Anemiya (kamqonlik)-qonning hajm birligida eritrotsitlar, gemoglobinni va ularning eritrotsitlar tarkibida miqdorining kamayishi, ularning sifati o'zgarishi natijasida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, kelib chiqishiga ko'ra irsiy va orttirilgan (birlamchi va ikkilamchi) bo'ladi.

Anemiyanı keltirib chiqaruvchi sabablar polietiologikdir va turli tabiatga ega. Anemiya kelib chiqishiga ko'ra, ekzogen va endogen omillarning ta'sirida kelib chiqadi. Ekzogen omillar o'z navbatida infeksiyon (bezugak qo'zg'atuvchisi) va noinfeksiyon (har xil toksik moddalar (fenilgidrazin), ilon, chayon chaqishi va h.k.), alimentar (vitamin B12 va folat kislotasi, temir moddasi yetishmasligi va h.k.) omillarga bo'linadi. Endogen sabablarga misol sistemali kasalliklar.

Anemiyaning kelib chiqishiga qarab sabablari ham turlicha bo'ladi. Anemiya bilan kasallangan bemorlarda birinchi navbatda eritrotsitlarning nafas funksiyasi, ya'ni to'qimalarga kislorod yetkazib berish faoliyatining buzilishi kuzatiladi va oqibatlarini (agar tegishli choralar o'z vaqtida qo'llanilmasa) yomon tugashi bilan boshqa kasalliklardan farq qiladi. Ayni vaqtda, shuni ta'kidlash lozimki, anemiya nihoyatda har tomonlama, faqat tibbiy-biologik emas, ekologik-ijtimoiy, iqtisodiy va h.k. tomondan ham muhim ahamiyatga molik jiddiy muammodir. Anemiyalarda qonda eritrotsitlarning turli patologik shakllari paydo bo'lib, ular normal funktsional imkoniyatga ega bo'lmay, kislorod tashib berish qobiliyati pastdir. Ularning ayrimlari gemoglobinni kam tutganligi tufayli kislorodni yetarli miqdorda biriktirmaydi, boshqalari esa, masalan, yosh eritrotsitlar, bir tomondan, kislorodni kam biriktirsa, ikkinchidan, kislorodni o'zlarining hayoti uchun sarflaydi (ular turli sharoitlarga nisbatan chidamsiz bo'lib, yashash davrlari qisqa bo'ladi va h.k.).

Anemiyaning tasnifi

Anemiyalar to'g'risida to'liq tushunchaga ega bo'lish, ularni aniqlab tashxisi, diagnostikasi va bemorlarni samarali davolash masalalarini to'g'ri amalga oshirish maqsadida ularning ko'rsatkichlariga asoslanib, turli tasniflar taklif etilgan, ana shulardan birini, ko'pchilik tomonidan qabul qilinganini keltiramiz. U quyidagi tamoyillarga amal qilingan holda tuzilgan.

Anemiya tasnifi

I. Etiologiya va patogeneziga ko'ra

1. Qon yaratilishi (eritropoez) ning buzilishi tufayli kelib chiquvchi anemiyalar.

Temir tanqis anemiya

Vitamin B12 va folat kislota tanqis anemiyasi

2. Postgemorragik (qon yo'qotishdan keyin yuzaga keluvchi) anemiya.

a) o'tkir

b) surunkali

3. Gemolitik anemiya - eritrotsitlarning odatdagidan ko'ra ko'p gemolizi tufayli kelib chiquvchi anemiya.

A) Irsiy

a) Membranapatiya-mikrosferatsitoz, ovalotsitoz, stomatotsitoz va boshqalar kabi shakllari bo'ladi;

b) Enzimopatiya-glukoza-6-fosfatdehidrogenaza, piruvatkinaza, glutation reduktaza, glutationperoksidaza, γ -glutamiltranspeptidaza yetishmovchiligida kelib chiqadi;

v) Gemoglobinopatiyalar- α talasemiya, β talasemiya, o'roqsimon hujayrali anemiya va b.q)

B) Orttirilgan (infektsion va noinfektsion) shakllari bo'ladi.

II. Qon ishlab chiqaruvchi to'qima (a'zo) ning funktsional holatiga qarab

1. Regenerator anemiya suyak ko'migi faoliyati me'yorda, chegaralanmagan, retikulotsitlar soni 1-5 % ni tashkil qiladi.

2. Giperregenerator anemiya. Bunda eritropoez kuchayib, suyak ko'migi va periferik qonda retikulotsitlar me'yordan 5% ko'p bo'ladi va shu bilan birga eritrotsitlarning umumiy miqdori ham ortib boradi. Giperregenerator anemiyada

eritrotsitlar tez voyaga etadi, masalan, buni o'tkir postgemorragik anemiyada kuzatish mumkin va u qon ishlab chiqaruvchi to'qimaning faollashganidan dalolat beradi.

3. Giporegenerator anemiya (suyak ko'migi faoliyati qisman chegaralangan, retikulotsitlar soni 1% dan kam). Bunda eritrotsitlar sekin voyaga yetadi, periferik qonda retikulotsitlar soni deyarli ko'paymaydi. Ushbu hol temir tanqis anemiyada yuzaga keladi.

4. Aregenerator anemiya. Anemiyaning bu turida qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda eritropoez deyarli to'xtaydi, periferik qon va suyak ko'migida retikulotsitlar bo'lmaydi, masalan, gipoplastik anemiya. Bunda eritropoez bilan bir qatorda leykopoez ham, trombositopoez ham sustlashib, qonda barcha shakliy elementlar soni kamayadi. Suyak ko'migi faoliyati chegaralangan, retikulotsitlar soni 0,2% dan kam.

III. Qonning rang ko'rsatkichiga (RK) qarab:

1. **Normoxrom anemiya.** (RK 0,85-1,05ga teng, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi - 32 %); Ma'lumki, eritrotsitlarning bo'yalishi ularning tsitoplazmasidagi gemoglobin (normada 30-35 pg) miqdoriga bog'liq. Shunga ko'ra, normoxrom anemiyada periferik qonda gemoglobinni me'yorda tutgan eritrotsitlar mavjud bo'ladi. Bunda eritrotsitlar sonining va gemoglobin miqdorining barobar kamayishi (masalan, o'tkir qon yo'qotilganda) kuzatiladi.

2. **Gipoxrom anemiya.** (RK 0,85 past, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi 32% kam). Bunda qonning rang ko'rsatkichi me'yoridan past bo'ladi (masalan, temir tanqis anemiyada). Qonning rang ko'rsatkichi pasaygan bo'lib, bu eritrotsitlarning kichik o'lchamli (mikrotsitlar) bo'lishi va periferik qonda yetilmagan eritrotsitlarning paydo bo'lishiga bog'liq. Bu anemiyada qonda gemoglobinning kamayishi ko'zga tashlanadi.

3. **Giperxrom anemiya.** (RK 1,05 ortiq, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi 38 % ortiq); Bunda qonning rang ko'rsatkichi me'yoridan yuqori (masalan, pernitsioz anemiyada) bo'ladi. Giperxromiya odatda katta o'lchamli qizil qon shakliy elementlari (makrotsitlar) va ayniqsa megalotsitlar, hatto qisman megaloblastlar hisobiga bo'ladi.

IV. Eritropoezning (tipik) buzilishiga ko'ra:

1. Normoblastik eritropoez bilan kechuvchi anemiyalar
2. Megaloblastik eritropoez bilan kechuvchi anemiyalar

V. Eritrotsitlarning katta kichikligi (o'lchami) ga ko'ra:

1. Normotsitar anemiya (masalan, o'tkir postgemorragik anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 5,5 – 8,8 mkm ga teng);
2. Mikrotsitar anemiya (masalan, temir tanqis anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 5,5 mkm dan past);
3. Makrotsitar anemiya (masalan, pernitsioz anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 8,8 mkm dan ortiq);
4. Megalotsitar eritrotsitlarning o'rtacha diametri 11–12 mkm dan ko'p;

Qon yaratish tizimi kasalliklarida uchraydigan asosiy sindromlar:

- 1 – anemik;

- 2 – gemorragik
- 3 – gemolitik;
- 4 – DVS sindromi

Jigar kasalliklari

Buyrak kasalliklari

O'smalar

Biriktiruvchi to'qima xastaliklari;

Endokrin kasalliklari

Qon ketishlar

Gemoliz

Qo'rg'oshin bilan zaharlanish

Globin sintezidagi defekti

Dori-darmonlarni nojo'ya (yot) ta'siri

Kompensator taxikardiya

HB miqdorini kamayishi

Yurak yetishmovchiligini yuzaga kelishi (HB ni 50 g/l dan kamayib ketgan holda) anemiyaga olib keladi.

Temir tanqis kamqonlik

Temirning organizmdagi umumiy miqdorini (5 gr) taqsimoti:

1 – deyarli 57,3% qismi HB tarkibidagi gem fondiga;

2 – 1,500 mgga yaqin ferritin va gemosiderinda (32%);

3 – 10,5% (490 mg) to'qimalarda fermentlar (tsitoxrom, peroxidaza, mioglobinda va b.q.) tarkibida.

4 – 0,2% qon zardobida temir tashishda ishtirok etuvchi metaloproteidlarda ya'ni transferin tarkibida bo'ladi.

Anemiyaning bu turida eritrotsitlar soni deyarli o'zgarmay turib, ularning asosan gemoglobinga to'yinishi pasayishi (30-35 pgdan) hisobiga yuzaga kelib, gipoksemiya bilan xarakterlanadi.

Temir-tanqis anemiyaning sabablari; surunkali qon ketishlar; meda ichak trakti kasalliklari; homiladorlik; infeksiya; temirning tug'ma yetishmovchiligi; temirning alimentar yetishmovchiligi;

Anemiyaning kelib chiqishi organizmda temir moddasining yetishmasligi, surunkali ravishda qon yo'qotish, temir moddasi so'rilishini buzilishi, organizmda yuzaga keladigan temirga bo'lgan talabning oshishi (homiladorliklar, tug'ruq oralig'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida), hayz tsiklining buzilishi (uzayishi), ichaklar yallig'lanishlarida temir moddasi so'rilishining buzilishi, ichaklar peristaltikasi kuchayishi, gijja kasalliklarida, me'da shirasi ta'sirida temir III valentli temir II valentliga o'tmasligi, temir so'rilishini ingibirlovchilarni (kisel, tuxum sarig'i, qora choy, kepak va kletchatkada boy ovqatlar hamda aktivlangan ko'mir, kofe, sut temir so'rilishini kamaytiradi); ko'payishi natijasida yoki turli sabablarga ko'ra uning qon tarkibiga kira olmasligi tufayli qon yaratuvchi to'qimalarga gemoglobining sintez qilinishining buzilishi, gipo va atransferinemiya sababli yuzaga keladi.

Temir hayot uchun zarur bo'lgan mikroelement bo'lib, qator fermentlar tarkibida turli jarayonlarda qatnashadi, lekin gemopoezda u alohida o'ringa egadir.

Katta yoshdagi odamlar organizmida 3-6 g temir bo'lib, shundan 70% eritrotsitlardagi gemoglobin tarkibiga kiradi. 1g temir jigar bilan taloqda zahira holida saqlanadi.

Organizmida qon yaratish uchun temirga bo'lgan talab eritrotsitlarning fiziologik parchalanishida ajralib chiqadigan temir hisobiga deyarli qondirilib turiladi. Eritrotsitlarning gemolizi vaqtida ajralib chiqqan temirning asosiy qismi gemosiderin holida mononuklear fagotsitar sistema (MFS) makrofaglari tomonidan yutib olinib, keyinchalik qon hosil qilishda ishlatiladi, biroq yetishmagan qismining o'rnini ovqat bilan qabul qilingan temir hisobiga to'ldirilib turiladi. Ovqat tarkibidagi temir 3 valentli bo'lib, oshqozonda erkin xlorid kislotasi ta'sirida undan 2 valentli temir hosil bo'ladi va u ingichka ichakda (asosan 12 barmoq ichakda) apoferritin bilan qo'shib ferritinga aylanadi, qonga so'riladi va qonda β (1) globulin bilan qo'shib, transferin tarkibida kerakli to'qimalarga yetkaziladi. Shuni aytish kerakki, temirning qondagi oqsil bilan qo'shishi organizmning himoyamoslanish xususiyatlaridan biri bo'lib, temirni siydik bilan ajralishdan saqlashga, uni tejashga qaratilgandir. Qon yaratuvchi to'qimalarda temir tanqisligi ro'y bersa, eritrotsitlarda gem va globin sintezi pasayib, tarkibida gemoglobinni kam tutgan eritrotsitlar ishlab chiqariladi va gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Ba'zi vaqtlarda temirning eritrotsitlar membranasiga yetarli o'tmasligi natijasida gemoglobin sintezi buziladi va shuning bilan birga ba'zi temir bilan bog'lanuvchi fermentlar (glutationperoksidaza, katalaza) faolligining pasayishi eritrotsitlarning gemolizga uchrashi, ularning umri qisqarishi kuzatiladi, ya'ni eritropoez samarasi pasayadi.

Normada organizm har sutkada 1 mgdan ko'p bo'lmagan miqdorda temir moddasi (teri, ichak epiteliysi va o't bilan) ajralib, uning o'rnini ovqat bilan qabul qilingan temir hisobiga to'ldirilib turiladi. Ayollar hayz vaqtida taxminan 15 mg temir yo'qotadilar.

Turli sabablarga ko'ra (oshqozon-ichak kasalliklari, jigar kasalliklari, ayollarga xos ba'zi bir kasalliklar) surunkali qon yo'qotishlar natijasida temir-tanqis anemiya kelib chiqadi. Ilgarigi vaqtlarda temir-tanqis anemiya keng tarqalgan, hozir kam uchraydigan, ammo diqqatga sazovor xloroz (rangsiz bedarmonlik) deb ataluvchi turi bo'lib, uni ikki: erta va kechki guruhlari farqlanadi.

Erta xloroz qizlarda, ularning balog'atga yetish davrida, kechkisi ma'lum katta yoshli ayollarda jinsiy a'zolarining so'nishi (klimaks) davrida kuzatilib, bularning asosiy sabablari hayz ko'rishning buzilishi tufayli qon yo'qotish bilan bog'langan. Lekin aniqlashlarga ko'ra, bunday kasallik ayrim hollarda erkaklarda ham kuzatilishi mumkin. Bolalarning o'sishi bir tekisda bo'lmay, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa balog'atga yetish davrida tezlashishi mumkin. Bola tez o'sayotgan davrida uning organizmi kislorodga, demak gemoglobinga, temirga talabi ortadi. Agar shu davrda organizmida temir zahirasi yetarli bo'lmasa kamqonlik kelib chiqadi.

Ma'lumki, gemoglobin gem hamda globindan tashkil topgan bo'lib, temir gem qismining tarkibiga kiradi. Gemning sintezi bir necha davrdan iborat bo'lib, qator fermentlar ishtirokida amalga oshiriladi. Tegishli fermentlar yetarli bo'lmasa, qon yaratuvchi a'zolarida temir o'zlashtirilishining sideroakrestik (akreziya o'zlashtirilmaslik so'zidan) deb ataluvchi gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Temir-

tanqis anemiyada bemorlar qonida temir miqdori 2-2,5 mkmol/l gacha kamayadi (normada temir qonda 13-30 mkmol/l), sideroakrestik anemiyada temir qonda, aksincha, ko'payadi. Bu anemiya tug'ma (va irsiy) va orttirilgan bo'lishi mumkin. Orttilargani har xil zaharli moddalar (masalan, qo'rg'oshin), dori vositalari (masalan, sil kasalligiga qarshi qo'llaniladigan dorilar) ta'sirida va avitaminoz (masalan, V₆) larda kelib chiqishi mumkin.

Temir-tanqis anemiya qonda transferin yetishmasligi natijasida ham kelib chiqadi. Bunda temir oqsil bilan birikmagan bo'lsa, siydik bilan ajralishi mumkin.

Buyrak kasalliklarida, masalan nefrotik sindromda siydik bilan boshqa oqsillar qatorida transferrin ham ajraladi, temir yo'qotiladi va anemiya kelib chiqadi.

Temir yetishmaganda anemiya bilan bir qatorda organizmda miogloblin sintezi va temir tutuvchi nafas fermentlarining yetishmasligi sababli turli to'qimalar va a'zolarida, ayniqsa ovqat hazm qiluvchi a'zolarida va yurak miokardida turli atrofik-distrofik jarayonlar kuzatiladi.

Klinikasi: Sub'ektiv: So'rab surishtirish – interrogatio.

Shikoyatlar – **anemik, gipoksemik simptomlar:** ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, hansirash, darmonsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi, yurak sohasida og'riq, quloqlarda shovqin, terida sezuvchanlikni susayishi, badanda, terida chumoli yurish hisi paydo bo'lishi, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, kesak, bo'r istemol qilish, kerasin va benzin hidlash (Pico xloratika), kekirish, ovqatdan so'ng epigastral sohada noxush holat, ba'zan ichi suyuq o'tishi, qo'l va oyoqlar uyushishi, sideropenik disfagiya, ta'm bilishni buzilishi (disgiviya), g'ayriodatiy hidlarga moyillik paydo bo'lishi (Rossolimo-Bexterov sindromi 1900-1901y aniqlangan va keyinchalik, Plummer va Vinsonlar aniqladilar).

Gipoksik sindromlar bilan birga **markaziy asab** tizimi tomonidan-bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida sharpalar uchishi, diqqatni uzoq jamlay olmaslik, fikrlash qobiliyatini pasayishi, xotirasini susayishi, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, bolalarda psixomotor rivojlanishda orqada qolish, yig'loqi bo'lish, astenovegetativ buzilishlar va uzoq muddatda subfebril isitma asab tizimi tomonidan bezovta qiladi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan pulsning labilligi, taxikardiya, tomirlarda «bo'richa shovqini», yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Og'ir holatlarda bemorlar juda behol, kuchsiz, uyquchan, yig'loqi bo'ladilar. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ranglari oqargan qo'g'irchoq yuzidek rangda yoki biroz sarg'ish rang tovlanadilar. Bemorlar yuzi shishgan, oyoqlarda, tizzada shish, teri va shilliq qavatlarda ekximoz kuzatiladi. Teri quruq, oyoqlar sovuq, muskulatura bo'shalgan.

Anamnez morbi; kasallikning boshlanishi, qancha davom etishi, sochlarining holati, tirnoqlari holati-koylonixiya, sideropenik sindromlar va hokazo o'zgarishlarga etibor qaratish lozim.

Anamnez vitae; hayoti davomida meda ichak traktida yallig'lanish, gijja kasalliklari bo'lganligi, bola emizishi, homiladorligi, hayz tsiklining uzayishi va surunkali ravishda ko'p qon yo'qotishi, medaning giposekretsiyasi va boshqa omillarning kasallik rivojlanishiga olib keladi.

TTA yuzaga keladigan sindromlar

/r	Tam bilishning buzilishi (Pico xloratica)	Sideropenik sindromlar
	Tam bilishning buzilishi; bo'r, ohak, tish pastasi va tish poroshogi, o'chirgich, qum, tuproq, xom go'sht, xamir istemol qilish, namlik, loy, ko'mir iste'mol qilishga intilish kabi belgilari	Terining qurishi, teri tarangligini (turgor) pasayishi, og'iz burchaklarining bichilishi yoki yorilishi, tovonning (oyoq) yorilishi (giperkeratoz) ;
	Har xil yomon tasir qiluvchi hidlarni; Kerasin, benzin, atseton, mazut, rezina, kosmetik lak va bo'yoqlar hidlashni xush ko'rish va h.k.	Sochning ingichkalashishi, qurushi, oqarishi, tez sinishi, uchlarini yorilishi (ikkiga bo'linishi) va ko'p to'kilishi;
	To'satdan ba'zi bir oziq ovqat maxsulotlarini istemol qilgisi kelishi	Koylonixiyaning rivojlanishi-tirnoqlarning yupqalashib yassilanishi, qiysayishi, ichkariga botishi (qoshiqsimon bo'lishi), shakli o'zgarishi, sinuvchan bo'lishi, tirnoq oldi to'qimasi yalig'lanishi, ularda ko'ndalang chiziqlarni hamda deformatsiya paydo bo'lishi;
		Og'iz burchagi yorilishi, og'iz bo'shlig'ida gingivit, angulyar stomatit, shilliq qavat atrofiyasi, glossit, laklangan til, tishlar kariesi va sinishining sodir bo'lishi hamda qizilo'ngach epiteliysi distrofiyasi va shu sababli disfagiya shikoyat qiladi. Qattiq ovqatni yutish qiyinligi.
		Oshqozonda atrofik gastrit va gipoatsid holatning kuzatilishi, duodenit, enterit, kolit qayd etilishi;

Ob'ektiv: – sideropeniya simptomlari: burun halqumquyi qismlari va qizilo'ngach yuqori qismi epiteliylari shikastlanishi natijasida sideropenik disfagiya (Plummer-Vinson sindromi) kuzatiladi. Shu sababli quruq va qattiq ovqatni yutishi buzilishi, ovqatni qayta chiqishi hamda bu qizilo'ngachni yuqori uchligini og'rishi bilan kechadi. Til epiteliylarini o'zgarishi uning so'rg'ichlarini atrofiyasiga olib keladi shu tufayli til silliq, yaltiroq, bu tilni achishib kuyishi va og'rishiga olib keladi. **Ko'zdan kechirish** - Inspectsio; bolalar o'sishdan orqada qolib, infantilizm rivojlanadi, terisi va shilliq qavatlar rangpar (terini mumsimon oqarishi), terisi quruq va ko'chuvchan, tirnoqlar yupqalashib, yassilashishi, sinuvchan bo'lib qolishi, shakli o'zgarishi, qoshiqsimon bo'lib qolishi-**koylonixiya** (98 surat), sochlarni oqarishi,



Suratda qoshiqsimon tirnoq-**koylonixiya**

ingichkalashishi, mo'rt bo'ladi va to'kiladi, quruq va sinuvchanligi kuzatiladi, mushaklarni susayishi. **Og'iz bo'shlig'i o'zgarishlari.** Og'iz burchaklari yoriladi, yaralar paydo bo'ladi va og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlardan angulyar stomatit, gingivit, glossit, til so'rg'ichlari atrofiyasi, tish milklarida yiringli yallig'lanishlar (alveolyar pioreya), tishlarida yaltirash yo'qolib temir preparatlari qabul qilish natijasida qorayadi va destruktiviyaga olib keladi, bu tishlarni tezda shikastlanishiga olib keladi, gastrit, duodenit, kolit paydo bo'ladi.

Palpatsiya - Palpatsio; yurak turki zarbi maydoni kengayishini aniqlash mumkin. Bolalarda jigar biroz kattalashishi mumkin.

Perkussiya - Percussio; yurak chegaralari kattalashishi mumkin asosan chap qorincha.

Auskultatsiya - Auskultatsio; yurak uchida va o'pka arteriyasida sistolik shovqin eshitiladi, qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Laborator: Qonning umumiy tahlili; Gematokrit soni; Zardobdagi temir miqdori; Trombotsitlar sonini aniqlash lozim.

Gemogrammada birinchi navbatda eritrotsitlar va ko'proq gemoglobinning keskin kamayganligi ko'zga tashlanib, qonning rang ko'rsatkichi 0,6 (0,85-1,05 normada) gacha va undan ham kam bo'lishi mumkin. Qon surtmasida gipoxromiya, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz kuzatilib, gipoxromiya bilan mikrotsitozning ifodalanish darajasi kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Retikulotsitlar soni normaga yaqin bo'lib, qon ketish davrlarida biroz ko'payishi mumkin. Trombotsitopeniya kuzatiladi, nisbiy limfotsitoz, monotsitoz, eozinopeniya kuzatilishi mumkin. Qon zardobida temirning kamayishi 1,5-2,5 marta va transferinni temir moddasiga toyinishi 15 marta kamayadi. Temir saqlovchi fermentlar faolligi pasayishi munosabati bilan me'da va ichaklar shilliq qavatlarida atrofik jarayonlar kechib, axlorgidriya va axiliya ya'ni me'da shirasi ishlab chiqarilishi pasayishi kuzatiladi.

Instrumental: Steril punktsiya; Rentgenologik tekshirishda qizilo'ngach, me'da va ichaklar shilliq qavatlarini burmacha atrofiyaga uchrab tekislanadi, bularni gastrofibroskopiya o'tkazganda yana aniqroq ko'rishimiz mumkin. Morfologik tekshirish.

- **Davolash**-uzoq muddat davolash kerak bo'ladi.
 - 1. TTA sababini bartaraf etish;
 - 2. Temir absorbttsiyasini ingibitsiya qiluvchi mahsulotlar qabulini ta'qiqlash (m: fosfor, fitin kislotasi, oziq ovqat mahsulotlari tarkibida kaltsiy ko'p bo'lsa, kofe, choy va h.k);
 - 3. Temir moddasiga boy oziq-ovqat mahsulotlari berish (go'sh, jigar, tuxum, dukkakli o'simliklar-loviya, mosh va h.k);
 - 4. Temir reabsorbtsiyasini tezlashtiruvchi ingredientlarni tavsiya etish;
 - 5. Temir moddasini so'rilishini yaxshilovchi askorbin kislotasi;
 - 6. Per os moneligi bo'lsa parenteral temir preparatlari berish;
- (Tardiferon, Ferropleks, Ferbitol, globeks, Ferrum lek, Jektofer, Imferon, ferkoven, Totema) va Vit B12, folat kislotasi hamda shu preparatlarga boy bo'lgan oziq ovqat mahsulotlari tavsiya etiladi.

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

Bu kamqonlikda qon hosil bo'lishini buzilishi vitamin **B12** yetishmovchiligi natijasida yuzaga keladi va giperxrom va megaloblastik tip kamqonlik hisoblanadi.

Bu kamqonlikni birinchi bo'lib 1855 yilda Addison tomonidan va keyinchalik 1868 yilda Birmer tomonidan yozilgan bo'lib, pernitsioz (yomon sifatli) anemiya deb yuritilgan. Bu kasallikni davolash juda qiyinligi tufayli ko'p bemorlar vafot etganlar.

Vitamin **B12** yetishmovchiligi va folat kislotasi tanqis anemiyasi etiologik omillari quyidagilar bo'lishi mumkin:

Vitamin **B12**, folat kislotasini me'da va ichaklar yo'lida so'rilishini buzilishi natijasida yuzaga keladigan kamqonlik.

Me'da ichak yo'lida yallig'lanish, o'smalar, rezektsiya bo'lishi, ichak peristaltikasini (qisqaruvchanligini) kuchayishi, ichaklar kasalligi (spru, terminal ileit, divertikul, ichak teshilishi va h.k.), medaning fundal qismi bezlari atrofiyaga uchrashi natijasida gastromukoproteinlar ishlab chigarilishi susayishi tufali vitamin **B12** so'rilishini buzilishi, Kastlning ichki va tashqi omili va h.k.

Vitamin **B12**, folat kislotasini alimentar yetishmovchiligi.

Vitamin **B12**, folat kislotasini ko'p ishlatilishi natijasida.

Bolalarni sun'iy (echki) suti bilan boqish, oziq ovqatlar tarkibida Vitamin **B12**, folat kislotasini kamligi, go'shtli ovqatlarni kam iste'mol qiluvchilar va h.k.

Gijja kasalliklarida, dizbakterioz, homiladorliklar, tug'ruq oralig'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida, gemoblastozlar o'tkir leykoz, eritromiyeloz, osteomielifibroza va h.k. Bu etiologik omillarni ekzogen (vit. **B12** va folat kislotani alimentar yetishmovchiligi) hamda endogen (qolgan barcha yuqorida sanalgan sabablar) omillarga bo'lish mumkin. Endogen omillar o'z navbatida meda ichak traktiga bog'liq (gastromukoproteinlar sintezi pasyishi, ingichka ichak yallig'lanishlari, uning peristaltikasini kuchayishi kabi sabablar) va bog'liq bo'lmagan (gijja kasalliklari, vit. **B12** va folat kislotaga bo'lgan talabni ortishi kabi sabablar) omillarga bo'lish mumkin.

Patogenezi Vitamin **B12** (tsianokobalamin) yetishmovchiligida, folat kislotasi uning faol shakli tetrafolat (folin) kislotasiga aylanmay qo'ladi va natijada eritropoez hujayralarda DNK sintezi va hujayralar bo'linishi buziladi, natijada

me'yoriy eritropoez buziladi. Eritroblastlar razmeri kattalashib ular megaloblastlarga aylanadi (embrional qon yaratish tizimiga o'tadi), qizil qon hujayralari yadrolari yetilishining sustlashishi va tsitoplazmaning gemoglobinlashish darajasi ortadi (rang ko'rsatkichi 1,05 yuqori bo'ladi). Megaloblast hujayralar taloq sinuslaridan o'tishda tiqilib sekin o'tadi va shu yerda yoki suyak ko'migida parchalanib yuboriladi yoki ular umri qisqa, natijada kamqonlik kelib chiqadi. Megaloblastlar parchalanishi natijasida qon zardobida bilirubin miqdori ko'payishi va najas bilan ko'p miqdorda sterkobilin chiqishi kuzatiladi. Qon zardobida temir miqdorini biroz ortishi kuzatiladi. A'zo va to'qimalarda temir saqlovchi pigment gemosiderin ko'payib, jigar, taloq, buyrak, suyak ko'migida, limfa tugunlarda va boshqa a'zolar gemosideroziga olib keladi.

Klinikasi Addison-Birmer kasalligining klinikasi va qondagi o'zgarishlari asosan retsidiv paytida yaqqol bilinadi va keksa yoshdagi insonlar ko'proq kasallanib, asosan erkaklar orasida ko'p tarqalgan. Kasallik bilinar bilinmas rivojlanadi va boshlang'ich simptomlari holsizlik, tez charchash, til qurishi sezgilarini paydo bo'lishi, dispeptik holatlar bezovta qilib turadi. Yurak urishi (taxikardiya) bezovta qiladi, **palpatsiyada** puls yumshoq va tezlashgan. Yurak chap tomonga siljishi mumkin, **auskultatsiyada** yurak uchida sistolik shovqin, bo'yin venalarida "bo'richa" shovqini eshitiladi. EKGda tishchalar amplitudasi asosan T pasayadi, ST segment izolinyadan pastga yoki yuqoriga siljishi mumkin. Ba'zan asab sistemasi faoliyati buzilishi bilan kechib, funikulyar miyeloz belgilari namoyon bo'ladi. Addison-Birmer kasalligining xuruji davrida klinikasi triada sindromlar bilan kechadi: bular - anemik, hazm-ichaklar tizimi, nevrologik sindromlardir.

Anemik sindromlarga quyidagilar kiradi: holsizlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin, hansirash, kuchlanish vaqtida yurak sohasida sanchiq bo'lib, stenokardiyaning eslatadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib limon sariq tovlanadi, teri osti yog' qavati rivojlangan bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda qon bosimi past bo'ladi, auskultatsiyada sistolik shovqin eshitilib, tomirlarga beriladi. EKGda miokarda diffuz distrofik o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar bular tilning achishi, ko'p holatlarda tam sezgisini yo'qolishi, tilning og'rishi, ishtahaning yo'qolishi, epigastral sohada og'riq va noxush holat, ichining suyuq o'tishi bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplami va shilliq qavatlar oqimtir sarg'ish rangdaligini hamda yuzlari shishganligini ko'rish mumkin. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar**-tili to'q qizil rangda (malina rangi), yaltiroq, til so'rg'ichlari asosan til uchi hamda yon tomonlarida atrofiyaga uchranganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunter glossiti), til uchi va yon tomonlarida og'iz shilliq qavatlari va orqa devori atrofiyaga uchrab tekislanadi, ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida va til uchida, atroflarida yaralar paydo bo'ladi, tishlar kariesga moyil bo'lib, kasallanadi.

Me'da shirasi tekshirilganda gastromukoproteinlar va pepsinning bo'lmasligi hamda axlorgidriya kuzatiladi va bu remissiya davrida ham saqlanadi. Palpatsiyada jigar og'riqli va kattalashgan, yumshoq. Ba'zan taloq ham kattalashadi. Perkussiyada yassi va naysimon (katta boldir) suyaklarda suyak ko'migi

giperplaziyasi tufayli og'riq seziladi. Fibrogastroduodenoskopiyada me'da shilliq qavatlari atrofiyaga uchrab, shilliq qavat burmachalarida polipsimon o'zgarishlar bo'lib qalinlashganligini ko'rishimiz mumkin.

Nevrologik sindromlari. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida orqa miyaning yon-biqin devori (stolblar) shikastlanib distrofik o'zgarishlarga olib keladi va bu **funikulyar miyelozga** olib keladi. Ba'zanda miyada ishemik o'choqlar paydo bo'lib nerv hujayralari yumshayadi. Asosiy klinik simptomi paresteziya, chuqur va vibratsion sezgirligining yo'qolishi, asosan oyoqlarda. Shu tufayli ataksiya kuzatilib, harakat buziladi. Qo'l oyoqlarda holsizlik, parezlar, pay reflekslarini pasayishi yoki yo'qolishi. Shular bilan birga Babinskiy, Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi. Xuruj davrida tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Bemorlar qoni xuruj vaqtida tekshirilganda asosan eritrotsitlar miqdori kamligi va kam miqdorda ular tarkibida gemoglobinni konsentratsiyasi ortishi kuzatiladi. Bu kasallikka chalingan bemorlarda qonning rang ko'rsatkichi 1,05 dan baland bo'lib, gipperxromdir. Qonda har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, poykilotsitoz) eritrotsitlar paydo bo'ladi, leykopeniya neytropeniya bilan, ezinopeniya, monotsitopeniya, trombositopeniya kuzatilib, EChT oshadi. Retikulotsitlar soni davolanish boshlangandan so'ng oshib ketadi va bu eritropoezni kuchayganligidan dalolat beradi. Qon surtmasida gemoglobinga boy eritrotsitlar ya'ni megalotsitlar, Jolli tanachalari va Kebot halqalarini mikroskop ostida ko'rish mumkin.

Davolash - Bu turdagi kamqonliklarni davolash juda qiyin bo'lgan va bemorlar o'lib ketganlar. Hozirgi kunlarda bu kasallikning etiologik omillari to'liq o'rganilganidan so'ng bemorlar hayotlari saqlanib qola boshlandi.

1. Etiologik omillarini bartaraf etish.

2. Tarkibida vitamin B12 va folat kislotasiga boy bo'lgan oziq ovqat (jigar, go'sht va b.q) mahsulotlarini tavsiya etish.

3. Medikamentoz davolash (vitamin B12-250-500 γ teri ostiga(1,0), folat kislotasi 0,1x1 mahal per os beriladi.). Davolashning 3-4 kunlaridan boshlab eritropoez kuchayib boradi va qonda retikulotsitlar soni ko'payganligidan bilish mumkin. Davolanishning samarasi yaxshi bo'lib, kasallikning barcha simptomlari yo'qoladi. Funikulyar miyelozda davolash kursi 2 oylarcha davom etishi mumkin. Ba'zanda gastromukoprotein vitamin B12 aralashmasi mukovit berish mumkin. Nevrologik simptomatika kuchli bo'lganda vitamin B1 berish maqsadga muvofiq bo'ladi. Sanatoriya va kurortlarda (Matsesta, Piyatigorsk) vanna bilan davolash yaxshi samara beradi.

Gemorragik sindrom (GS)

Bu patologik qon ketishi bo'lib, u ichki va tashqi qon oqishlar natijasida yuzaga keladi va qon quyilib qolishi bilan kechadi.

Sabablari: **1** - trombositlar halqasidagi o'zgarishlar - trombositlar soni (Verlgof trombositopeniyasi), turli xildagi trombopatiyalar; **2** - qon ivish tizimidagi buzilishlar (gemofiliya); **3** - qon tomir devori o'tkazuvchanligini buzilishi (Rondo-Osler irsiy teleangioektaziyasi, Sheylin-Genox gemorragik vaskuliti);

Laborotor tekshiruv; Hb miqdorini eritrotsitlar miqdoriga nisbatan pasayib ketishi natijasidagi anemiya (gipoxrom); Anizotsitoz, poykilotsitoz, mikrotsitoz; Regenerator yoki giperregenerator; Zardobda temir miqdorini kamayib ketishi (norma 12 – 30 mmol/l); Zardobning temir bog'lay olish qobiliyatini oshishi; Qonda erkin transferrin miqdorini oshishi; Qon zardobida ferritin miqdorini kamayishi;

Gemolitik anemiyalar

Gemolitik hamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir. Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100-120 kunning tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsitlar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (o'lik elga aylanish)ga uchraydi (parchalanadi). Eritrotsitlarning fiziologik parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin pigmenti qonda erkin bilirubin holatida aylanib Jigar hujayralariga yetkaziladi. U yerda fermentlar ta'sirida glyukuron kislota bilan birikadi. Hosil bo'lgan bilirubin-glyukuronid (bog'langan bilirubin) jigar hujayralaridan o't yo'llariga o'tadi va o't bilan ichakka ajralib chiqadi.

Gemolitik kamqonlikda eritrotsitlarning yemirilishi kuchayganligi tufayli ulaming yashash davri 12-14 kungacha qisqaradi. Patologik gemolizda ko'proq yoki hujayra ichi yoki tomir ichi gemolizi kuzatiladi. Hujayra ichi parchalanishi retikulogistiotsitar tizimning hujayralarida, asosan taloqda ro'y beradi va qon zardobida erkin bilirubinning ortishi kuzatiladi. Bunda siydik va axlat bilan urobilinning ajralib chiqishi oshadi, o't pufagi va yo'llarida toshlar hosil bo'lishiga moyillik kuchayadi. Tomir ichi gemolizida gemoglobin ortiqcha miqdorda plazmaga chiqadi va siydik bilan o'zgarmagan holda yoki gemosiderin ko'rinishida ajraladi. Gemosiderin ichki a'zolarga o'tirib qolib, gemosideroz rivojlanishi mumkin.

Gemolitik anemiyalar tug'ma va ortirilgan bo'ladi. Ortirilgan anemiya turli toksik moddalar, dori-darmonlar va h.k.lar ta'sirida gemolizning kuchayishidan kelib chiqishi mumkin. Ayrim toksinlar eritrotsitlarga bevosita ta'sir qilib, ularni gemolizga uchratadi, boshqalari (masalan, turli dori-darmonlar, viruslar) eritrotsitlarning yuzasiga joylashib olib, ularning tabiiy va fizik-ximiyoviy xususiyatlarini o'zgartirib antigenga aylantirishi mumkin hamda ularga qarshi antitanalar hosil bo'ladi va autoimmun anemiyaga olib keladi. Odam organizmiga (retsipientga) qon guruhi to'g'ri mos kelmagan boshqa odam (donor)ning qoni quyilganda ham gemolitik anemiya rivojlanadi. Bunday anemiya izoimmun anemiyalar turiga kiradi.

Tug'ma gemolitik anemiyaga misol qilib, chaqaloqlarning gemolitik kasalligini keltirish mumkin. Kasallik ona bilan bola qonida rezus omillar (masalan, ona qonida rezus-manfiy, bola qonida esa rezus-musbat) bo'la turib, turli sabablarga ko'ra (masalan, tug'ilish vaqtida) bolaning qoni ona qoniga o'tib ketsa, ona organizmida bolaning eritrotsitlariga qarshi antitanalar ishlanib chiqib, ular keyin bola qoniga o'tib eritrotsitlarini gemolizga uchratadi va anemiyaga olib keladi.

Gemolitik anemiyalar orasida irsiy turlari bo'lib, eritrotsitlarning chidamligining pasayganligi bilan bog'liqdir. Gemolitik anemiyaning 3 xil turini

farqlash mumkin: 1. Parchalanish - gemolizning sababi eritrotsitlarning o'zida bo'lgan anemiyalar; 2. Parchalanishga turli zaharli moddalar sabab bo'ladigan (gemotoksik) anemiyalar; 3. Parchalanish sababi antitanalar bilan bog'liq (autoimmun, immunogemolitik) anemiyalar.

Gemolitik anemiyaning bir turida eritrotsitlarning gemolizi hujayra (makrofaglar) ichida bo'lsa, boshqa turida gemoliz qonning o'zida ham yuzaga kelishi mumkin, bunday hollarda gemoglobinuriya kuzatiladi.

Irsiy gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi. Ular 3 turga bo'linadi:

1. Membranopatiya (eritrotsit membranasining biror bir irsiy nuqsonga ko'ra takomillashmasligi, mustahkam bo'lmasligi, ya'ni biologik, fizik-ximyoviy xususiyatlarining yetishmovchiligidan) bu eritrotsit membranasida oqsilning irsiy nuqsoni (deffekt) tufayli kelib chiquvchi anemiyadir. Bu kasallikda eritrotsit membranasida kaliy va natriy nasos buziladi va natijada hujayra ichiga kaliy o'rnini natriy egallaydi, shuning uchun hujayra ichida suv to'planadi. Eritrotsit shishadi va natijada ular parchalanadi.

2. Enzimopatiya (eritrotsit tarkibidagi uning hayot faoliyatini belgilovchi fermentlarning yo'qligi yoki nafaolligi) tufayli kelib chiquvchi anemiyalar (glutation reduktaza, glutation peroksidaza, glyukoza-6-fosfatdegidrogenaza va b.q.).

3. Gemoglobinopatiya (gemoglobinozlar) - eritrotsit tarkibidagi gemoglobin sintezining yoki uning tuzilishidagi nuqsonga ko'ra, fizik-ximyoviy xususiyatlarining buzilishi tufayli yuzaga keluvchi anemiyadir. Gemoglobinning α aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa α talasemiya va agar β aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa β talasemiya deb yuritiladi.

Irsiy anemiyalar rivojlanish sababi va mexanizmlariga ko'ra gemolitik anemiyalar guruhiga kiritiladi, ammo ular asosan eritropoezning va gemoglobin sintezining buzilishi zaminida vujudga keladi.

Irsiy anemiyalarda gemoliz bevosita qonda yoki hujayralar (makrofag)da yuz beradi. Bilamizki, eritrotsitlarning ikki tomonlama botiq bo'lishi, elastikligi, shaklini o'zgartirishi va tuzilishini saqlashi avvalo uning tsitoskeletining tuzilishiga bog'liqdir. Tsitoskelet tuzilishini turg'un holda saqlovchi omil spektrin deb ataladi. Tsitoskeletning asosiy roli eritrotsitning o'z shaklini o'zgartira olish qobiliyatini ta'minlab asli tuzilishini saqlab qolishdadir.

Disksimon eritrotsitlar taloqda uning sinuslaridan o'tadi. Agar eritrotsitlar disksimon shaklda bo'la turib uni o'zgartira olish qobiliyati («cho'zilish») saqlansa, unda ular taloq sinus devori orasidan osonlik bilan o'tadi. Shaklini o'zgartira olish qobiliyatini yo'qotgan eritrotsitlar esa sinus devoridan o'ta olmay qolsa, qizil pulpaning trabekulalari yaqinida uzunasiga joylashgan fagotsitlar (makrofaglar) ularni qamrab olib yemiradi va gemolizga uchratadi. Eritrotsitlarning odatdagi 100-120 kunlik hayoti davomida asta-sekin ularning elastikligi kamaya boradi va ular o'z shakllarini o'zgartira olish qobiliyatlarini yo'qotadi, sferik shaklga o'ta boshlaydi va natijada taloq sinuslaridan o'tishi qiyinlashadi, ko'proq fagotsitoz va gemolizga uchraydi.

Gemolitik anemiyalarda eritrotsitlar hayotining qisqarishi va natijada anemiyaning kelib chiqish mexanizmlari, avvalo ularning shaklini o'zgartirish qobiliyatlarini yo'qotishlariga bog'liqdir.

Irsiy gemolitik anemiyalarda, agar turli sabablarga ko'ra eritrotsitlar turg'unligini yo'qotgan bo'lsa, ular turli endogen va ekzogen omillar ta'sirida qonning o'zidayoq osongina gemolizga uchrashi mumkin.

Membranopatiya. Bu anemiya asosan eritrosit membranasidagi oqsilning irsiy defekti tufayli kelib chiqadi. Ushbu anemiyada oqsilning irsiy defekti hamda ATF-aza, fosfolipidlar va xolesterinning yetishmasligi tufayli eritrotsitlar membranasining o'tkazuvchanligi ortib, kaliy-natriy nasosi buziladi. Natijada hujayra ichida natriy va uning ortidan suv to'planadi, hujayra bo'kadi, shakli o'zgaradi (sferik shaklga o'tib qoladi). Bunday eritrotsitlar, ya'ni sferotsitlar o'z shakllarini o'zgartirish qobiliyatiga ega bo'lmaydi, taloqda sinuslardan o'tishi qiyinlashadi, va eritrositning bir qismi ajralib qoladi (mikrosferotsit) tiqilib o'tadi va nobud bo'ladi, oxirida taloq makrofaglari tomonidan gemolizga uchraydi, yutib yuboriladi - anemiya yuzaga keladi.

Membranopatiyada eritrotsitlarning yashash davrining qisqa bo'lishiga yana bir sabab ularning osmotik chidamliligi (rezistentligi) ning pasayishi tufayli gemoliz qonda ham yuz berishi mumkin. Membranopatiyaga Minkovskiy-Shoffar mikrosferotsitar anemiyasini misol qilish mumkin. Bu anemiyani birinchi bo'lib 1900 yilda Minkovskiy va keyinchalik Shoffar tomonidan yozilgan. Anemiyada qonning rang ko'rsatkichi deyarli o'zgarmaydi. Eritrotsitlar sferik shaklda bo'lib, o'rta qismi ham to'q bo'yaladi. Leykotsitlar va retikulotsitlar soni deyarli normada bo'lib, kasallik og'ir kechganda (masalan, gemoliz kuchaygan vaqtlarda) ular ko'payishi mumkin. Eritrotsitlarning taloqda doimiy gemolizi tufayli, pulpasiga giperplaziya bo'lib, organ kattalashadi, shu bilan birgalikda qonda erkin bilirubin miqdori ortib ketadi. Bilirubin ko'p miqdorda ichakda sterkobilin ko'rinishida tushib, axlat bilan va siydik bilan organizmdan chiqadi. Ko'p miqdorda o't suyuqligida bilirubin tushishi, o't suyuqligi xarakterini ozgartiradi va o't toshlari hosil bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi kasallik xuruj qilganda asosan bemorlarni holsizlik, bosh aylanish, tana haroratining ko'tarilishi bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgilaridan biri teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi, uzoq cho'ziluvchan, qiyin davolanadigan yaralarning tizzada payda bo'lishidir. Bu jigarning bilirubinni qay darajada bog'lash xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Axlatning rangi sterkobilin ko'pligi tufayli qoramtir-sarg'ish rangda bo'ladi. Bemorlarda rivojlanishni orqada qolishi va yuz skeleti tuzilishini buzulishi "minora bosh" ko'rinishida, tanglayni yuqori turishi, tishlarni rivojlanishi va joylashishini buzulishi, ko'z olmasini torayishi, egarsimon burun kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarni palpatsiya qilganda taloqning va ba'zanda jigarning kattalashganini aniqlashimiz mumkin. Kasallik qonning to'xtovsiz gemolizi bilan birga kriz bilan kechadi.

Davosi asosan tez-tez kriz bilan kechuvchilarda operativ (splenektomiya) usul bo'lib, bemorlar 100% davolanadilar va uzoq muddat yashashi mumkin.

Enzimopatiya. Bu turdagi anemiya asosan ressesiv yo'l orqali avloddan avlodga beriladi. Mikrosferotsitar anemiyadan farqi eritrositning normal shakli va

osmotik rezistentligi normal yoki yuqori bo'lgan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Enzimopatiyaga eritrotsitlar membranasida glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza, glyutation reduktaza, piruvatkinaza, glyutation peroxidaza fermentlari yetishmasligiga bog'liq anemiyani misol qilib keltirish mumkin. Bu anemiyada NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashib, oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi. Natijada organizmda kechadigan bioximiyoviy jarayonlar borishi bilan birga va turli dorilar ta'sirida hosil bo'ladigan kislorodning faol shakllari (atomaar kislorod) va peroksid birikmalar eritrotsitlarning qobig'ini shikastlab ularni gemolizga uchratadi. Gemoliz asosan tomir ichida yuzaga keladi. Bu kasallikning ko'rinish alomatlari bezgak kasalligi tarqalgan mamlakatlarda, bezgakka qarshi beriladigan dorilar (primagin, xinin), sulfanilamid preparatlari, analgetiklar, vitamin K, PASK tasirida kuzatilgan va gemolitik krizga olib keladi va gemoliz kuchayadi hamda bir hafta o'tgandan so'ng dori qabul qiladimi yo'qmi gemoliz to'xtaydi.

Klinikasi. Og'ir holatlarda bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, orqada umurtqalar atrofida, qorinda og'riq, ko'p miqdorda qusish bilan birgalikda hansirash, yurak urishi bezovta qiladi. Ba'zan bemorlar hushdan ketadilar. Eritrotsitlarning (gemoglobinning) parchalangan qoldiqlari buyrak kanalchalarida tiqilib qoladi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Bemorlarning terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar sarg'ish rang tovlanib, siydigi rangi qoramtir rangda bo'lib, bu siydikda gemosiderin ajralishi bilan bog'liq. Palpatsiyada taloqning va ba'zanda jigarni kattalashganligini aniqlashimiz mumkin.

Davosi. Taloqni operatsiya usulida olib tashlash naf bermaydi, shu sababli bemorlarga bir xil gruppadagi qon quyish va ko'p miqdorda fiziologik eritma, 5% li glukoza eritmasi quyish ma'qul. Shok oldini olish maqsadida morfın, promedol, prednizolon qilish mumkin. Buyrak yetishmovchiligi yuz berganda dori vositalari naf bermasa gemodializ qo'llaniladi. Anuriya va buyrak yetishmovchiligi yuz berganda noxush kechishi mumkin.

Gemoglobinopatiya. O'roqsimon-(yarimoysimon) hujayrali anemiya. Bu anemiya gemoglobinning birlamchi tuzilishida defekt - nuqson borligi tufayli yuzaga keladi. Bemorning qonida HbF aniqlanadi (normada HbA), bunday gemoglobin molekulasidagi Hb ning β zanjirlaridan birida 6-gidrofil glutamin kislotasi o'rni valin egallaganligi tufayli gemoglobinning gipoksiyaga chidamliligining susayishi anemiyaga sabab bo'ladi.

Bemorda, agar turli sabablarga ko'ra masalan, o'pka-yuak yetishmovchiligi yoki balandlikka ko'tarilish (kasallikning ko'rinishi birinchi marta Afrikadan Amerika tomon parvoz qilgan samolyotda qora tanli yo'lovchilarda kuzatilgan) va h.k. tufayli gipoksiya ro'y bersa, gemoglobin kristall holatiga o'tib eritrotsitlarni o'roqsimon shaklga aylantiradi. Bunday eritrotsitlar birinchidan, taloq sinusidan o'ta olmay gemolizga uchraydi, ikkinchidan, qon tomirlarida agregatlar hosil qilib trombozga sabab bo'ladi va turli a'zo va to'qimalarga qonning kam borishiga va boshqa xavfli oqibatlarga sabab bo'ladi.

Bu tur anemiyada bemor qonida maxsus usul bilan tayyorlangan qon surtmasida o'roqsimon eritrotsitlarni kuzatish mumkin. Qonda qisman anizotsitoz, poykilotsitoz, retikulotsitoz kuzatilishi mumkin.

Talasemiya. Talasemiya gemoglobinning polipeptid zanjirlari sintezining buzilishiga bog'liq bo'lib, α zanjirining sintezi buzilganda α -talasemiya, β zanjirining sintezi buzilganda β -talasemiya yuzaga keladi.

α –talasemiya. Gemoglobin sintezi vaqtida α -zanjir uchun javobgar xromasoma mutatsiyaga uchraydi va Hb ning α -zanjiri sintezi buziladi. Bunda bolalarda Bart Hb va kattalarda HbH sintezlanadi. Bunday gemoglobin saqlovchi eritrotsitlar tez oksidlanadi, elastikligi yo'qoladi, umri qisqa bo'ladi va ular taloqda parchalanib yuboriladi.

β – talasemiya. Hb tarkibidagi globinning β -zanjirida ortiqcha HbA2 va HbF (Fetal) sintezlanadi va α -zanjiri sintezi vujudga keladi. Bunday eritrotsitlar membranasida kaltsiyga o'tkazuvchanlik oshadi, natijada eritrotsitlarni elastikligi yo'qoladi va fermentlarga sezuvchan bo'lib tez parchalanadi.

Talasemiyada eritrotsitlar a'zoldagi (taloq, jigar va b.) makrofaglarda gemolizga uchraydi. Gemolitik anemiyalarda ko'pincha qondagi eritrotsitlar bilan gemoglobin bir tarzda kamayadi, shuning uchun qonning rang ko'rsatkichi polixromatofill normoblastlar va sideroblastlar soni ko'payadi. Bo'yalgan qon surtmasida poykilotsitoz, gipoxromiya va nishonsimon eritrotsitlarni ko'rish mumkin. Eritrotsitlarning diametri odatdagidan kichik, retikulotsitlar soni ko'payib, qonda normoblastlar ham uchrashi mumkin. Leykotsitlar soni me'yoridan biroz ko'proq bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra talasemiyaning «kichik» va «katta» deb atalgan turlari bo'lib, «kichigi» geterozigotlarda uchraydi va uning yengil turi hisoblanadi. «Kattasi» og'ir turi gomozigotlarda uchraydi va bolalik davridanoq o'zini namoyon qiladi. Gomozigot β talasemiya (Kuli anemiyasi) chaqaloqlarda, tug'ilgandan 7 oy o'tgach klinik belgilari namoyon bo'la boshlaydi, bu HbF ning HbA ga almashinuv davriga to'g'ri keladi.

Klinikasi. Bunday bolalarda holsizlik, lanjlik, rangparlik, ko'zi oqi va shilliq pardalarda mo'tadil sariqlik kuzatiladi, shular bilan birga gepatosplenomegaliya va qorinning kattalashuvi namoyon bo'ladi. Bunday bolalarda bosh suyagining rivojlanishini buzilishi, uning minorsimon shaklga va yuzining mo'g'ilsimon qiyofaga kirishiga olib keladi.

Rentgenologik tekshiruv suyaklarla asosan osteoparoz, naysimon suyaklarni ingichkalashishi, bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) kabi o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator tekshiruvda bemorlar qonida nishon (mishen) li eritrotsitlar, anizotsitoz, paykilotsitoz, ko'pgina eritro va normoblastlar hamda retikulotsitoz bo'ladi. Boshqa turdagi gemolitik kamqonliklardan farqli, Kuli kamqonligida eritrotsitlarning osmotik chidamliligi oshadi.

Gomozigot β -talasemiya bilan kasallangan bemorlarda HbF 90% gacha oshgan, HbA1 sintezi kamaygan bo'lib va HbA2 kamayishi mumkin yoki meyorda bo'lib, oshishi ham mumkin.

Oilaviy- irsiy (shajaraviy) tahlil Kuli kamqonligi bo'yicha proband β talasemiya genlarini bir vaqtda ota va onasidan olganligini bildiradi.

Davolaash irsiy gemolitik kamqonliklar jarrohlik va konservativ olib boriladi. Jarrohlik usulda asosan irsiv mikrosferotsitozda taloq olib tashlanishi yaxshi natija beradi. Bolalarda asosan 5 yoshdan keyin olib tashlanadi va shunday kamqonlik homilador ayollarda homilaning 4-5 oyligida taloq olinishi, 7 oyligidan so'ng bola keserov kesish orqali bola olinib va splenektomiya tavsiya etiladi. Irsiy gemolitik kamqonliklarda qon quyish individual hal etiladi va og'ir darajali bemorlarda 125-250 hatto 1000 ml va undan ham ko'proq ham eritrotsit massasi quyiladi. Gemopoezni yaxshilash uchun temir preparatlari (Tardiferon, Ferroleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema), Vit B12 va folat kislota berish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ortirilgan gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi:

1. Antitana ta'siri natijasida yuzaga kelgan gemolitik anemiya (GA) (izoimmun, autoimmun, transimmun, geteroimmun).
2. Somatik mutatsiya natijasida eritrotsitlar membranasi o'zgarishi bilan kechadigan GA (Markiafav-Mikel kasalliga).
3. Eritrotsitlar membranasi mexanik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (yurak klapanlari protezi, uzoq masofada yuguruvchilarda).
4. Eritrotsitlar membranasi ximik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (qonni parchalovchi zaharli toksinlar, qo'rg'oshin, og'ir metallar, organik kislotalar, ilon chaqishi va b.q.).
5. Vitamin E yetishmovchiligi tufayli kelib chiqqan GA.
6. Parazitlar ta'siri natijasida kelib chiqqan GA (malariya qo'zgatuvchisi).
7. Evans sindromida ortirilgan autoimmun gemolitik anemiya bilan qo'shib, autoimmun trombositopeniya kelishi.

Klinik: sarg'ayma, qon quyilish, siydik bilan gemosiderin chiqishi (ekskretsiyasi) • sindrom Evansa Fishera.

Orttirilgan gemolitik anemiyalar 2 turga bo'linib, infeksiyon va noinfeksiyon ko'rinishlari mavjud. Orttirilgan gemolitik anemiyalar orasida autoimmun GA ko'proq uchraydi, buning asosiy sababi bemor organizmida o'zini eritrotsitlariga qarshi antitana hosil bo'lib, eritrotsitlar aglyutinatsiyasiga sabab bo'ladi va ular retikulogistiotsitar hujayrada parchalanib yuboriladi.

Autoimmun GA lar simptomatik va idiopatik bo'ladi. Simptomatik autoimmun GA har xil kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bu kasalliklarga surunkali limfoleykoz, limfogranulematoz, sistemali qizil bo'richa, revmatoidli artrit, surunkali gepatit, jigar tsirrozi, o'tkir leykozlar va h.k. Qachonki, antitanalar hosil bo'lishi sababi aniqlanmasa, yoki biron bir patologik jarayon bilan bog'liq bo'lmasa, idiopatik autoimmun GA kasallik hisoblanadi va bu autoimmun kasalliklarining 50% ni tashkil qiladi. Antitanalarning hosil bo'lishi immun kompetent hujayralar tizimi buzilishi hatijasida yuzaga keladi, shuning uchun eritrotsitlar antigen sifatida organizm tomonidan qabul qilinib, ularga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Ushbu antitana eritrotsitlarga yopishadi va ular

retikologistiotsitar tizimga ushlanib, parchalanib yuboriladi. Eritrotsitlarning gemolizi asosan taloqda, jigarda, suyak ko'migida bo'ladi.

Klinikasi: Klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali autoimmun GA farqlanadi. O'tkir shaklida kasallik kutilmaganda holsizlik, yurak urishi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi bilan boshlanadi. Surunkali shaklida kasallik asta-sekin boshlanib, bemorlarning holatida kamroq o'zgarish kuzatiladi. Bemorlar garchi shikoyat qilmasada, palpatsiyada ularning talog'i va ba'zan jigari kattalashganligini aniqlash mumkin. Kasallik gemolitik kriz bilan kechadi va bu infektsiya hamda sovuq ta'sirida yuzaga keladi. Kasallikning o'tkir shaklida lekotsitoz leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan miyelotsitlargacha. Surunkali shaklida garchi leykotsitlar soni normada bo'lsa ham EChT yuqori bo'ladi. Suyak ko'migida giperplaziya kuzatiladi. Qonda bog'lanmagan bilirubin miqdori oshadi, najas bilan sterkobilin ajralishi ko'payadi.

Davolash: Avtoimmun GA larni davolashda asosiy o'rin garmonoterapiya egallaydi va doimiy yoki vaqtinchalik gemolizni oldini oladi, buning uchun dozasi va yetarlicha muddat tavsiya etiladi. Prednizolon (glyukokortikoidlar) 60-80 mg/sut (deyarli 1 mg/kg tana vazniga) davo maqsadida va saqlanib turuvchi doza 5-10 mg/sut, davo kursi 2-3 oy davom ettiriladi.

Immunodepresantlar ham ba'zan yaxsi samara beradi, 6-merkaptopurin, azatiopirin (100-150 mg/sut), xlorambutsil (10-15 mg), shular bilan birga bezgakga qarshi dori vositalar ham samaralidir (delagil, rezoxin). Agarda xuruj bilan kechadigan shakllarida glyukokortikoidlar va immunodepressantlar samarasiz bo'lganda jarrohlik usulda splenektomiya qilinadi. Gemotransfuziya hayotiy ko'rsatmaga asosan qilinadi (gemoglobinni tushib ketishi, sopor, koma holatida). Qon ishlab chiqarishni (eritropoezni) yaxshilovchi dori vositalar tavsiya etiladi (temir preparatlari, Vit. B12 va folat kislotasi).

Tarqatma materiallar. Assesmentlar

Ассесмент 1

<p>Test</p> <p>1. Yara kasaligidagi rentgenoskopik belgilarni aniqlang? 1). Me'da shilliq qavatida gipertrofiyalangan. 2). Me'da shilliq qavatida atrofiyalangan. 3). Me'da shilliq qavatida eroziya va qon oqadi. 4). Nisha (tokcha) simptomi ko'rinadi. 5). Ko'rsatkich barmoq belgisi ko'riladi.</p> <p>1). -4-5; 2). -1-2; 3). -2-3; 4). -3-4;</p> <p>57. "Melena" nima?</p> <p>a) Qora rangdagi axlat b) Rangsiz (kulrang) axlat v) Hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlariga ega axlat g) Yog'li, yaltiroq, yomon yuviladigan axlat</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>1 masala</p> <p>Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, o'zini 10 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning shikoyatlari ovqat yegandan so'ng 1,5-2 soat o'tgach epigastral sohada og'riq paydo bo'lishi, kekirish va jiqildon qaynashiga, ba'zanda ko'ngli aynib qusishga shikoyat qiladi. Og'riq ovqat yegandan so'ng susayadi, ko'pincha bahor va kuz fasllarida bezovta qiladi.</p> <p>Sizning taxminiy diagnozingiz qanday.</p> <p>Rentgenologik tekshiruvda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.</p> <p>Palpator o'zgarishlarni ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Surunkali enterit bu</p>	<p>Amaliy ko'nikma:</p> <p>Sigmasimon ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

Ассесмент 2

<p>Test</p> <p>22. Yara kasalligiga xos belgilar? 1). Ovqatdan so'ng og'riqning paydo bo'lishi. 2). Og'riqning ovqat bilan bog'liqligi va bahor kuzda paydo bo'lishi. 3). 12 barmoqli ichak yarasida kechki og'riqlarning paydo bo'lishi. 4). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan 20-30 minutdan so'ng paydo bo'lishi. 5). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan so'ng kuchayishi xarakterli.</p> <p>1). -3-4; 2). -1-3; 3). -2-3; 4). -4-5;</p> <p>58. "Palag'da tuxum" hidli kekirish kuzatiladi:</p> <p>a) kompensatsiyalashgan stenozda</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>2 masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi erkak, talaba. Diagnostika markaziga kelganda ko'p yillardan buyon kasal ekanligini takidlagan va har kechkurun soat 2-3 orasida epigastral sohada og'riq bezovta qilishini aytdi va ko'ngil aynishi, holsizlik bezovta qilib turadi.</p> <p>Bemor shu vaqtda turib biroz ovqatlanadi va og'riq susaygach yana yotadi. Shifokor bemorni qorin sohasini palpatsiya qilganda qorinning o'rta chizig'idan o'ng tomonda kindik ustida og'riq borligini aniqladi.</p> <p>Bemorda aniq diagnoz qo'yish</p>
--	---

b) me'da qizilo'ngach reflyuksida v) duodeno-gastro-ezofageal reflyukusda g) dekompensatsiyalashgan stenozda	uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borish ma'qul. Bu kasallikning rentgenologik belgilari qanday. Gastrofibroskopik belgilarini ayting.
Tushuncha tahlil: Surunkali kolit 6y	Amaliy ko'nikma: Yonbosh va ko'r ichakni palpatsiyasi texnikasi

Ассессмент 3

<p>Test</p> <p>21.Yara kasalligining asoratlarini ko'rsating? 1). Og'riq, qon ketishi, perforatsiya.2). Ozib ketish og'riq, penetratsiya, malignizatsiya.3). Stenoz, perfaratsiya, malignizatsiya.4). Qon ketishi, penetratsiya.5). Epigastral sohada og'riq, qusish, Me'da teshilishi, stenoz.</p> <p>1).-3-4; 3).-2-3; 2).-1-2; 4).-4-5;</p> <p>59. Ovqat yegandan keyin 7-8 soat o'tgach "chayqalish (plesk) shovqinining" epigastral sohadan aniqlanishi darak beradi:</p> <p>a) Motor funksiyasining o'zgarishidan b) HCl-giperproduksiyasidan v) Evakuator funksiyaning susayishi g) Shilliq (sliz) giperproduksiyasidan</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>3 masala</p> <p>Bemor shifokorga kelganda o'zini 16 yildan buyon kasal ekanligini aytdi va kechqurunlari epigastral sohada og'riq paydo bo'lib, uyqudan uyqonadi va biroz sut ichib yana yotadi, bemorni ko'zdan kechirganda tili oq karash bilan qoplangan. Palpatsiyada kindik yuqorisida qorinning o'rta chiziqidan o'ng tomonda og'riq bor.</p> <p>Kasallik uchun xos rentgenoskopik belgilarini aytib bering.</p> <p>Bu bemorda kasallikka xos qanday asoratlar qolishi mumkin.</p> <p>Bu bemor uchun ovqatlanish rejimini tuzing.</p>
Tushuncha tahlil: Surunkali sigmaidit bu.....	Amaliy ko'nikma: Chiquvchi chamber ichak palpatsiyasi texnikasi

Ассессмент 4

<p>Test</p> <p>25.Gastrofibroskopik tekshiruvida aniqlanadi?1). Me'da va 12 barmoqli ichak yarasi.2). Me'da va ingichka ichak yaralari.3). 12 barmoqli ichak va sigmasimon ichak yaralari.4). Me'da va 12 barmoqli ichak yallig'lanishi o'smasi, poliplari.5). Yo'g'on ichaklar va ingichka ichaklar yarasi, o'smasi</p> <p>1). 2-3; 2).-1-4; 3).-3-4;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>7 masala</p> <p>Bemor 27 yoshda, jinsi ayol, doimiy qorinda dam, kuldirash bor, ichi ba'zan suyuq o'tadi, sub'ektiv – yuqoridagi simptomlar yilning bahor va kuz faslida ko'proq bezovta qiladi. Bemorda ovqatlanish rejimi buzilgan, alkohol istemol qilib turadi. Ob'ektiv - palpatsiyada kindik yuqorisida va chap tomonda (simptom Porges) va ingichka ichak</p>
--	--

<p>4).-4-5;</p> <p>62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos;</p> <p>a) Jigar sirroziga b) Surunkali pankreatit v) Surunkali gastritga g) Surunkali gepatitga</p>	<p>tutqichi buylab (simptom Shternberg) og'riq borligi, qorin sohasida kuldirash aniqlandi. Sizning taxminiy tashxisingiz? Bemorda tekshirish rejasini tuzing va undagi o'zgarishlarni ayting? Bemor najasida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin? Bu bemor uchun parhez stoli va ovqatlanish rejimini tuzing?</p>
<p>Tushuncha tahlil: 12 barmoqli ichakni zondlash haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Ko'ndalang chambar ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

Ассесмент 5

<p>Test</p> <p>15.O'tkir gastritda FGDS dagi o'zgarishlar? 1). Eroziyalar, qon quyilishlari. 2). Shilliq qavatning giperemiyasi. 3). Oshqozon burmachalari atrofiyasi. 4). Oshqozon va 12 b/i yarasi va qon ketishi. 5). Me'da shilliq qavati gipertrofiyasi.</p> <p>1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-3-5;</p> <p>60. Tanada "tomir yulduzchalari" paydo bo'lishiga asosiy sabab bu...:</p> <p>a) Organizmda esterogenlar yig'ilishi va jigarda ular inaktivatsiyasining pasayishi b) Uglevod almashinuvining buzilishi v) Tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi g) Jigarda retikulo-endotelial apparatning izdan chiqishi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>17 – masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelindi va so'rab surishtirishda ko'p yillardan buyon kasalligi va kasallik bahor va kuz oylarida bezovta qilib turishi hamda anamnezida meda yarasi borligi aniqlandi. Bemorning shikoyati holsizlik, qusish va qusuq massasi kofesimon. Bemorni ko'zdan kechirganda rangi oqarib ketgan, najasi qoramtir (dekteobraz), o'zi holsiz, pulsi tezlashgan, qon bosimi 80/50 mm. sim. ust. teng. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying? Diagnostika tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi maqul? FGDS dagi o'zgarishlarni ayting?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Yara kasalligini rentgenologik belgilari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Oshqozonni paypaslash texnikasi</p>

Assesment 1

<p>Test</p> <p>28. Temir mikroelementi so'rilishiga tasir qiluvchi oziq ovqat maxsulotlari; A) Jigar; B) Kakao; C) Buzoq</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>1 masala Bemor 25 yoshda, kasalxonaga tushganda vrach</p>
--	---

<p>go'shti; D) Qora qahva; E) Go'sht; J) Qorachoy va sut; Z) Kisel; I) qora mol go'shti;</p> <p>A) B-D-J-Z B) B-C-D-I C) A-C-E-Z D) C-D-E-I</p> <p>16. Pica chloroticaga xos simptomi nima:</p> <p>A) Teri quruqligi B) Tirnoqlar deformatsiyasi C) Disfagiya D) Noxush hidlarni yoqitirish</p>	<p>tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar ko'zga tashlandi. Teri qoplami quruq va ko'chuvchan, rangpar, shilliq qavatlar oqimtir, tirnoqlari sinuvchan, koilonixiya kuzatiladi, oqiz burchaklari yorilgan, til so'rg'ichlari atrofiyaga uchragan, tishlarida qora dog'lar bor, destruktiviyaga uchragan, alveolyar pioreya kuzatiladi, sochlari to'kiluvchan, quruq va sinuvchan. Qonda rang ko'rsatkichi 0,63 (gipoxromiya). Bemorga qanday tashxis qo'yasiz. Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qondagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasining rivojlanish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 2

<p>Test</p> <p>19. Qaysi oziq – ovqat maxsulotlaridan temir organizmga yaxshi o'zlashtiriladi: A) Baliq; B) Jigar; C) Tovuq go'shti; D) Buzoq go'shti; E) Kurka go'shti; J) tuya go'shti;</p> <p>A) A-B B) B-E C) B-D D) D-C</p> <p>15. Ovqat hazm qilish traktida temir so'riladi:</p> <p>A) Yo'gon ichak B) Oshqozonda C) 12 barmoqli ichak va ingichka ichak yuqori qismida D) Meda va 12 barmoqli ichak</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>3 masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, 28 haftali homilador. Bemorning muammolari holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyatining pasayishi, tez charchash, hansirash, qulog'ida shovqin, badanda chumoli yurishi hissiyoti, teri sezuvchanligini susayishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, ko'ngil aynishi, disfagiya bezovta qilishini aytdi va so'rab surishtirilganda kesak va bo'r istemol qilgisi kelishini aytib berdi. Bemorning qoni tekshirilganida qonda rang ko'rsatkichi 0,71 (pasaygan), gemoglobin 85 g/l hamda eritrotsitlar 3,6 mln (kamaygan), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlarni borligi aniqlandi, mikrotsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichrayganligi ma'lum bo'ldi. Sizning taxminiy tashxisingiz qanday. Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin. Yurak-qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Limfagranulematoz kasalligiga izoh bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar sonini aniqlash.</p>

Assesment 3

<p>Test</p> <p>21. Qon yaratish organiga kiradi? A) Suyak ko'migi, limfa tuguni, o'pka; B) Taloq , jigar, suyak ko'migi; C) jigar, suyak ko'migi, yurak; D) Taloq , jigar, limfa tuguni; limfa tuguni, yurak, jigar;</p> <p>A) B-D B) A-B C) B-E D) B-C</p> <p>14. Ovqat tarkibidagi temirning maksimal so'rilish</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>4 masala</p> <p>Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni vrach tomonidan sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 g/l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida yurak urish tezligi 104 zarb/min hamda yumshoq sistolik</p>
---	--

<p>miqdori: A) 4,5 mg/sutka B) 1,5 mg/sutka C) 2,5 mg/sutka D) 3,5 mg/sutka</p>	<p>shovqin yurak choʻqqisida V qovurgʻa orasida eshtiladi. Bemorning taxminiy tashxisini ayting. Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday oʻzgarish koʻrishimiz mumkin. Yurak qon tomir tizimidagi oʻzgarishlarni aytib bering Bemorning qonidagi boʻlishi mumkin boʻlgan oʻzgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali miyeloleykoz haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy koʻnikma Leykotsitlar miqdorini aniqlash.</p>

Assesment 4

<p>Test 35. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Temirga boy mahsulotlarga nimalar kiradi va 2) Qaysi maxsulotlar temir soʻrilishini kamaytiradi? A) Jigar; B) Kakao; C) Buzoq goʻshti; D) Qora qahva; E) Goʻsht; J) Qorachoy va sut; Z) Kisel; I) qora mol goʻshti; A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A-B-C-E va 2-I-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-I va 2-E-B-Z-J 17. Qizarmagan, kattalashgan, ogʻriqsiz, teri bilan bitishmagan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos? A) Eritremiya uchun B) Limfosarkomalar uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Leykoz kasalligi uchun</p>	<p>Vaziyatli masala 26 masala Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, vrach qabuliga kelganda holsizlik, terlash, ish qobiliyatining pasayishi, badanning qichishi, boʻyin sohasi va umrov osti sohalarida shish borligi, tana haroratining koʻtarilishiga shikoyat qildi. Limfa tugunidan biopsiya olinganida koʻp yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi. Bemorning qonida rang koʻrsatkichi 0,67 gipoxromiya, eritrotsitlar 2,5 mln yaʼni anemiya, neytrofil leykotsitoz, eozinofiliya, trombositopeniya va EChT oshganligi aniqlandi (50-70 mm/s). Bemorga taxminiy tashxis qoʻying. Bemor koʻzdan kechirilganda qanday oʻzgarishlar koʻramiz. Palpator va perkutor oʻzgarishlarni aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday natija kutish mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali limfoleykoz haqida tushuncha.</p>	<p>Amaliy koʻnikma Qonni ivish vaqtini aniqlash.</p>

Assesment 5

<p>Test 7. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Temir tanqis anemiyaga xos va 2) Vit. B12 va folat defitsit anemiyaga xos oʻzgarishlar; A) Sideropenik sindrom B) Sargʻish tusli rangpar teri xarakterli; C) Jigarning kattalashuvi; D) Kebot halqalari va Jolli tanachalari; E) Koylonixiya; J) Pica xloratika; Z) Rangpar teri; I) Giperxromiya; A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I B) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z</p>	<p>Vaziyatli masala 10 masala. Bemor vrach qabuliga kelganda holsizlik, yurak urishi, koʻngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining achishi (kuyishi) bezovta qilib turishini takidlad. Bemorning oqiz boʻshligʻi koʻzdan kechirilganda tili toʻq qizil va yaltiragan, soʻrgʻichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlar va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oqiz shilliq qavatida yarachalar</p>
--	--

<p>D) 1-A-C-D-I va 2-E-B-Z-J</p> <p>11. Mikrotsitlar quyidagi hollarda paydo bo'ladi</p> <p>A) Gemolitik anemiya</p> <p>B) Vit B12 defitsitli anemiya</p> <p>C) Temir defitsitli anemiya</p> <p>D) Gipoplastik anemiya</p>	<p>payda bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megalotsit va megaloblast hujayralar borligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz. Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering. Nerv sistemasidagi o'zgarishlar va ta'sir mexanizmini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Irsiy gemolitik anemiya to'g'risida tushuncha.</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash.</p>

Assesment 6

<p>Test</p> <p>10. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Irsiy gemolitik anemiya va 2 - Ortirilgan gemolitik anemiya; A) Fermentopatiya; B) Membranopatiya; C) Sistemali kasalliklar; D) Imfeksiya; E) Gemoglobinopatiya; J) Enzimopatiya; Z) Toksik moddalar; I) Rezus nomutanosiblik;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z</p> <p>B) 1-A-E-J-Z va 2-B-C-D-I</p> <p>C) 1-A-C-J-Z va 2-E-D-J-Z</p> <p>D) 1-A-B-E-J va 2-C-D-Z-I</p> <p>26. Sideropenik sindrom belgilariga kiradi, bittadan tashqari:</p> <p>A) Teri qoplamlari quruqligi</p> <p>B) Ovqat yutish qiyinlashuvi</p> <p>C) Og'riqli yutinish</p> <p>D) Ovqatni qizilo'ngachga turib qolishi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>8 masala</p> <p>Bemor yoshi ulgaygan, ambulator sharoitida vrach nevropatolog qabuliga kelganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolganligi, terisida anesteziya va paresteziya borligi shular bilan birga siydik qopi va to'qri ichak faoliyatining buzilishi kuzatildi. Bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchranganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlar va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oqiz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonda Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi.</p> <p>Sizning taxminiy tashxisingiz qanday. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar kuzatiladi. Laborator o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Ortirilgan gemolitik anemiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Rang ko'rsatkichini aniqlash texnikasi</p>

Assesment 7

<p>Test</p> <p>12. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Irsiy gemolitik anemiyada 1. membranopatiya va 2. gemoglobinopatiyaga olib keluvchi sabablarni ko'rsating; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) α aminokislotalar zanjiridagi nuqson; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) β aminokislotalar zanjiridagi nuqson; E) hujayra ichida suv to'planishi.</p> <p>A) 1-A-C-E va 2-B-D</p> <p>B) 1-A-E-D va 2-B-C-</p> <p>C) 1-A-B-D va 2-C-E</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>7 masala</p> <p>Bemor 57 yoshda, jinsi ayol. vrach qabuliga kelganda quyidagilarga shikoyat qildi, holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining kuyishi, achishish, ba'zan ichining suyuq yoki kabziyat bilan o'tishi, uyquning yomonlashishi bezovta qilib turishini takidladi. Bemor tekshirilganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolgan, terisida anesteziya va paresteziya kuzatiladi shular</p>
--	--

<p>D) 1-A-B-E va 2-C-D</p> <p>29. Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?</p> <p>A) Osmo kasalligi uchun B) Leykoz kasalligi uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Gematosarkomalar uchun</p>	<p>bilan birga siydik qopi va to'q'ri ichak faoliyatida buzilish borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megaloplast hujayralar borligi va rang ko'rsatkichi giperxromligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz. Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz. Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting. Laborator o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Leykoz bilan bemorlarni kozdan kechirish</p>	<p>Amaliy ko'nikma Taloqni palpatsiya qilish texnikasi</p>

Assesment 8

<p>Test</p> <p>32. Vitamin B12 tanqis va folat kislotasi tanqis anemiyaga xos simptomlarni ko'rsating. A) Pay reflekslarini pasayishi; B) Suyak ko'migi giperplaziyasi; C) Rang ko'rsatkichi giperxromiya; D) Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi; E) Terisi rangpar; J) Atrofik Xanter glossiti; Z) Malina rangli til; D) Teri osti yog'kavati atrofiyasi;</p> <p>A) A-C-D-J-Z B) B-C-D-I-Z C) A-C-J-Z -B D) E-D-J-Z-B</p> <p>38. Temirning qaysi valentlik shakli organizm tomonidan yaxshi o'zlashtiriladi:</p> <p>A) Temir oksidi B) 3 valentli C) 1 valentli D) 2 - valentli</p>	<p>Vaziyatli masala 23 masala</p> <p>Vrach qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda bemor kaxeksiyaga uchragan, qorinlari shishgan, terisi nam, rangi oqargan, sarg'ish rang tovlanadi, oyoqlarida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, og'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni asosan mielotsitlar, promielotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting. qondagi o'zgarishlarni ayting. Kariologik o'zgarishlarni ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Gemoglobinopatiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Taloqni perkussiya qilish texnikasi</p>

Assesment 9

<p>Test</p> <p>33. Vitamin B12 tanqis va folat kislotasi tanqis anemiyaga meda shirasidagi o'zgarishlarni aniqlang; A) Gastromukoproteinlar bo'lmasligi; B) xlorid kislotasining bo'lmasligi; C) Pepsinning bo'lmasligi; D) Axloridriya E) Meda shirasida pepsinning ko'payishi; J) Meda shirasida gastromukoproteinlarni ko'payishi; Z) Meda shirasini giposekretsiyasi;</p> <p>A) A-C-Z B) B-C-Z C) A-C-D D) E-D-J</p> <p>8. Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashib ketgan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?</p> <p>A) Osmo kasalligi uchun</p>	<p>Vaziyatli masala 25 masala</p> <p>Ambulator qabulga kelgan bemor vrach tomonidan ko'zdan kechirilganda bemor kaxeksiyaga uchragan, qorinlari shishgan, terisi quruq, rangi oqargan, oyoqlarida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, og'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni haddan tashqari asosan limfotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi. Shular bilan bir qatorda Botkin-Gumprecht soyasi borligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz.</p>
--	---

B) Leykoz kasalligi uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Gematosarkomalar uchun	Bemor shikoyatlarini sanab o'ring. Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting. qondagi o'zgarishlarni ayting.
Tushuncha tahlil: Enzimopatiya haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi

Assesment 10

Test 25. Minkovskiy—Shoffar sferotsitar anemiyasini sabablarini aniqlang; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) natriyning hujayra tashqarisiga chiqishi; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) kaliyning hujayra ichida to'planishi; E) hujayra ichida suv to'planishi. J) hujayra ichida suv kamayishi; A) A-C-E B) B-C-E C) A-C-D D) D-E- J 42. Leykoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating? A) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan B) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni	Vaziyatli masala 11 masala Bemor 48 yosh, bir necha yildan buyon revmatoid artrit bilan dispanser nazoratida turadi, gripp bilan kasallangandan so'ng holsizlik, tez charchash, jismoniy zuriqishda yurak urishi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri, ko'zi va boshqa shilliq qavatlarini sarg'ayishi, siydik rangining qoramtir tus olishi namoyon bo'ldi. Qondagi eritrotsitlar miqdori 3,2 mln kamligi hamda retikulotsitlar meyorga nisbatan biroz oshganligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmagan. Ushbu kamqonlik anemiyaning qaysi turiga mansub. Kasallik rivojlanish mexanizmini aytib bering. Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering. Bemor qonida, najasida, peshobida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.
Tushuncha tahlil: Anemiya haqida tushuncha va uning turlari	Amaliy ko'nikma Qonni bioximik tekshirish texnikasi

Assesment 11

Test 40. Irsiy gemolitik anemiyaning enzimopatiya turiga olib keluvchi sabablarni aniqlang; A) Glyukozo-6-fosfatdehidrogenaza etishmovchiligi; B) Eritrotsitlar tarkibida oksidlovchilrni kamayishi; C) Piruvatkinaza fermenti etishmovchiligi; D) Glyutation peroxidaza fermentlari etishmasligi; E) Qaytarilgan glyutationning ko'payishi; J) Oksidlangan glyutationni kamayishi; Z) NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashishi; I) oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi. A) A-C-D-Z-I B) A-B-C-E-J C) A-B-D-Z-I D) E-C-D-J-I 6. Koylonixiya bu?	Vaziyatli masala 9 masala Qabulxonada kelgan bemorni vrach so'rab surishtirib bosh og'riqi, bosh aylanishi bezovta qilib turishi va ob'ektiv- teri va shilliq qavatlarini sarg'ish rangdaligi hamda oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili silliq, to'q qizil rangda, glossit borligi, shular bilan birgalikda instrumental (UTT) jigar va taloq kattalashganligi va laborator qonning rang kursatkichi 1,2, Jolli tanachalari topildi. Bemorda taxminiy tashxis qo'ying. Bemor shikoyatlarini aytib bering. Kasallikning etiologiyasi va patogenezi aytib bering. Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin. Bemorning qonida qanday o'zgarishlar ko'rish
---	---

A) Ko'ndalang tirnoq yo'qolishi B) Tirnoq egilib qoshiqsimon bo'lishi C) Soat oynasiga o'xshash qavariq tirnoqlar D) Egiluvchan tirnoq	mumkin.
Tushuncha tahlil: Membranopatiya haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash texnikasi

Assesment 12

Test 36. Irsiy gemolitik anemiyada talassemiyaga bo'ladigan rentgenologik o'zgarishlarni ko'rsating; A) Suyaklarni mo'rt bo'lishi; B) Suyaklarda osteoparoz; C) Naysimon suyaklarni kalta bo'lishi; D) Naysimon suyaklarni ingichkalashishi; E) Yassi suyaklarni deformatsiyasi; J) Bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) o'zgarishlar; A) A-C-D B) A-C-E C) A-B-J D) B-D-J 4. Gipoplastik anemiya qanday kasallik? A) Vitamin B 12 yetishmasligi anemiyasi B) Temir yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi C) Ko'mik faoliyati sussayi qolganligiga aloqador anemiya D) Eritrotsitlar kamayishi natijasida paydo bo'ladi	Vaziyatli masala 6 masala Bemor 24 yoshda, kasalxonada tushganda vrach tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar borligini aniqladi. Teri qoplami va shilliq qavatlar oq sarg'ish tus olgan, yuzlari shishgan, tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchranganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlari va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida oqiz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi (1,1) giperxromiya va Jolli tanachalari, Kebot halqalari borligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz. Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting. Kasallik patogenezi aytib bering. Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.
Tushuncha tahlil: Surunkali posgemoragik anemiyada qondagi o'zgarish.	Amaliy ko'nikma Leykotsitlar sonini aniqlash texnikasi

Assesment 13

Test 23. Gipoplastik va aplastik anemiyaning etiologic omillarini aniqlang; A) Qon yo'qotish; B) Qonni parchalanishi; C) Radiatsion nurlanish; D) suyak ko'migiga qarshi antitana; E) Temir va vit B12 etishmovchiligi; J) Suyak ko'migiga benzol, trinitrotoluol, tetraetilsvinetsning tasiri; A) A-C-D B) C-D-J C) A-B-J D) A-C-E 5. Qoshiqsimon tirnoqlar quyidagi kasallikda uchraydi: A) Leykoz B) Qalqonsimon bez giperfunktsiyasi C) B1 vitamin etishmovchiligi D) Temir etishmovchiligi natijasida kelib chiqqan anemiyasi	Vaziyatli masala 15 masala Bemor vrach qabuliga kelganda doimiy bosh aylanishi, holsizlik ish qobiliyatini pasayishi, subfebril temperatura bezovta qilishini takidladi, vrach bemorni ko'zdan kechirganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlari sariq rangdaligini ko'rib, qon tahlilini tekshirdi va qonda gemoglobin sintezi buzilganligini hamda eritrotsitlarning shakli o'zgargan ya'ni o'roqsimon shakldaligi aniqladi. Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang. Bosh suyagidagi hamda undagi rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering. Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering. Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.
---	---

Tushuncha tahlil: Sideropenik sindromlarga izoh bering	Amaliy ko'nikma Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi

Assesment 14

<p>Test</p> <p>20. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Temir tanqis anemiyasida 1. sideropenik sindromlar va 2. koilonixiyaga xos belgilar. A) Disfagiya; B) Sochlarni sinishi; C) yupqalashgan tirnoq; D) Terini quruqlashishi; E) Til silliq, yaltiroq; J) Tirnoqlar sinuvchan; I) Qoshiqsimon tirnoqlar; Z) Yassilashgan tirnoqlar;</p> <p>A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I B) 1-A-C-D-E va 2-B-J-I-Z C) 1- A-B-E-D va 2- C-J-I-Z D) 1- A-C-J- I va 2- A-E-D-J</p> <p>27. Limfagranulematoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?</p> <p>A) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan B) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>14 masala</p> <p>Bemor jinsi ayol, 36 yoshda, vrach qabuliga kelganda doimo teri qoplami va ko'rinib turgan shilliq qavatlari rangining sarg'ayganligi tufayli maslahat olish uchun keldi. Vrach sub'ektiv holsizlik, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangi sarg'ayganligi, laborator tekshiruvlar olib borganda eritrotsitlar soni 3,0 mln gacha kamayganligi, so'ng qonda glyukoza- 6 – fosfatdegidrogenaza fermenti kamligi, siydik rangining qoramtir tus olishi va unda gemosiderinni paydo bo'lganligi, palpatsiyada biroz jigar va ko'proq taloq kattalashganligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.</p> <p>Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.</p> <p>Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.</p> <p>Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
Tushuncha tahlil: Aplastik anemiya haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma Taloq palpatsiyasi texnikasi

Assesment 15

<p>Test</p> <p>37. Temir tanqis anemiyasida Pico xloratikaga xos belgilarni ko'rsating. A) Tam bilish qobiliyatini yo'qolishi; B) sochlarning to'kilishi; C) Kesak, bo'r istemol qilish; D) Terining qurishi; E) Kerasin va benzin hidlash; J) Tirnoqlarni yupqalashishi va sinishi;</p> <p>A) A-C-D B) C-D-J C) A-C-E D) A-B-J</p> <p>22. Qonda trombositlarning yetishmasligi uchun xarakterli?</p> <p>A) Verlgof kasalligi B) Gemofiliya C) Leykoz D) Anemiya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>13 masala</p> <p>Bemor 14 yoshda, qiz bola, doimo terisi va shilliq qavatlari sarg'ayganligi tufayli ota onasi vrachga murojaat qildi va kasalxonaga yotqizildi. Kasalxonada tushganda vrach tomonidan sub'ektiv tekshiruvda doimiy bosh aylanishi hamda ob'ektiv-terisi va shilliq qavatlar sarg'ish rangdaligi va laborator eritrotsitlar 3,1 mln, eritrotsitlar shakli sferotsitar hamda instrumental tekshiruvlarda taloq razmerini kattalashganligi namoyon bo'ldi.</p> <p>Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.</p> <p>Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.</p> <p>Kasallikning (anemiyaning) klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
Tushuncha tahlil: Anemiyaning klassifikatsiyasi	Amaliy ko'nikma Taloq perkussiyasi texnikasi

Assesment 16

<p>Test</p> <p>24. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Surunkali miyeloleykozga xos va 2. surunkali limfoleykozga xos belgilarni ajrating. A) Kelib chiqishi mielopoez hujayralardan; B) Kariologik tekshirganda Filadelfiya xromasomalari topiladi; C) Kelib chiqishi limfopoez hujayralardan; D) Botkin-Gumprext tanachalari topiladi; E) Yetilgan limfotsitlar qonda ko'payadi; J) Qonda promiyefotsit, metamiyelotsit;</p> <p>A) 1-A-C-D va 2-B-J-E B) 1-A-E-J va 2-B-C-D C) 1-C-J-E va 2-A-B-D D) 1-A-B-J va 2-C-D-E</p> <p>31. TTA uchun xarakterli ishonchli simptom hisoblanadi:</p> <p>A) Bosh aylanishi B) Sideropenik sindrom C) Rangpar teri D) Teri qoplamlari va skleraning oqish rangdaligi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>12 masala</p> <p>Bemor kasalxonada tushganda uni davolash maqsadida qon quyildi, bu bemor ahvolini yaxshilanishi o'rniga bosh aylanishi yurak urishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi, qulog'ida shovqin, ish qobiliyatining pasayishi kabi simptomlar bezovta qila boshladi va qoni tekshirilganda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ortish o'rniga, aksincha kamayganligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz. Kasallikning mexanizmini tushuntirib bering. Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Otkir posgemoragik anemiyada auskultativ o'zgarish</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi</p>

Assesment 17

<p>Test</p> <p>1. Temir tanqis anemiyasida sochlarda kuzatiladigan o'zgarishlar?</p> <p>A) Yog'li soch kuzatiladi; B) Sochlari cinuvchan va uchlari yorilgan C) Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; D) Mo`rt bo`ladi va to`kiladi; E) Sochlarda o'zgarish kuzatilmaydi; J) Quruq va sinuvchanligi kuzatiladi;</p> <p>A) A-D-E-J B) B-C-D-J C) A-C-E-D D) C-D-E-J</p> <p>13. Qonni mikroskopiya qilinganida Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi. Qaysi kasallikka xocligini aniqlang:</p> <p>A) Temir tanqis anemiyasi B) Posgemoragik anemiya C) Aplastik va gipoplastik anemiyada D) Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>27 masala</p> <p>Vrach qabuliga kelgan bemorni ko'zdan kechirganda periferik limfa tugunlarini kattalashganligini va ularni bir - biri bilan tutashib ketganligini, badanda qashalgan izlar borligi va badanning ba'zi bir joylari ko'karganligi ko'zga tashlandi. Bemorning limfa tugunidan, suyak ko'migidan olingan surtmalarida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi. Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang. Bemorning shikoyatlarini sanab o'ling. Palpator, perkutor o'zgarishlarni aytib bering Bemorning qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasining rivojlanish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Eritrotsitlar sonini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 18

<p>Test</p> <p>18. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Limfaadenit va limfagranulematoz uchun xarakterli; A) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni; B) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni C) Kattalashgan og'riqli</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24 masala</p> <p>Vrach qabuliga kelgan bemorni tibbiy ko'rikdan o'tkalayotgan vaqtda bemor o'zini uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va zo'rayib boruvchi holsizlik, tez</p>
---	---

<p>limfa tuguni, atrofi qizargan; D) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan va atrofidagi to'qimalar bilan harakatlanadi; E) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni va atrofdagi to'qimalarga bitishmagan; J) Limfa tuguni kattalashgan, harakatda og'riqsiz, bir-biri bilan tutashgan;</p> <p>A) 1-A-D-E va 2- A-C-E B) 1- A-E-B va 2-D-E-J C) 1- B-C-D va 2- A-E-J D) 1-C-D-E va 2-D-E-J</p> <p>2. Vitamin B12 va folat tanqis anemiyada teri rangi va jigar holati</p> <p>A) Teri oqimtir-sarg'ish va jigar silliq kattalashgan B) Teri oqimtir va jigar silliq kattalashmagan C) Teri oqimtir-sarg'ish va jigar silliq kattalashmagan D) Teri oqimtir va jigar silliq kattalashgan</p>	<p>charchash va terlashini aytib berdi shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga, limfa tujanlarini kattalashganligiga shikoyat qildi. Vrach bemorni obdon ko'zdan kechirib qon tahlili tasiya etildi va limfotsitlar sonining haddan tashqari ko'payganligi va 90-95% voyaga etgan hujayralar ekanligi aniqlandi hamda Botkin - Gumprext soyasi borligi aniqlandi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin. Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday. Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz</p>
<p>Tushuncha tahlil: Limfagranulematoz bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish</p>	<p>Amaliy ko'nikma Leykotsitlar sonini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 19

<p>Test</p> <p>3. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. surunkali mieloleykozga va 2. surunkali limfoleykozga xos o'zgarishlar; A) promiyefotsit; B) prolifotsitlar; C) metamiyelotsit; D) miyelotsitlar; E) limfoblastlar; J) filadelfiya xromosomalari; I) Botkin-Gumprext tanachalari; Z) Sezar sindromi;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A-B-C-E va 2-I-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-J va 2- B-E -I-Z</p> <p>9. Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; mo'rt bo'lishi va to'kilishi, quruq va sinuvchanligi Anemiyaning qaysi birida kuzatiladi;</p> <p>A) Irsiy gemolitik anemiya B) Ortirilgan gemolitik anemiya C) Temir tanqis anemiyada D) Vitamin B12 va folat tanqis anemiyada</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>22 masala</p> <p>Vrach profilaktik tibbiy ko'rik o'tkalayotgan vaqtda bemor uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va kuchayib (zo'rayib) boruvchi holsizlik, charchash va terlashini aytib berdi, shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorda kariologik tekshiruv olib borganda filadelfiya xromosomalari borligi aniqlandi. Bu bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yish mumkin. Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin. Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday. Qaysi instrumental tekshiruvlar olib borgan ma'qul va qanday o'zgarishlar kutish mumkin. Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz</p>
<p>Tushuncha tahlil: Koynanixiyaga izoh bering va qaysi kasallikka uchraydi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 20

<p>Test</p> <p>18. Anemiyada sochlarda kuzatiladigan o'zgarishlar?</p> <p>A) Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; B) yog'li soch kuzatiladi; C) Mo'rt bo'ladi va to'kiladi; D) Sochlarda o'zgarish kuzatilmaydi; E) Quruq va sinuvchanligi kuzatiladi;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>21 masala</p> <p>Bemor 24 yosh, jinsi ayol, homilador 21 hafta, vrach akusher - ginekolog qabuliga kelganda ko'zdan kechirildi va terisi rangpar, sarg'ish tovlanadi, terisida qon</p>
--	--

<p>A) A-D_E B) B-C-D C) A-C-E D) C-D-E 16. Pica chlorotica simptomi nima: A) Qorinda dam bo'lish B) Ishtahaning kuchayishi C) Disfagiya D) Ta'm bilishning buzilishi</p>	<p>quyilishlar hamda nekrozga uchragan sohalarni ko'zga tashlandi, og'iz bo'shlig'i va shilliq qavatlarida nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina bo'ladi, limfa tugunlar kattalashganini aniqlandi va RW uchun qon olindi. Jgut simptomi musbatligini ko'rib, bemor qoni tekshirildi va limfoblast hujayralar borligi aniqlandi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Enzimopatiya kelib chiqish mexanizmi.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash texnikasi.</p>

Hazm qilish tizimiga oid testlar

1. Qizilo'ngach kasalligida qusish sababini ko'rsating? 1). Qizilo'ngach torayishi 2). Qusuq massa chaynalgan ovatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 4). Og'riq, ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 5). Qizilo'ngach mushaklarini antiperistaltik qisqarishi

1).-1 -4; 2).-1-5; 3).-2-3; 4).-2-4;

2. Qizilo'ngachdan qusgan qusuq massasi? 1). Chaynalgan ovqat va xlorid kislota bor; 2). Hazm bo'lmagan chaynalgan ovqatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishisiz keladi va pepsin tarkibida yo'q; 4). Hazm bo'lmagan, chaynalgan ovqat va tarkibida pepsin bor; 5). Pepsin, xlorid kislota, va hazm bo'lgan ovqatdan tashkil topgan.

1).-1-3; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-2-4;

3. Qizilo'ngachdan qon ketish sababini ko'rsating? 1). Qizilo'ngach o'smasi va qizilo'ngach kuyishidan; 2).Qizilo'ngach o'smasi parchalangandan keyin; 3).Qizilo'ngach torayishi va qizilo'ngach yarasida; 4). Qizilo'ngach yarasidan qizilo'ngach kengaygan venalari yorilishidan; 5).Qizilo'ngach venalari kengayishida va qizilo'ngach kuyishidan

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

4. Jig'ildon (zarda) qaynashi sababini ko'rsating (izjoga)? 1). Me'da shirasini qizilo'ngach pastki qismiga tashlanishi; 2). Reflyukos ezofagitda; 3). Qusishda,

qayd qilishda; 4). Qizilo'ngachdan qon ketganda, refllyukus ezofagitda; 5). Reflyukus ezofagitda, qusishda, qayd qilganda.

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

5. Privratnik stenozi uchun xarakterli qusuq massasi; 1). Hidlangan qusuq massasi; 2). Qusuq massasi faqat Me'da shirasida tashkil topgan; 3). Hidlangan 10-15 minut ovqatdan keyin qusadi; 4). Qusuq massasi toza ovqat va tarkibiga pepsin bor; 5). Qusgandan keyin bemor o'zini yengil sezadi.

1). -2-3; 2).-1-3; 3). -1-4; 4).-2-4;

6. Disfagiya bu ...1). Me'da shirasini og'izga chiqishi; 2). Qizilo'ngach kuyishidan keyin kelib chiqadi; 3). Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining buzilishi; 4). Yegan ovqat mahsulotini qayt qilishi; 5). Ko'krak sohasida ovqat o'tish paytida og'riq hosil bo'lishi;

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

7. Og'izdan aynigan– chirigan hid kelishi sababini aniqlang? 1). Qizilo'ngach raki; 2). Ko'ks oralig'i o'smalari natijasida ovqat o'tishining qiyinlashishi; 3). Qizilo'ngach kuyishidan ovqat o'tishining qiyinlashishi; 4). Kardial axalaziyasida ovqat mahsulotlarining to'xtab qolishi; 5). Qizilo'ngach torayishi natijasida ovqat o'tishining qiyinlashishi;

1).-1-5; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-1-4;

8. Tsirroz bilan kasallangan bemorni ko'zdan kechirsa? 1). Jigar kattalashgan, teri sariq. 2). Kaput meduza, tomir yulduzchalar. 3). Baraban tayoqchasimon barmoq. 4). Qorinni kattalashishi, (astsit). 5). Jigar pulsatsiyasi, tomirlar pulsatsiyasi.

1). -1-3; 2). -2-3-4; 3).-2-3; 4).-2-4;

9. Gemolitik sariqlikka xos laborator o'zgarishlarni ko'rsating? 1). Qonda noto'g'ri bilirubin miqdorining oshishi. 2). Bilirubin peshobda bo'lmaydi. 3). Qonda bog'langan bilirubin ko'payadi. 4). Peshobda bilirubin paydo bo'ladi. 5). Axlat rangi oqaradi.

1).- 3-4; 2).- 1-2; 3).-4-5; 4).-2-3;

10. Gemolitik sariqlik paydo bo'ladi? 1). Viruslarning jigarga ta'siri natijasida. 2). O't kislotalarining qonda ko'payib ketishidan. 3). Eritrotsitlarning taloq, jigar suyak ko'migida parchalanishi natijasida. 4). Bilirubin glukuronid qonda ko'payishidan. 5). Noto'g'ri (bog'lanmagan) bilirubin qonda ko'payishi.

1).-3-5; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-4-5;

Accecmент 1

Test	Vaziyatli masala
<p>1. Buyrak kasalliklarida og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar:</p> <p>A). Til oqargan, quruq; B). Til malina rangida, angulyar stomatit; C). Til va lablar ko'kimtir-qizil, til so'rg'ichlari atrofiyasi; D). Til oqargan, stomatit, yarali-nekrotik angina; E). Og'izdan ammiak hidi keladi</p> <p>A) A-B C) C-E B) B-D D) A-E</p> <p>2. Qon zardobida meyoriy mochevina miqdori -...</p> <p>A) 3,23-8,32 mmol/l B) 9-12 mmol/l C) 14-18 mmol/l D) 5,2-9,30 mmol/l</p>	<p>10 masala</p> <p>Bemor 33 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda ko'pdan buyon kasalligini takidladi, bemor chap tomonda bel sohasida kuchli sanchiluvchi og'riq borligiga va og'riqning qorinning pastki qismiga berilishiga shikoyat qildi.</p> <p>Bemordan anamnez yig'ilganida transportda yurganda bel sohasida chap tomonda og'riq a bo'lib turganligi aniqlandi, og'riq qovuqqa va oyog'lar orasiga beriladi. Bemorni so'rab surishtirganda bel sohasida isitgich (grelka) q'yish va issiq anna qabul qilish og'riqni sekinlashtirishi aniqlandi.</p> <p>Bu bemorga qanday tashxis q'yish mumkin? Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting? Bemor peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering?</p> <p>Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi</p> <p>Bu bemorga sizning davo taktikangiz qanday?</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Surunkalii piyelonefritni izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Buyrak palpatsiyasi texnikasi</p>

Accecmент 2

Test	Vaziyatli masala
<p>3.Surunkali buyrak</p>	<p>15 masala</p>

<p>kasalliklarini asboblar yordamida tashxislash usullariga kirmaydi: A) . Exografiya; B). Laparoskopiya; C). Fonografiya; D).Skanirlash; E).Punktsion biopsiya; J). Retrograd pielografiya;</p> <p>A) A-B C) D-J B) A-C D) E-J</p> <p>4. Makrogematuriya bu -...</p> <p>a) Suydikda epiteliylarni ajralishi b) To'qimalarda eritrotsit miqdorini ko'payishi c) Suydikda leykotsit ajralishi d) Siydikda qonni bevosita bo'lishi</p>	<p>Qishloq vrachlik punktida kelgan bemor quyidagicha shikoyat qildi. Bel sohasini chap tomoni simillab og'rib turishi, tez-tez peshob kelishi va peshobi tiniq emasligini takidladi. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan - ba'zan tana harorati ko'tarilishi, boshi og'rib, yuragi sanchilib turishi aniqlandi va o'zini kasalini bir necha yillardan buyon borligini hamda davolanib turishini ta'kidladi. Peshob analizida ko'p miqdorda leykotsitlar borligi ma'lum bo'ldi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkalii glomerulonefritni izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Zimnitskiy usulida siydik yig'ish texnikasi</p>

Ассessment 3

<p>Test</p> <p>5. Buyrak yetishmovchiligi sindromida qondagi o'zgarishlarni ko'rsating: A). Kreatinin miqdorini oshishi; B). Mochevina miqdori oshishi; C). Aldolaza miqdorini oshishi; D). Bilirubin miqdorini oshishi; E). Proteinuriya; J). glyukozuriya</p> <p>A) A-B-E C) D-J-A B) E-C-B D) B-D-E</p> <p>6. Zimnitskiy sinamasida ... aniqlanadi?</p> <p>a) Tuzlar</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>20 masala</p> <p>Bemor 26 yoshda, jinsi ayol, turar joy poliklinikasida xudud terapevtida surunkalii glomerulonefrit diagnozi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda kechqurun siyish chastotasi ko'paydi va bemor davolanish uchun nefrologiya bo'limiga murojaat qildi va davolash uchun gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Kechqurungi siydik ajralish chastotasi kupayishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi sinama orqali aniqlanadi va uning yig'ish</p>
--	---

b) Oqsillar c) Shakliy elementlar d) Siydik nisbiy zichligi	texnikasi.
Tushuncha tahlil: Surunkali tsistitni izohlab bering	Amaliy ko'nikma Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish texnikasi

Accecmент 4

Test 11. Surunkali pielonefritda umumiy siydik tahlilidagi o'zgarishlar (3): A). Leykotsituriya; B). Bakteriuriya; C). Eritrotsituriya; D). Massiv silindruriya; E). Dizuriya A) A-B-E C) C-D-E B) A-C-D D) B-D-C 12. Haqiqiy anuriyaga sabab bo'la olmaydi. a) O'tkir glomerulonefrit b) Boshqa guruhdagi qon quyilganda c) Orqa miya zararlanganda d) Anafilaktik shok	Vaziyatli masala 26 masala Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida prostata adenomasi bilan dispanser nazoratida turadi, ba'zan qorinning pastki qismida va bel sohasida simillovchi og'riqlar bezovta qilib turgan va birdaniga siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Ambyurje usulida siydik yig'ish va uning texnikasi. Bemorga shoshilinch yordam ko'rsating.
Tushuncha tahlil: Pollakiuriya izohlab bering	Amaliy ko'nikma Hechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasi

Accecmент 5

Test 13. Surunkali glomerulonefritning etiologiyasida katta ahamiyatga ega (3); A). Sistemali qizil volchanka; B). Streptakokkli infeksiya; C). Virusli infeksiya; D). Temir transportining buzilishi; E). Radiatsiya tasiri; J). Haddan	Vaziyatli masala 25 masala Bemor 17 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida dispanser nazoratida turadi, ba'zan bel sohasida sanchiluvchan og'riqlar bo'lib, oyog'lar orasiga irradiatsiya qilgan, qovoqlari, yuzlarida shish bo'lib turgan va bemorda sekin asta siydik miqdori
--	--

<p>tashqari yog'li ovqatlar istemol qilish;</p> <p>A) A-B-E C) C-D-J B) A-C-D D) A-B-C</p> <p>14. O'tkir va surunkali glomerulonefritning siydik sindromi uchun xarakterli emas:</p> <p>a) Leykotsitlarning eritrotsitlardan ustunligi b) Proteinuriya c) Gematuriya d) Tsilindruriya</p>	<p>kamayib, siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va davolanish uchun nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.</p> <p>Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.</p> <p>Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.</p> <p>Ambyurje usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Nikturiyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Siydik yo'llarini rentgenologik tekshish texnikasi</p>

Ассесмент 6

<p>Test</p> <p>15. Ikkilamchi pielonefrit rivojlanishida hal qiluvchi rol o'ynaydi (3); A). Siydik tosh kasalligi; B). Asabiy zo'riqish C). Irsiyat; D). Urodinamik buzilishlar; E). Ovqatlanishning buzilishi; J). Jismoniy zurikish</p> <p>A) A-B-E C) C-D-E B) A-C-D D) D-C-J</p> <p>16. O'tkir nefritdagi siydik sindromiga xos belgilar, bittadan tashqari</p> <p>a) Proteinuriya b) Tsilindruriya c) Makrogematuriya d) Mikrogematuriya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24 masala</p> <p>Bemor 30 yoshda, jinsi ayol, poliklinikaga xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish miqdori ko'paydi va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi, siydikni tekshirganda nisbiy zichligi pasaygan (normada 1,015-1,028). Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi.</p> <p>Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.</p> <p>Zimnitskiy usulida siydik yig'ish va uning texnikasi, metodikasi, meyoriy tarkibi</p>
<p>Tushuncha tahlil: Poliuriyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Retrograd piyelografiya o'tkazish texnikasi</p>

Siydik ajratish tizimiga oid testlar

1. Addis-Kokovskiy sinama yodamida aniqlanadi?

- a) Siydik nisbiy zichligi
- b) Shakliy elementlar
- c) Oqsillar
- d) Tuzlar

2. Addison kasalligi qaysi bez kasalligi hisoblanadi?

- a) Oshqozon osti bezi kasalligi
- b) Qalqonsimon bez kasalligi
- c) Buyrak usti bezi kasalligi
- d) Gipofiz bezi kasalligi

3. Addison kasalligining simptomlari

- a) Pigmentatsiyaning o'zgarishi
- b) Gemoragiya
- c) Intoksikatsiya
- d) Oliguriya

4. Addison kasalligi qaysi a'zoning surunkali yetishmovchiligidan kelib chiqadi?

- a) Taloq
- b) Yurak
- c) Jigar
- d) Buyrak

5. Angiotenzin 2 - parchalanishi qaysi ferment ta'sirida ro'y beradi.

- a) Angiotenzinaza
- b) Amminopeptidaza
- c) Adenilsiklaza
- d) Kallikreinaza

6. Bir sutkada meyoriy siydik miqdori qancha

- a) 1000-2000ml
- b) 500-800ml
- c) 200-500ml
- d) 500-1000ml

7. Buyrak gipertenziyasida ko'proq ... bosim oshadi:

- a) Puls bosimi
- b) Sistolik va diastolik
- c) Diastolik
- d) Faqat sistolik

8. Buyrak kasalligida bemor rangi

- a) Oqargan
- b) Giperemiyalangan
- c) Jigarrang
- d) Tsianoz ko'kargan

9. Buyrak kasalligida ko'pincha shishlar qaerlardan boshlanadi?

- a) Yurakda
- b) Yuzda
- c) Taloqda
- d) Oyoqda

10. Buyrak kasalligini tashxislashda asbob-uskunalar bilan tekshirish usuliga kirmaydi

- a) UZI
- b) Buyrak biopsiyasi
- c) Buyrakni skannirlash
- d) Laparoskopiya

11. Buyrak kasalliklarida bemorlarning asosiy shikoyatlariga kirmaydi:

- a) Siydik ajralishning buzilishi
- b) Bel sohasida og'riq
- c) Oyoqdan shishni boshlanishi
- d) Yuzlarda shish bo'lishi

12. Buyrak shishlari uchun xarakterli emas

- a) Yuzi shishgan, oqargan so'liqqan
- b) Tez-rivojlanib tananing hamma qismiga tarqalishi
- c) Ko'kimtir shishlar
- d) Shishlarning yuqoridan pastga tarqalishi

13. Buyrakning surunkali kasalliklari uchun qaysi simptomlar xarakterli?

- a) Bel sohasida og'riq
- b) Arterial gipertenziya
- c) Arterial gipotenziya
- d) Arterial gipertenziya, bel sohasida ogriq, shishlar

14. Glomerulonefrit uchun xarakterli emas.

- a) Proteinuriya
- b) Piuriya
- c) Gipertoniya
- d) Giperstenuriya

15. Glomerulonefritning rivojlanishiga sabab bo'la olmaydi

- a) Yuqori insolyatsiya
- b) Sovuqqotish
- c) Viruslar
- d) Infektsiyalar

16. Glyukozuriya bu-

- a) Siydik bilan keton tanachalar ajralishi
- b) Siydik bilan oqsil ajralishi
- c) Siydik bilan bilirubin ajralishi
- d) Siydik bilan qand ajralishi

17. Poliuriya nima?

- a) Siydik ko'p miqdorda ajralishi
- c) Siydikda oqsil bo'lishi

b) Siydikning kamayishi

d) Siydikda qon bo'lishi

18. Poliuriya sababi bo'la olmaydi

a) Qandsiz diabet

c) Gipotenziv preparatlar

b) Qandli diabet

d) 2 va 3

19. Pollakiuriya bu:

a) Kechqurungi diurezning kunduzgiga nisbatan ustunligi

b) Siydikning tez-tez ajralishi

c) Siydik ajralmasligi

d) Sutkalik siydik miqdorining ko'payishi

20. Pollakuriya qaysi kasallik uchun xos.

a) Qandli diabet

c) Gipotireoz

b) Tireotoksikoz

d) Addison kasalligi

Siydik ajratish tizimiga oid masalalar

1 – masala

Bemor 19 yoshda, jinsi ayol, qishloq shifokorlik punktida shifokor qabuliga kelganda bosh og'rig'i, hansirash, ish qobiliyatini pasayishi, hamda yurak sohasida sanchiq borligiga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ilganida o'zini 2 haftadan buyon kasal hisoblaydi va peshobining rangini qizarishi, oligouriya borligi aniqlandi hamda angina o'tkazganini takidladi. Bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda, qovoqlarida shish borligi ko'zga tashlanadi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

2 – masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol. Qabul bo'limiga kelganda so'rab surishtirildi va 15 kun oldin skarlatina bilan kasallanganligi aniqlandi, shikoyatlari ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi, yurak va bel sohasida og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, qovoqlarida shish borligi, laborator siydikda eritrotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorlarni ko'zdan kechiring.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

3 – masala.

Qishloq shifokorlik punktida kelgan bemor, bel sohasini ikki tomonlama simillab og'rishi, peshobining tez – tez kelishi va kam miqdorda kelishiga, bosh og'rig'iga hamda ko'rish qobiliyatini pasayishiga shikoyat qilib keldi. O'zini bemor deb 3 haftadan buyon hisoblaydi va otitdan keyin boshlanganligini aytdi. Laborator tekshiruvlar olib borilganda peshobda eritrotsitlar va oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorlarni rentgenologik tekshiruv o'tkazish texnikasini aytib bering.

Bemor peshobidagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

4 –masala.

Kasalxonada tushgan bemor 20 yoshda, jinsi ayol, 3 haftadan buyon kasal, qabulxona shifokori tomonidan barcha tekshiruvlar olib borilgandan so'ng, peshobda oqsil, eritrootsitlar, gialinli tsilindrlar hamda siydik miqdorining kamligi (oligouriya) aniqlandi. Siydikning makroskopik ko'rinishi go'sht yuvilgan suvga o'xshaydi.

Bemor taxminiy tashxisini aniqlang.

Ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

EKG dagi o'zgarishlarini ayting.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va texnikasi.

5 – masala

Bemor jinsi ayol, kasalxanaga kelganda, shifokor ko'rigiga bir necha yildan berin o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligiga hamda yuzlarida va oyoqlarida shish borligini aytdi. Bemordan anamnez

yig'ilganida kechqurun siyish chastotasi ko'payganligi va siydik miqdori oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

6 masala

Bemor 16 yoshda, o'zini 15- 20 kundan buyon kasal deb biladi va o'z kasalini angina bilan kasallanganligi bilan bog'laydi. Bemordan anamnez yig'ilib, ko'zdan kechirildi va qovoqlarida va oyog'larida shish borligi, laborator peshobda leykotsitlar aniqlandi. Hamda instrumental tekshiruvda buyrak parenximasida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ldi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemor peshobi tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Test savollari

1. Soglom odam qonida qand miqdori.

- | | |
|-----------------|-------------------|
| a) 14-16 mmol/l | c) 3,5-6,5 mmol/l |
| b) 9-12 mmol/l | d) 12-14 mmol/l |

2. Shtelvag simptomi (ko'zning kam-kam pirpirashi) xarakterli:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| a) Akromegaliya uchun | c) Tuberkulyoz uchun |
| b) Bazedov kasalligi uchun | d) Rak uchun |

3. Qalqonsimon bez gipofunksiyasi natijasida yuz ifodasi?

- | | |
|-------------------|---------------------|
| a) Sher yuzi | c) Meksidematoz yuz |
| b) Parkinson yuzi | d) Oysimon yuz |

4. Qalqonsimon bez qanday garmon ishlab chiqaradi?

- a) Tiroksin, triyodtironin
- b) Progesteron
- c) Estradiol
- d) Testesteron

5. Diabetik komada birinchi tibbiyot yordami sifatida nima qo'llaniladi.

- a) 40%- 20,0 glyukoza vena ichiga
- b) Antiaritmik preparatlar
- c) Insulinoterapiya
- d) Yurak glikozidlar

6. Qandli diabetning dastlabki bosqichlari uchun xarakterli:

- a) Poliuriya
- b) Gipoizostenuriya
- c) Izostenuriya
- d) Anuriya

7. Qandli diabet qaysi ichki sekretsia bezi kasalligi hisoblanadi.

- a) Buyrak usti bezi
- b) Gipofiz bezi
- c) Qalqonsimon bezi
- d) Oshqozon osti bezi

8. Qandli diabetda asosiy laborator belgi hisoblanmaydi

- a) Glyukozuriya
- b) Poliuriya
- c) Anoreksiya
- d) Polidipsiya

9. Polidipsiya qaysi kasallik uchun xos simptom hisoblanadi.

- a) Gipotireoz
- b) Gipertireoz
- c) Qandli diabet
- d) Itsenko-Kushing sindromi

10. Miksedemada yuz ko'rinishi qanday bo'ladi?

- a) Ko'zlari ichiga botgan, burun o'tkirlashgan, teri ko'kimtir
- b) Yuz burun, lablar, qosh usti ravoqlari katta, tish oralig'i kengayib, pastki jag oldinga chiqqan
- c) Yuzi keng, yumaloq, oqargan, terisi silliq, qalinlashgan, ko'zlari ma'nosiz, xira, qisilgan
- d) Katta-katta ochilgan, chaqchaygan, yaltiroq, ko'z, qo'rquvdan qotib qolgan yuz.

11. Ksantelazma quyidagilarning buzilishidan darak beradi:

- a) Suv-tuz almashinuvi
- b) Xolesterin almashinuvi
- c) Oqsil almashinuvi
- d) Ferment almashinuvi

12. Ksantelazmalar joylashadi:

- a) Qovoqlarda
- b) Tanada
- c) Qo'lda
- d) Bo'yinda

13. Gipertireoz uchun xarakterli

- a) Moddalar almashinuvining oshishi
- b) Giperoxolesterinemiya va bradikardiya
- c) Taxikardiya, xolesterin miqdorini me'yorda bo'lishi
- d) Gipoxolesterinemiya va taxikardiya

14. Qalqonsimon bez giperfunktsiyasi uchun xarakterli.

- a) Ekzoftalm, bradikardiya
- b) Ekzoftalm, tez-tez ko'z yumilihi
- c) Ekzoftalm
- d) Ekzoftalm, taxikardiya

15. Giperglikemiya-bu.

- a) Qonda qand miqdorining ko'payishi
- b) Qonda qand miqdorining kamayishi
- c) Qonda birirubin miqdorini oshishi
- d) Qonda lipidlar miqdorining kamayishi

16. Angulyar stomatit, gingivit, tish kariesi, paradontoz kuzatiladi.

- a) Qandli diabetda
- b) Addison kasalligida
- c) Gipotireozda
- d) Akromegaliyada

17. Atrofga atseton hidi tarqalishi qaysi koma uchun xarakterli

- a) Apopleksik koma
- b) Diabetik koma
- c) Uremik koma
- d) Gipoglikemik koma

Endokrin tizimiga oid muammoli masalalar

1 masala

Bemor sorab surishtirilganda qo'z g'aluvchan, tasirchanlik, sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, ozishiga hamda ish qobiliyatining pasayganligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda keraksiz harakatlar qiladi, gapirganda so'zi tugamasdan boshqa jumlani boshlaydi, qovoqlari terisida giperpigmentatsiya (simptom Ellinek) bor. Bemorning pulsi tekshirilganda 110 marta min. Oxirgi kunlarda 5 kg oriqlagan, asosiy almashinuv 30% ga oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning yuz qiyofasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak qon-tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitamiz?

2 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda qalqonsimon bezi kattalashgan, terisi yaltiragan, teri osti yog' qatlami atrofiyaga uchragan, ko'z simptomlari musbat, ya'ni ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi (Shtelvag simptomi), ko'z qonvergensiyasi susayadi (Mebius simptomi), ko'z pastga harakat qilganda yuqori qovoq orqada qolib sklerada oq chiziq paydo bo'ladi (Gref simptomi), xuddi shunday oq chiziq ko'z olmasining yuqoriga harakat qilganida paydo bo'ladi (Koxer simptomi).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor qonida bo'ladigan o'zgarishlarni ayting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

3 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda ishtahasining kuchayganligi, qusish, qornida xurujsimon og'riqlar bo'lib turishi va ichini suyuq o'tishiga shikoyat qiladi. Yurak qon tomir tizimi tekshirilganida yurak urishi tezlashgan, taxikardiya, sistolik arterial bosim ko'tarilgan va diastolik bosim pasaygan, puls bosimi kattalashgan. Yurak ritmining buzilishi ya'ni ekstrasistoliya, hilpillovchi aritmiya borligi aniqlandi. Bemorning qalqonsimon bezi kattalashgan, ko'zlari yaltiroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi va bemor oxirgi kunlarda 10 kg vazn tashlaganini takidladi. Asosiy almashinuv 55% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitiladi?

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va natija qanday?.

4 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, ozish hamda ish qobiliyatining pasayishi bezovta qilishini takidlagi. Bemorning bo'yi 1,67 m vazni 49 kg, Kettle indeksi 17, bemor juda ozib ketganligi, yurak urish tezligi 142 marta hamda asosiy almashinuvning 68% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Ko'z simptomlarini aytib o'ting.

5 masala

Bemor 49 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlikka, uyqu bosishiga, xotirasining susaygani, ish qobiliyatining pasaygani, sochlarining quruqligi, sinuvchan va to'kilishi, qoshlari cheti va kipriklari to'kilishi, tirnoqlarining sinishiga, quruqligiga shikoyat qiladi. Oq'iz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, tutqanoq va yurishda tekis yura olmaydi. Atrof muhitga etiborsiz, intellekt pasaygan. Shifokor bemordan anamnez yig'ganiga kasal bo'lishdan oldin radioaktiv yod bilan bir necha marta davolanganini aniqladi. Bemorning yuzi niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?.

Yurak qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

6 masala

Shifokor, qabulga kelgan bemor, ko'zdan kechirilganda lunjlari qizargan (rumyanets), peshona, yonoq sohasi, jag' osti sohalari kapilyarlari kengaygan (rubeoz), mushaklari atrofiyaga uchragan, qo'l va oyoq kaftlari sarg'aygan, terida qashalgan izlar, ksantomalar borligi, oyog'larda trofik yaralar borligi hamda bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatitlar va tishlari paradontozga uchraganligi ko'zga tashlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun ko'p peshob ajralishi va tekshirilganda siydik tarkibida glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Asab tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

7 masala

Bemor 55 yoshda kasalxonada kelganda o'ng oyog'i bosh barmog'ida trofik yara paydo bo'lganligi, badanining qichishiga, va peshobining ko'p miqdorda ajralishiga shikoyat qildi. Bemorning pulsi 94 marta min. qon bosimi o'lchanganda 170/100 mm. sim. ust. tengligi shu bilan birga qonda giperglikemiya va peshobi tekshirilganida oqsil va glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy diagnoz qo'ying.

Bemorning siydik ajratish tizimida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Ko'z tubida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda badani qichishiga, och qolishiga, holsizlikka, peshobi kechqurunlari ko'p ajralishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda badanida kashalgan izlar borligi aniqlandi, qoni tekshirilganida qonda glyukoza miqdori 18 mmol/l ligi, peshobda glyukoza miqdori 3% aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Oqsil almashinuvida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Hazm tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Test savollari

1. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Irsiy gemolitik anemiyada 1. membranopatiya va 2. gemoglobinopatiyaga olib keluvchi sabablarni ko'rsating; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) α aminokislotalar zanjiridagi nuqson; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) β aminokislotalar zanjiridagi nuqson; E) hujayra ichida suv to'planishi.

A) 1-A-C-E va 2-B-D

B) 1-A- E -D va 2-B-C-

C) 1-A-B-D va 2- C-E

D) 1-A-B-E va 2-C-D

2. Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?

- A) Osmo kasalligi uchun
- B) Leykoz kasalligi uchun
- C) Limfagranulematoz kasalligi uchun
- D) Gematosarkomalar uchun

3. Minkovskiy—Shoffar sferotsitar anemiyasini sabablarini aniqlang; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; **B)** natriyning hujayra tashqarisiga chiqishi; **C)** kaliyning hujayra ichida kamayishi; **D)** kaliyning hujayra ichida to'planishi; **E)** hujayra ichida suv to'planishi. **J)** hujayra ichida suv kamayishi;

- A) A-C-E
- B) B-C-E
- C) A-C-D
- D) D-E- J

4. Leykoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?

- A) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan
- B) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan, bir-biriga tutashmagan
- C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan
- D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni

5. Vitamin B12 tanqis va folat kislotasi tanqis anemiyaga xos simptomlarni ko'rsating. A) Pay reflekslarini pasayishi; **B)** Suyak ko'migi giperplaziyasi; **C)** Rang ko'rsatkichi giperxromiya; **D)** Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi; **E)** Terisi rangpar; **J)** Atrofik Gunter glossiti; **Z)** Malina rangli til; **I)** Teri osti yog'kavati atrofiyasi;

- A) A-C-D-J-Z
- B) B-C-D-I-Z
- C) A-C-J-Z -B
- D) E-D-J-Z-B

6. Irsiy gemolitik anemiyaning enzimopatiya turiga olib keluvchi sabablarni aniqlang; A) Glyukozo-6-fosfatdegidrogenaza yetishmovchiligi; B) Eritrotsitlar tarkibida oksidlovchilrni kamayishi; C) Piruvatkinaza fermenti yetishmovchiligi; D) Glyutation peroxidaza fermenti yetishmasligi; E) Qaytarilgan glyutationning ko'payishi; J) Oksidlangan glyutationni kamayishi; Z) NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashishi; I) Oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi.

A) A-C-D-Z-I

B) A-B-C-E-J

C) A-B-D-Z-I

D) E-C-D-J-I

7. Irsiy gemolitik anemiyada talassemiyaga bo'ladigan rentgenologik o'zgarishlarni ko'rsating; A) Suyaklarni mo'rt bo'lishi; B) Suyaklarda osteoparoz; C) Naysimon suyaklarni kalta bo'lishi; D) Naysimon suyaklarni ingichkalashishi; E) Yassi suyaklarni deformatsiyasi; J) Bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) o'zgarishlar;

A) A-C-D

B) A-C-E

C) A-B-J

D) B-D-J

8. Gipoplastik va aplastik anemiyaning etiologik omillarini aniqlang; A) Qon yo'qotish; B) Qonni parchalanishi; C) Radiatsion nurlanish; D) suyak ko'migiga qarshi antitana; E) Temir va vit B12 yetishmovchiligi; J) Suyak ko'migiga benzol, trinitrotoluol, tetraetilsvinetsning tasiri;

A) A-C-D

B) C-D-J

C) A-B-J

D) A-C-E

9. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Temir tanqis anemiyasida 1. sideropenik sindromlar va 2. koilonixiyaga xos belgilar. A) Disfagiya; B)

Sochlarni sinishi; **C)** yupqalashgan tirnoq; **D)** Terini quruqlashishi; **E)** Til silliq, yaltiroq; **J)** Tirnoqlar sinuvchan; **I)** Qoshiqsimon tirnoqlar; **Z)** Yassilashgan tirnoqlar;

A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I

B) 1-A-C-D-E va 2-B-J-I-Z

C) 1- A-B- D - E va 2- C-J-I-Z

D) 1- A-C-J- I va 2- A-E-D-J

10. Limfagranulematoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?

A) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan

B) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan

C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan

D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni

11, Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Surunkali miyeloleykozga xos va 2. surunkali limfoleykozga xos belgilarni ajrating.

A) Kelib chiqishi mielopoez hujayralardan; **B)** Kariologik tekshirganda Filadelfiya xromasomalari topiladi; **C)** Kelib chiqishi limfopoez hujayralardan; **D)** Botkin-Gumprext tanachalari topiladi; **E)** Yetilgan limfotsitlar qonda ko'payadi; **J)** Qonda promielotsit, metamielotsit;

A) 1-A-C-D va 2-B-J-E

B) 1-A- E-J va 2-B-C-D

C) 1-C-J-E va 2- A-B-D

D) 1-A-B-J va 2-C-D-E

12. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Limfaadenit va limfagranulematoz uchun xarakterli; A) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni; B) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni C) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan; D) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan va atrofidagi to'qimalar bilan harakatlanadi; E) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni va atrofdagi to'qimalarga bitishmagan; J) Limfa tuguni kattalashgan, harakatda og'riqsiz, bir-biri bilan tutashgan;

A) 1-A-D-E va 2- A-C-E

B) 1- A-E-B va 2-D-E-J

C) 1- B-C-D va 2- A-E-J

D) 1-C-D-E va 2-D-E-J

13. Temir tanqis anemiyasida Pico xloratikaga xos belgilarni ko'rsating.

A) Tam bilish qobiliyatini yo'qolishi; **B)** sochlarning to'kilishi; **C)** Kesak, bo'r istemol qilish; **D)** Terining qurishi; **E)** Kerasin va benzin hidlash; **J)** Tirnoqlarni yupqalashishi va sinishi;

A) A-C-D

B) C-D-J

C) A-C-E

D) A-B-J

Hazm qilish tizimiga oid masalalar

1 masala

Bemor 33 yoshda, ozg'in. Bemorni bezovta qilib turadigan muammolari doimiy ravishda epigastral sohada, kindik atrofida og'riq borligiga shikoyat qiladi. Og'riq asosan vertikal holatda va ovqat egandan so'ng kuchayadi, gorizontal holatda og'riqlar biroz susayadi yoki bezovta qilmaydi. Og'riqlar mavsumiy xarakterga ega emas.

Sizning taxminiy tashxisingiz?

Bu bemordagi palpatsiya texnikasini va palpator o'zgarishlarni ayting?

Bu kasallik uchun xos rentgenologik belgilarini ayting?

2 – masala

Bemor 15 yoshda, uning aytishicha to'satdan qaynoq suyuqlik istemol qilgan, shundan so'ng bemorda ovqat yutishning qiyinligi (disfagiya), ko'krak sohasida, to'sh suyagi ortida og'riq va u ovqat yutgan vaqtda kuchayishi, qusishga, ko'krak sohasi yotgan vaqtda va oldinga enkaygan vaqtda achishish, so'lak bezlari giperfunksiyasi (gipersalivatsiya), kekirishga shikoyat qildi. Qusuq massasini tekshirilib ko'rilganda chaynalgan ovqat luqmasidan tashkil topgan hamda hidsiz.

Bemorda qanday patologik jarayon, tashxis qo'ying?

Tekshirish rejasini tuzing?

Instrumental tekshirganda qanday o'zgarish kutiladi?

3 – masala

Bemor 59 yoshda, ozishga, ovqat yutishning qiyinlashuviga (disfagiya), ko'krak qafasida og'riq borligiga, ko'ngil aynishi, oq'iz hidlanishi, qusishga shikoyat qiladi. Qusuq massasi chaynalgan ovqatdan tashkil topgan bo'lib, hidlangan. Bemorda ishtaha yo'q, go'shtli ovqat istemol qila olmaydi, uni ko'zdan kechirilganda kaxektsiya ya'ni teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi aniqlandi, bo'yin limfa tugunlari kattalashgan.

Bemorda qanday patologik jarayon bo'lishi mumkin va tekshirish rejasi?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi maqul?

Rentgenologik va endoskopik tekshiruvda qanday o'zgarish ko'rish mumkin?

4 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va kasal deb hisoblaydi. Bemorda doimiy kabziyat, qorinning pastki qismida ba'zan - ba'zan og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor najasini ko'zdan kechirganda najasi tuya axlatiga o'xshab dumaloq – dumaloq va yuzasida shilliq borligi aniqlandi. Bemorning qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va eritrotsitlar cho'kish tezligi tezlashgan (14 mm/s).

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Bemordagi palpator o'zgarishlar qanday?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul deb o'ylaysiz va qanday o'zgarishlar kutilishi mumkin?

5-masala

Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va o'zini kasal deb biladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi suyuq o'tishi, kuldirash, holsizlik, qorinda dam bo'lishi bezovta qilib turadi. Anamnez yig'ilganida ovqatlanish rejimi buzilganligi aniqlandi. Bemorning teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Bemorning qonida gipoproteinemiya borligi, najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan kashasimon va miqdori ko'p.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Najas tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

6 – masala

Bemor 31 yoshda, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi va kasallik asosan bahor va kuz oylarida ko'proq bezovta qiladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi qabziyat bilan o'tishi, holsizlik, qorinning pastki qismida yon biqinlarida og'riq bezovta qilib turadi. Og'riqlar ovqatlangandan so'ng va defekatsiyadan oldin kuchayadi. Qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va EChT tezlashgan. Bemor najasini tekshirib ko'rilganda najasi qattiq va yuzasi shilliq bilan qoplangan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Bemorlar najaslaridagi o'zgarishlarni aytib bering?

7 – masala

Bemor 23 yoshda, o'zini 3 kundan buyon kasal deb biladi. Shikoyati qorinning pastki yarmida og'riq va ichi suyuq, shilliq va qon aralash o'tishi, holsizlik, qorinda dam bo'lishi, isitma, bo'g'imlarda og'riq, ozish bezovta qilib turadi. Bemorda ba'zan yolqon chaqiriq (poziv) bo'ladi tualetga boradi lekin najas

yoʻq qaytib keladi. Bemor najasini tekshirib koʻrganda najasi shilliq aralashgan va qon bilan boʻyalgan.

Bu bemorda qanday tashxis qoʻyasiz?

Palpator oʻzgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday oʻzgarishlar koʻrish mumkin?

Qondagi oʻzgarishlarni ayting?

8 - masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, oʻzini koʻp yillardan buyon kasal deb biladi, jigar portal tsirrozi bilan nazoratda turadi. Shikoyati qorinning pastki qismida ogʻriq borligi va anal teshik sohasida ogʻriq, holsizlik, ogʻriq baʼzan bel sohasiga berilishi najas oxirida qon tomchilari kelishi bezovta qilib turadi. Bemor najasini tekshirib koʻrganda oʻzgarmagan qon tomchilari borligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday tashxis qoʻyasiz?

Palpator oʻzgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday oʻzgarishlar koʻrish mumkin?

Siydik ajratish tizimiga oid masalalar

1 – masala

Bemor 19 yoshda, jinsi ayol, qishloq shifokorlik punktida shifokor qabuliga kelganda bosh ogʻrigʻi, hansirash, ish qobiliyatini pasayishi, hamda yurak sohasida sanchiq borligiga shikoyat qilib keldi va anamnez yigʻilganida oʻzini 2 haftadan buyon kasal hisoblaydi va peshobining rangini qizarishi, oligouriya borligi aniqlandi hamda angina oʻtkazganini takidlab. Bemorni koʻzdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda, qovoqlarida shish borligi koʻzga tashlanadi.

Bemorga taxminiy tashxis qoʻying.

Palpator, perkutor, auskultativ oʻzgarishlarni ayting.

Bemor peshobida qanday oʻzgarishlar kutish mumkin.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

2 – masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol. Qabul boʻlimiga kelganda soʻrab surishtirildi va 15 kun oldin skarlatina bilan kasallanganligi aniqlandi, shikoyatlari koʻrish qobiliyatining yomonlashuvi, yurak va bel sohasida ogʻriq borligi bezovta qiladi. Bemor koʻzdan kechirilganda, qovoqlarida shish borligi, laborator siydikda eritrotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning asosiy hamda qoʻshimcha shikoyatlarini sanab bering.

Kasallikni etiologik omillarini aytib bering.

Bemorlarni koʻzdan kechiring.

Bemor peshobida qanday oʻzgarishlar boʻlishi mumkin.

Bemorlar buyragidagi patologo – anatomik oʻzgarishlarni ayting.

3 – masala.

Qishloq shifokorlik punktida kelgan bemor, bel sohasini ikki tomonlama simillab og'rihi, peshobining tez – tez kelishi va kam miqdorda kelishiga, bosh og'rig'iga hamda ko'rish qobiliyatini pasayishiga shikoyat qilib keldi. O'zini bemor deb 3 haftadan buyon hisoblaydi va otitdan keyin boshlanganligini aytdi. Laborator tekshiruvlar olib borilganda peshobda eritrotsitlar va oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Ko'rish qobiliyati susayishi sababini aytib bering.

Bemorlarni rentgenologik tekshiruv o'tkazish texnikasini aytib bering.

Bemor peshobidagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

4 – masala.

Kasalxonada tushgan bemor 20 yoshda, jinsi ayol, 3 haftadan buyon kasal, qabulxona shifokori tomonidan barcha tekshiruvlar olib borilgandan so'ng, peshobda oqsil, eritrotsitlar, gialinli tsilindrlar hamda siydik miqdorining kamligi (oligouriya) aniqlandi. Siydikning makroskopik ko'rinishi go'sht yuvilgan suvga o'xshaydi.

Bemor taxminiy tashxisini aniqlang.

Ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

EKG dagi o'zgarishlarini ayting.

Qon bosimi ko'tarilish mexanizmini tushuntirib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va texnikasi.

5 – masala.

Bemor jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda bel sohasida og'riq borligi, peshobining kam kelishi va rangining qizarganligiga, yuzlarida hamda oyog'larida shish borligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida Homiladorlik paytida nefropatiya o'tkazganligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda yuzlarida va oyog'larida shish borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Siydikdagi makroskopik va mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor qonida qanday o'zgarishlar kuzatish mumkin.

Yurak – qon tomir sistemasida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bu bemorlarga ovqatlanish rejimi va parhez stolini aytib bering.

6 – masala

Bemor jinsi ayol, ambulatoriya sharoitida shifokor qabuliga kelganda bir necha yillardan buyon o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligi bezovta qiladi. Bemordan anamnez yig'ilganida nikturiya borligi aniqlandi va tekshirib ko'rganda qon bosimi 165/105 mm sim. ust. tengligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasini ayting.

Zimnitskiy sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Davolash taktikasini aytib bering

7 – masala

Bemor jinsi ayol, kasalxanaga kelganda, shifokor ko'rigiga bir necha yildan berin o'zini kasal deb hisoblaganligini takidlagan va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligiga hamda yuzlarida va oyoqlarida shish borligini aytdi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun siyish chastotasi ko'payganligi va siydik miqdori oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Parhez stoli tavsiya eting.

8 masala

Bemor 24 yoshda, jinsi ayol, shikoyati siydik miqdorini kamayishi ya'ni oligouriya borligi aniqlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida to'rt yildan buyon terini qayta ishlash korxonasida to'rt xlorli uglerod toksik moddasi bilan muloqotda bo'lganligi va bir necha kunlar oldin gripp bilan kasallanganligi aniqlandi va peshobi tekshirilganida oqsil miqdori oshib ketganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi

Peshobdagi o'zgarishlarni ayting.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

9 masala

Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda obdon anamnez yig'ildi va go'shtli ovqatlarni istemol qilishni xush ko'rishi hamda o'ng oyoq bosh barmog'i og'rib turishi aniqlanib bu patsientga podagra borligi va oldin ham shu kasallikdan davolanganligi aniqlandi. Bemor rengenologik tekshiruvlardan o'tgandan so'ng siydik tosh kasalligi deb tashxis qo'yildi.

Kasallikning etiologik omillarini sanab o'ting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Perkutor o'zgarishlarini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va unda qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

10 masala

Bemor 15 yoshda, qiz bola, poliklinikaga shifokorga murojaat etganda chap tomonda bel sohasini simillab og'rib turishini, tana harorati ko'tarilishi, bosh og'riqlari, varaja qilishiga, siydik rangining loyqaligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida ikki hafta oldin sepsis o'tkazganligi aniqlandi. Bemorning peshobi tekshirilganda ko'p miqdorda bakteriyalar hamda leykotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz.

Kasallikni etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Bemorni siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu bemor uchun qaysi parhez stolini tavsiya etasiz.

11 masala

Bemor 16 yoshda, o'zini 15- 20 kundan buyon kasal deb biladi va o'z kasalini angina bilan kasallanganligi bilan bog'laydi. Bemordan anamnez yig'ilib, ko'zdan kechirildi va qovoqlarida va oyog'larida shish borligi, laborator peshobda leykotsitlar aniqlandi. Hamda instrumental tekshiruvda buyrak parenximasida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ldi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikni etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemor peshobi tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

12 masala

Bemor kasalxonada nefrologiya bo'limiga tez yordam orqali olib kelindi. Jinsi ayol, 29 yoshda. Shifokor ko'rik paytida so'rab surishtirganda o'ng tomonda bel sohasida og'riq borligini va u shu og'riqlar tufayli har yili 1-2 marta davolanishini aytdi. Bemor qoni tekshirilganida uremiya borligi hamda siydigi ko'zdan kechirilganda rangini loyqa (piuriya), ya'ni tiniq emasligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering.

Kasallik etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Endokrin tizimiga oid muammoli masalalar

1 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda o'zini qo'z g'aluvchan, tasirchanlik, sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, oriqlashi hamda ish qobiliyatining pasayishiga shikoyat qildi. Bemor ko'zdan kechirilganda keraksiz harakatlar qiladi, gapirganda so'zi tugamasdan boshqa jumlani boshlaydi,

qovoqlari terisida giperpigmentatsiya (simptom Ellinek) bor. Bemorning pulsi tekshirilganda 110 marta min. Oxirgi kunlarda 5 kg oriqlagan, asosiy almashinuv 30% ga oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning yuz qiyofasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak qon-tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitamiz?

2 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda qalqonsimon bezi kattalashgan, terisi yaltiragan, teri osti yog' qatlami atrofiyaga uchragan, ko'z simptomlari musbat, ya'ni ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi (Shtelvag simptomi), ko'z qonvergensiyasi susayadi (Mebius simptomi), ko'z pastga harakat qilganda yuqori qovoq orqada qolib sklerada oq chiziq paydo bo'ladi (Gref simptomi), xuddi shunday oq chiziq ko'z olmasining yuqoriga harakat qilganida paydo bo'ladi (Koxer simptomi).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

3 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda ishtahasining kuchayganligi, qusish, qornida xurujsimon og'riqlar bo'lib turishi va ichini suyuq o'tishiga shikoyat qiladi. Yurak qon tomir tizimi tekshirilganida yurak urishi tezlashgan, taxikardiya, sistolik arterial bosim ko'tarilgan va diastolik bosim pasaygan, puls bosimi kattalashgan. Yurak ritmining buzilishi ya'ni ekstrasistoliya, hilpillovchi aritmiya borligi aniqlandi. Bemorning qalqonsimon bezi kattalashgan, ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi va bemor oxirgi kunlarda 10 kg vazn tashlaganini takidladi. Asosiy almashinuv 55% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitiladi?

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va natija qanday?.

4 masala

Ambulatoriya sharoitida shifokor qabuliga kelgan bemor o'zini oruqlaganligiga, yuragi tez va notekis urishini, tez och qolib ovqatlanishini hamda ichi suyuq o'tishini aytib tekshirilishga kelganligini aytdi. Bemorning bo'yi 1,70 m vazni 55 kg Kettle indeksi 13 ligi aniqlandi. Ko'zdan kechirganda Mebius va Gref simptomlari musbat.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechirganimizda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurakdagi auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

5 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, orug'lashi hamda ish qobiliyatining pasayishi bezovta qilishini takidlagi. Bemorning bo'yi 1,67 m vazni 49 kg, Kettle indeksi 17, bemor juda ozib ketganligi, yurak urish tezligi 142 marta hamda asosiy almashinuvning 68% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Ko'z simptomlarini aytib o'ting.

Kasallik darajalarini aytib bering.

6 masala

Bemor 39 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda anamnezida tireotoksikoz borligi aniqlandi. Bemorning shikoyatlarini eshitgandan so'ng shifokor unga operatsiya qilish kerakligini aytdi va shundan so'ng bemorni vahima bosib, ahvoli yomonlashdi. Yurak urish tezligi 180 marta minutiga, paroksizmal taxikardiya, qilpillovchi aritmiya, bemorning qorin sohasiga og'riq paydo bo'lib ichi suyuq o'ta boshladi, terisi rangi sarg'aya boshladi, ko'zlari chaqchaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir sistemasidagi o'zgarishlarini ayting.

7 masala

Bemor 49 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlikka, uyqu bosishiga, xotirasining susaygani, ish qobiliyatining pasaygani, sochlarining quruqligi, sinuvchan va to'kilishi, qoshlari cheti va kipriklari to'kilishi, tirnoqlarining sinishiga, quruqligiga shikoyat qiladi. Oq'iz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, tutqanoq va yurishda tekis yura olmaydi. Atrof muhitga etiborsiz, intellekt pasaygan. Shifokor bemordan anamnez yig'ganiga kasal bo'lishdan oldin radioaktiv yod bilan bir necha marta davolanganini aniqladi. Bemorning yuzi niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?.

Yurak qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Endokrinolog maslahatiga kelgan bemor 54 yoshda, jinsi ayol, obdon ko'zdan kechirilganda kam harakatchan bo'lib, tormozlangan, bemorning terisi rangpar, yuzlari shishgan, niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan. Terisi qalin, qo'pol, quruq va ko'chuvchan, paypaslaganda terisi sovuq. Terisidagi shish barmoq bilan bosilgandan so'ng chuqurcha qolmaydi. Sochlari quruq, sinuvchan va to'kiluvchan, qoshlari cheti va kipriklari to'kilgan, tirnoqlari sinuvchan, quruq. Oqiz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, tutqanoq va yurishda tekis yura olmaydi.

Bu bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Oqiz bo'shlig'idagi, hazm tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

9 masala

Bemor 53 yoshda, jinsi ayol, qishloq vrachlik punktida murojaat qildi, gapirganda gapi noaniq va sekin gapirishi, tovush tembri qo'pol va pastligi aniqlandi. Bemorning sochlari, qosh va kiprikli to'kilgan, qonida T3, T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshganligi aniqlandi. Yurak urish tezligi kamaygan, bradikardiya, tonlari bo'g'iq, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Asab tizimidagi o'zgarishlarni ayting.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va qanday natija kutish mumkin?.

10 masala

Bemor jinsi ayol, yoshi 60 da, shifokor tomonidan tekshirib ko'rilganda yurak urish tezligi 48 marta min. Bradikardiya, tonlari bo'g'iq, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamayganligi aniqlandi. Bemor yurishda tekis yura olmaydi. Anemiya, nisbiy limfotsitoz, EChTning oshishi, gipoglikemiya, gipoalbuminemiya, gipergammaglobulinemiya va giperxolesterinemiya, T3, T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

11 masala

Bemor 51 yoshda, poliklinika sharoitida shifokor qabuliga kelganda oq'iz qurishi, chanqash, peshobining miqdorini ko'payganligi va kechqurungi peshob chastotasi ko'payganligi shular bilan birga tez-tez och qolishiga, oruqlashga, holsizlikka, teri qichishiga va terisida tez-tez chipqon chiqishiga shikoyat qildi. Bemorning qonida giperglikemiya, peshobi tekshirilganida glyukoza borligi va solishtirma og'irligi 1,033 ligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yog'lar almashinuvida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

Qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va natijasi qanday?

Bu kasallikdan qanday asoratlar qolishi mumkin?

12 masala

Shifokor, qabulga kelgan bemor, ko'zdan kechirilganda lunjlari qizargan (rumyanets), peshona, yonoq sohasi, jag' osti sohalari kapilyarlari kengaygan (rubeoz), mushaklari atrofiyaga uchragan, qo'l va oyoq kaftlari sarg'aygan, terida qashalgan izlar, ksantomalar borligi, oyog'larda trofik yaralar borligi hamda bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatitlar va tishlari paradontozga uchraganligi ko'zga tashlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida

kechqurun ko'p peshob ajralishi va tekshirilganda siydik tarkibida glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor shikoyatlarini aytib o'ring.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Asab tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

13 masala

Bemor 55 yoshda kasalxonada kelganda o'ng oyog'i bosh barmog'ida trofik yara paydo bo'lganligi, badanining qichishiga, va peshobining ko'p miqdorda ajralishiga shikoyat qildi. Bemorning pulsi 94 marta min. qon bosimi o'lchanganda 170/100 mm. sim. ust. tengligi shu bilan birga qonda giperglikemiya va peshobi tekshirilganida oqsil va glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy diagnoz qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ring.

Bemorning siydik ajratish tizimida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Ko'z tubida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

14 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda badani qichishiga, och qolishiga, holsizlikka, peshobi kechqurunlari ko'p ajralishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda badanida kashalgan izlar borligi aniqlandi, qoni tekshirilganida qonda glyukoza miqdori 18 mmol/l ligi, peshobda glyukoza miqdori 3% aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Oqsil almashinuvida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Hazm tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

15 masala

Bemor shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelinganda es qushi o'zida emas edi, tekshirilganda tana harorati past, terisi quruq, qashalgan izlar bor, pay refleklari yo'qolgan, mushaklar va ko'z olmasi tonusi pasaygan, chuqur va shovqinli Kussmaul nafasi kuzatiladi. Pulsi tekshirilganda kichik va tezlashgan, qon bosimi tushib ketgan. Bemorning nafasidan va terisidan atseton hidi keladi. Qonda giperglikemiya, siydikda atsetonuriya aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yog'lar almashinuvida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Bemorlar qonidagi va siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu holatda shifokor taktikasini aytib bering.

16 masala

Qandli diabet bilan kasallangan bemor bilan suhbatdan so'ng, bemor o'zida qandli diabet belgilarini kuzatganday bo'lib, uglevod istemol qilmay qo'ydi va insulin teri ostiga qabul qildi. Biroz o'tgandan so'ng bemorga ochlik hisi paydo bo'ldi, bemor holsiz bo'lib ter bosdi, bemorning qo'l-oyoqlari qaltiray boshladi va harakat, ruhiy ko'zg'alishlar paydo bo'lib xotirasi yo'qoldi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik patogenezi aytib bering.
Bu holatda sizning taktikangiz.

Qon yaratish tizimiga oid masalalar

1 masala

Maktab bolalari davriy tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan vaqtda, o'qituvchi o'z o'quvchisi doimo bo'r iste'mol qilib turishini, shu bilan birgalikda ba'zan kesak iste'mol qilishini aytdi, qiz bola 14 yoshda, shifokor tomonidan anamnez yig'ilganida 10 yoshdan hayz sikli (menstruatsiya) boshlangan va 7-8 kun davom etishini aytdi. Bemor sochi sinuvchan, quruq, oqiz burchagi yorilgan, qiz bolaning aytishi bo'yicha sochi to'kiladi. Qoni tekshirilganida rang ko'rsatkichi 0,65 (gipoxrom) ligi va eritrotsitlar soni 3,2 mln (kam) ligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering (rang ko'rsatkichi va morfologik va h. k. bo'yicha).

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

2 masala

Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni shikoyatlarini eshitib, shifokor tomonidan sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 g/l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida yurak urish tezligi 104 zarb/min hamda yumshoq sistolik shovqin yurak cho'qqisida V qovurg'a orasida eshitaladi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering

Bemorning qonidagi bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aytib bering.

3 masala

Simob, qo'rg'oshin, fosfor ishlab chiqarish zavodida ishlovchi ishchilar 300 buyruk asosida 500 kishi davriy tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Tibbiy ko'rik o'tkazilganlardan 15 kishining qonida rang ko'rsatkichi (0,69) pastligi, gemoglobin miqdori 70 g/l hamda eritrotsitlar soni 3,3 mln (kamligi), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlar borligi, mikrotsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichrayganligi, nisbiy monotsitoz, limfotsitoz, eozinopeniya borligi aniqlandi.

Bu bemorlarga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bu bemorlar shikoyatlarini aytib bering.

Ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

4 masala

Bemor 57 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda quyidagilarga shikoyat qildi, holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining kuyishi, achishish, ba'zan ichining suyuq yoki kabziyat bilan o'tishi, uyquning yomonlashishi bezovta qilib turishini takidlagi. Bemor tekshirilganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolgan, terisida anesteziya va paresteziya kuzatiladi shular bilan birga siydik qopi va to'q'ri ichak faoliyatida buzilish borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megaloplast hujayralar borligi va rang ko'rsatkichi giperxromligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Laborator o'zgarishlarni aytib bering.

5 masala

Davriy tibbiy ko'rik vaqtida shifokor bemor terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangi oqimtirligini hisobga olib, bemordan sub'ektiv bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi kabi ma'lumotlarni to'plab, instrumental FGDS 12 barmoqli ichak devorida destruksiya borligini ya'ni bemorda 12 barmoqli ichak yarasi borligini inobatga olib laborator qon tahlillari o'tkazdi. Qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamligi aniqlandi hamda najasi melena rangidaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Organizning kompensator mexanizmlarini tushuntirib bering.

Amaliy mashg'ulot №1

Hazm qilish a'zolari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usuli. So'rab-surishtirish, anamnez yig'ish, umumiy va og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediy va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj

Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha
------------------	---

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Qizilo'ngach bilan og'riq bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
2. Oshqozon kasalliklari bilan og'riq bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
3. Ichak kasalliklari bilan og'riq bemorlarning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting
4. Oshqozon kasalliklari bilan og'riq bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
5. Ichak kasalliklari bilan og'riq bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
6. Hazm a'zolari kasalliklarida tilning o'zgarishi
7. Og'iz bo'shlig'ining umumiy ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi

- Ko'p takliflarni qabul qilish
- G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
- Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
- Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga

Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Ovqat hazm qilish a'zolar tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan kasal-langani bemorlarni shikoyati patologik jarayonga va hazm yo'lining qaysi qismi zararlanishiga bog'liq holda turlicha bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ida mahalliy yallig'lanish yoki tishlar kariesi natijasida kelib chiqadigan og'riqlar stomatologiya, xirurgiya sohasiga ta'lluqli bo'lib hisoblanadi. Stomatitlar (og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi) - mahalliy sabablar yoki umumiy kasalliklarning bir ko'rinishi sifatida yuzaga kelishi mumkin. Stomatitlar og'iz bo'shlig'idagi og'riqlar bilan birga kuzatiladi. Og'riqlar asosan tilda va milklarda bo'lib, o'tkir va tuzli ovqatlar iste'mol qilganda bu og'riqlar kuchayadi. Tilning achib og'rishi yomon sifatli anemiyaning simptomlaridan biri bo'lishi mumkin (Addison- Birmer kasalligi). Og'izda achishish va yoqimsiz ta'm bo'lishi gastritlarda va ayniqsa jigar, o't yo'llari kasalliklarida kuzatiladi.

Haddan tashqari og'iz qurishi qandli diabetda kuzatiladi. Qizilo'ngach kasalliklarida bemorlar shikoyati quyidagicha: disfagiya, qizilo'ngach bo'ylab og'riq, qusish, zarda qaynashi va qon ketishlar bo'ladi. Disfagiya – bu qabul qilingan ovqat mahsulotlarini qiyin yutish yoki to'la yuta olmaslik bo'lib hisoblanadi. Disfagiya qizilo'ngach o'smasida, yot jismni yutganda, qizilo'ngach ishqor yoki kislotalar ta'sirida kuygandan keyin chandiq hosil bo'lishi, shu bilan birga aorta anevrizmasi yoki ko'ks orti o'smasi bilan siqilganda va divertikul xastaligida yuzaga kelishi mumkin. Qizilo'ngachdan qon ketishi jigar sirrozida kengaygan varikoz venalar yorilishi natijasida ro'y beradi. Oshqozon kasalliklarida asosiy shikoyatlar epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaha pasayishi, kekirish, zarda qaynashi hisoblanadi. Oshqozon sohasida og'riq bo'lganda nafaqat uning lokalizatsiyasi, balki (irradiatsiyasi, xarakteri va qanday sharoitdan keyin yuzaga kelishini (ovqatlanish vaqti, ovqat xarakteri va hokazo) aniqlash kerak. Shu bilan birga og'riq nimadan keyin pasayishi va yo'qolishiga ahamiyat berish kerak. Qusish - tez-tez uchraydigan shikoyatlardan biri bo'lib, oshqozonning turli kasalliklarida kuzatilishi mumkin (o'tkir va surunkali gastritlar, yara kasalliklari, piloroduodenal stenoz, oshqozon raki va boshqalar).

Bemorni so'rab – surishtirganda, qusish simptomi oshqozonga bog'liq bo'lmagan holda boshqa kasalliklarda ham kuzatilishi mumkinligini nazarda tutmoq kerak.

Masalan: bosh miya o'smalarida, meningitda, uremiya, xoletsistit, peritonit va boshqa kasalliklarda ham uchratish mumkin. Shu bilan birga ayrim dori moddalarini qabul qilganda (digitalis) va oshqozon shilliq qavatiga ba'zi ximiyaviy vositalarning ta'siri (sulema, mishyak) natijasida ham qusish kuzatilishi mumkin bo'ladi.

O'tkir gastritda ovqat yegandan so'ng qusish kuzata boshlanadi. Oshqozon atoniyasi, gipersekretsiyasida esa qusish ovqatdan keyin 3-4 soat o'tgach boshlanadi.

Oshqozondan chiqish qismi stenozida nahorda qusish xarakterli bo'lib, qusuq massasida ovqat qoldiqlari saqlanib 3-4 litr miqdorni tashkil qiladi va «palag'da tuxum» hidiga o'xshash hidga ega bo'ladi. Ba'zan kuchli qusish paytida oshqozon shilliq qavatidagi mayda tomirlar zararlanadi va buning natijasida qusuq massalarida qon tomchilari aniqlanadi.

Oshqozondan ko'p miqdorda qon ketishi jiddiy simptomlar hisoblanib, oshqozon o'smasida va yara kasalligida yirik tomir zararlanishi natijasida yuzaga keladi. B'zan qon ketishda oshqozon shilliq qavati kuyishi, gemorragik diatez, portal gipertoniyada oshqozon venalarining varikoz kengayishi ham sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda qusuq massasidagi qon ochiq qizil rangda bo'ladi. Agar qusish qon ketishdan keyin ma'lum vaqt o'tgach yuzaga kelsa, bu vaqt ichida qon oshqozon saqlanmasi bilan qo'shilishga ulguradi va buning natijasida qusuq massa qahva quyqasi rangida bo'ladi. Bu ko'pincha oshqozon rakida kuzatiladi.

Qusishdan oldin bemorda ko'ngil aynish hissi paydo bo'ladi. Bu simptom oshqozon kasalligi bilan bog'liq bo'l-masligi ham mumkin. Bu simptom gipertonik krizlarda, buyrak kasalliklari va boshqa kasalliklarda ham uchraydi.

Oshqozonda bijg'ish jarayonining kuchayishi natijasida bemorda havo yoki ovqat qo'shmasi bilan kekirish kuzatiladi. Nevroz bilan kasallangan bemorlarda uzoq masofadan eshitiluvchi, bolalarda ovozli havo bilan kekirish kuzatiladi. Bu simptom «aerofagiya» deyiladi. Bundan tashqari achchiq yog' hidiga o'xshash kekirish uchraydi. Bunday kekirish bijg'ish jarayonida organik kislotalar (yog', sut, kislota va boshqalar) hosil bo'lganda yuzaga keladi. Ba'zida bemorlar zarda qaynashidan shikoyat qilishadi. Bu ko'pincha oshqozonda saqlanmagan kislotalikning oshishi natijasida yuzaga keladi, lekin kislotalikning normal bo'lganda va hatto past bo'lganda ham zarda qaynashi kuzatilishi mumkin. Zarda qaynashining yuzaga kelish sababi- kardial sfinkter etishmovchiligi natijasida oshqozon saqlanmasining qizilo'ngachga qaytib o'tishidir.

So'rab- surishtirishda bemorning ishtahasiga ham etibor berish kerak. Oshqozonda kislotalik muhiti past bo'lganda, ishtaha pasaygan bo'ladi, aksincha yuqori kislotalik muhiti bilan kechadigan oshqozon kasalliklarida

ishtaha yuqori bo'ladi. Biroq shuni inobatga olish kerakki, kislotalik muhitning oshib ketishi bilan kechuvchi oshqozon yara kasalliklarida bemorning ishtahasi yuqori bo'lishiga qaramay, og'riq xurujidan qo'rqib ovqat eyishdan o'zlarini tiyishadi. Ba'zi bemorlarda haddan tashqari yuqori ishtaha ya'ni, bulimiya (bo'ri ishtahasi) kuzatiladi.

Ishtahaning umuman yo'qolishi (anoreksiya) va ayniqsa go'shtli ovqatlarni iste'mol qilolmaslik oshqozon rakiga xarakterli bo'ladi. Ishtaha yuqolishi bilan birga ozib ketishdan shikoyat qilinadi. Ichak kasalliklarida bemorning asosiy shikoyati ichaklar bo'ylab og'riq hissi, meteorizm, ich ketishi, qabziyat va bazan ichakdan qon ketishi yuzaga keladi. Ichakdagi og'riqlar ichak musaklarining spazmi natijasida yuzaga kelib ko'pincha ingichka ichak (enterit) va yo'g'on ichak (kolit) yallig'lanishi jarayonlarida kuzatiladi. Spastik og'riqlar shuningdek, mishyak, miss kabi kim-yoviy moddalar bilan zaharlanganda kelib chiqishi mumkin. Ayniqsa miss bilan surunkali zaharlanganda og'riq san-chiqsimon xarakterga ega bo'ladi.

Shuningdek og'riqlar ich o'tmasligi sababli ichaklar-ning keskin kengayishi yoki ko'p miqdorda gaz to'planishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ichaklarda og'riq kuzatilganda, uning lokalizatsiyasini aniqlash muhim hisoblanadi. Og'riq chap yonbosh sohada bo'lsa, sigmasimon ichak kasalliklaridan, aksincha o'ng yonbosh sohada og'riq bo'lsa, ko'r ichak kasalliklari, appen-ditsitdan darak beradi. Qorinning o'rta sohasidagi og'rilar ingichka ichak kasalliklarida kuzatiladi. Defekatsiya aktida yuzaga keladigan og'riqlar to'g'ri ichak kasalliklarida (gemorroy, anal teshigi yorig'ida, sigmasimon va to'g'ri ichak o'smasida) kuzatilib, axlat bilan qonning aralashib kelishi aniqlanadi.

Agar qon ketish ichaklarning yuqori qismidan bo'lsa, bu o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga xos bo'ladi va bunda axlat qora rangda bo'ladi.

Ichakdan qon ketishi boshqa kasalliklarda ham sodir bo'lishi mumkin. Masalan kapilyarotoksikoza, Verlgoff kasalligida, mezenterial tomir trombozlarida kuzatiladi. Ma'lum miqdorda qon yuqotishda, bemorda teri qoplamlari oqarishi, umumiy holsizlik, bosh aylanishi, sovuq ter bosishi kuzatiladi. Ichaklarda bijg'ish va chirish jarayonlarining kuchayishi natijasida qorin dam bo'ladi (meteorizm) va og'riqlar paydo bo'ladi.

Hazm a'zolari kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish

Hazm a'zolari kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish umumiy sxema bo'yicha olib boriladi. Oshqozon –ichak traktidan ko'p miqdorda qon ketishida yoki yomon sifatli o'smalar bo'lganda, teri va shilliq

qavatlar rangpar bo'ladi. O'sma jigar va limfa tugun-larga metastaz berganda, teri sarg'ish rangda bo'ladi.

Oshqozon – ichak saratonida bemorda haddan tashqari ozib ketish kuzatiladi. Bunda asosan tananing pastki qismida ya'ni oyoqlarda distrofik jarayonlar yuzaga keladi. Oshqozon saratonining chuqurlashishida m.sternocleidomastoideus oyoqchalari orasida joylashgan limfa tugunlari kattalashib paypaslaganda qattiq bo'ladi. Hazm tizimi a'zolarini ko'zdan kechirish og'iz bo'shlig'idan boshlanadi. Bunda tilning holatiga katta ahamiyat beriladi, chunki til «oshqozon oynasi» hisoblanadi. Oshqozon va ichak kasalliklarida tilda oq yoki jigar rang karash ko'rinishidagi distrofik o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Oshqozonda kislotali muhit pasayganda, axiliyada til silliqdashgan ya'ni so'rg'ichlari atrofiyaga uchragan bo'ladi. Bundan tashqari, tish, milk va bodomcha bezlarga ham ahamiyat berish kerak. Karies tishlar, stomatitlar, gingivit nafaqat hazm a'zolari, balki boshqa a'zolar uchun ham infektsiya o'chogi bo'lib hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'ida ko'pgina tishlarning bo'lmasligi ovqat mahsulotlarining yaxshi chaynalmasligiga sabab bo'ladi. Bu esa o'z navbatida oshqozon-ichak kasalliklarini keltirib chiqaradi.

Bodomcha bezlarini ko'zdan kechirganda uning hajmiga, konsistentsiyasiga, karash va yiring bor yoki yoqligiga, ikkilamchi qavat rangiga e'tibor berish kerak. Qorinni ko'zdan kechirishda bemor chalqancha yotgan holatida amalga oshiriladi. Dastlab qorinning tuzilishi va kattaligiga e'tibor beriladi. Sog'lom odamning qorin tuzilishi uning gavda tuzilishiga qarab har xil bo'ladi. Organizm toliqqanda qorinning haddan tashqari tortilishi, qorin mushaklari tonusi oshganligini kuzatilishi mumkin. Qorin o'lchamining kattalashishi teri osti yog' qavatining o'ta yaxshi rivojlanishida, semizlikda, meteorizmda, qorin bo'shlig'iga suyuqlik to'planishida va homiladorlikda kuzatiladi.

Ba'zan tuxumdon yoki oshqozon osti bezida kista paydo bo'lganda ham qorin o'lchami kattalashadi. Yuqori-dagilarni bir-biridan ajratish uchun shuni nazarda tutish kerakki, semizlikda qorin terisi torayganda burma hosil bo'ladi, astsitda esa burma hosil bo'lmaydi. Bundan tashqari qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planganda, kindik bo'rtib chiqqan bo'ladi. Semizlik yoki meteorizmda esa bu holat kuzatilmaydi. Astsitni kistadan farqlashning eng ishonchli usuli bu – qorinni perkussiya qilib ko'rishdir.

Ayrim hollarda oshqozon chiqish qismi torayishi natijasida qorinning yuqori qismi bo'rtib chiqadi. Ba'zan uni hatto ko'z bilan ham ko'rish mumkin. Mahalliy meteorizm ko'pincha o'sma yoki chandiqli o'zgarishlarda bo'lishi mumkin. Umumiy meteorizm esa bijg'ish jarayonlari natijasida yuzaga keladi.

Amaliy mashg'ulot №2

Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Qorin bo'shlig'ini ko'zdan kechirganda nimalarga ahamiyat beriladi
2. Qorinning Yuza palpatsiyasi
3. Qorinning chuqur
4. Obraztsov V.P. va Strajesko I.D. usullari bo'yicha oshqozonni palpatsiyasi
5. Palpatsiya usullari
6. Ichaklarda sirpanuvchi palpatsiyaning ketma-ketligi
7. Jigar palpatsiyasi to'g'risida aytib bering
8. CHuvalchangsimon o'simta palpatsiyasi
9. Och ichak va yonbosh ichak palpatsiyasi
10. CHambar ichak va sigmasimon ichak palpatsiyasi
11. Oshqozonni zondlash texnikasi
12. Oshqozonni shirasini tekshirish
13. Umumiy kislotalikni aniqlang
14. Erkin va bog'langan kislotalikni titrlash usulida aniqlang
15. Oshqozonni shirasi kislotaligini zondsiz tekshirish
16. pepsinni va sut kislotasini tekshirish
17. Duodenal zondlash usuli
18. Duodenal zondlashning diagnostik ahamiyati, ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar
19. 12 barmoq ichak shirasini laborator tekshirish
20. O'tni 3 porttsiyasini tekshirishni diagnostik ahamiyati

“Akademik polemika” usuli

Gruppa ikki guruhga bo'linadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, “konsultatsiya shifokor-bemor”. Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – “advokatlar”, boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – “prokurorlar”.

Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

Qorinning yuzaki palpatsiyasi. Qorinni ko'zdan kechirish.

Ko'zdan kechirishda qorin devori qoplamlari holatini, teri osti venoz tutami tuzilishini, toshmalar, chandiqlar bor yuqligi aniqlanadi. Ayniqsa operatsiyadan keyingi chandiqlarga ularning lokalizatsiyasi, xarakteriga ahamiyat berish lozim. Shu bilan birga ko'zdan kechirishda qorin devori shishganini, undagi infiltratlar va bo'rtgan churralarni ko'rish mumkin.

Qorinni ko'zdan kechirish:

- Qorindagi chandiqlar, striya, churralar, tomir o'zga-rishlari, jarohat va toshmalar bor-yo'qlini ko'zdan kechirish.

- Qorindagi peristaltika yoki pulsatsiya bilan bog'liq bo'lgan harakatga e'tibor berish.

- Qorin shakli (yassi, qayiqsimon, bo'rtgan) va konturini qaraladi. Kindik burmalari, kengayishi (yog' qavati, suyuqlik, homila, havo to'planishi, fibroz o'sma, to'lgan siydik pufagi, soxta homiladorlik, saraton, va boshqalar) inobatga olinadi.

- Teri: chandiqlar, kengaygan venalar, kindik atrofining ko'karishiga e'tibor berish lozim.

Bemordan keladigan hidlar alohida ahamiyatga egadir. Masalan, jarohatdan va og'iz bo'shlig'i yoki nafasidan kela-digan hidlarga e'tibor beriladi.

Qorinni fizikal tekshirishning texnikasi.

Qorinni ko'zdan kechirish, ichak shovqinlarini auskultatsiya qilish, qorin palpatsiyasi va perkussiyasi, jigar palpatsiyasi, to'gri ichakni tekshirish kabi usullarning hammasi birgalikda o'tkaziladi, chunki bu barcha tekshirish usullarining natijasi bir-biriga bog'liq holda baholanadi.

Qorinni fizikal baholash muolajasi:

- Bemorni tayyorlash;
- Bemorning siydik pufagi bo'shagan bo'lishi shart;
- Bemor qattiq kushetkaga chalqancha holatda yotishi kerak;
- Tekshiruv o'tkaziladigan xona tinch bo'lishi kerak;
- Tekshiruv mahalida bemorning yuz qiyofasiga qarab, diskomfort belgilarini kuzating;
- Tez harakat qilishdan saqlanib, sekin-astalik bilan harakat qiling;
- Shifokorning qo'li va fonendoskop iliq holda bo'lishi kerak;
- Aniq og'riqli sohalarni oxirida tekshiring.

Boshqa a'zolar bilan bog'liqligi.

- Ko'krak qafasi kasalliklari ko'pincha abdominal simptom bilan namoyon bo'ladi;
- Qorinda og'riq bilan shikoyat qilgan bemorlarning ko'krak qafasini tekshirish juda muhim hisoblanadi;
- Erkaklarda chov sohasi va to'gri ichakni;
- Ayollarda chanoq sohasi va to'gri ichakni tekshirish zarur;

Qorin bo'shlig'i a'zolarini paypaslab tekshirish usullari. (palpatio)

Qorin bo'shlig'i a'zolari xastaliklariga tashxis qo'yishda fizikal tekshirish usullaridan birinchi navbatda palpatsiya usuli yordamida tekshirish katta diagnostik ahamiyatga egadir. Palpatsiyaning ikki ko'rinishi farqlanadi: yuzaki va Obratsov-Strajesko bo'yicha chuqur, usulli, sirpanuvchi palpatsiyadir. **Yuzaki palpatsiya.** Yuzaki palpatsiya usuli, qorin bo'shlig'idan patologik jarayonlarni hamda qorin devoridagi og'riq va mushaklar taranglashishi darajasini aniqlashga

imkon beradi. Bundan tashqari bu usul yordamida churralar, yuza joylashgan o'smalar, kattalashgan jigar va taloq a'zolaridagi patologik o'zgarishlar aniqlanadi.

Palpatsiya tekshirish usuli vaqtida quyidagi qoidalarga amal qilish zarur:

- Shifokor bemorni o'ng tomonida o'tirishi va uning qo'llari iliq bo'lishi kerak, chunki sovuq qo'llar ta'sirida qorin muskullari reflektor qisqaradi;
- Bemor chalqancha, boshi pastda, qorin mushaklari bo'shashgan, qo'llari tana bo'ylab uzatilgan holda yotadi;
- Shifokor qo'lini bemorning qorniga qo'yib, sekin bosib ko'radi va og'riq bor yoki yo'qligini, qorin muskulini tarangligini aniqlaydi.
- Qorin palpatsiyasining dastlab chap yonbosh sohadan boshlab, keyinchalik o'ng yonbosh sohasiga o'tiladi, ya'ni olingan natijalarni taqqoslash maqsadida simmetrik palpatsiya qilinadi.

Keyinchalik qo'lni yuqoriga yo'naltirib (4-5sm ga) simmetrik sohalarni yuzaki palpatsiya qilish davom ettiriladi. O'tkir appenditsitda yuzaki palpatsiya yordamida o'ng yonbosh sohada qorin muskullari yaqqol taranglashishini va kuchli og'riqni aniqlash mumkin. Xuddi shunday natija o'tkir xoletsistitda o'ng qovurg'a osti paypaslaganda og'riqning nomoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Obraztsov-Strajesko bo'yicha chuqur, sirpanuvchi, usulli palpatsiya. Yuzaki palpatsiyadan so'ng Obraztsov-Strajesko bo'yicha chuqur, sirpanuvchi, usulli palpatsiya o'tkaziladi. V.P.Obraztsovgacha palpatsiya tekshirish usuli yordamida qorin bo'shlig'ini faqatgina patologik o'zgarganligini aniqlash mumkin deb hisoblangan. V.P.Obraztsov birinchi bo'lib, o'zining kuzatuvlari va ilmiy tekshirish usullariga asoslanib, umuman sog'lom odamning qorin bo'shlig'i a'zolarini paypaslash mumkin ekanligini isbotladi. Usulli palpatsiya deb atalishiga sabab a'zolari paypaslash ma'lum bir ketma-ketlikda olib boriladi. Palpatsiyani sigmasimon ichakdan boshlanadi, keyinchalik ko'r ichak, pars soecalis ilei, appendiks, ko'ndalang chambar ichak, oshqozonning katta va kichik egriligi, privratnik, jigar, taloq, oshqozon osti bezi va buyraklar palpatsiyasi ketma-ketlik asosida bajariladi.

Chuqur sirpanuvchi palpatsiya deyilishiga sabab, nafas chiqarish vaqtida shifokor qo'lini asta-sekin qorin bo'shlig'ini orqa devori bo'ylab chuqur uzatib, tekshirilgan a'zo bo'ylab sirpanuvchi harakatlar yordamida uning holatini aniqlash mumkin bo'ladi.

Chuqur usulli sirpanuvchi palpatsiya usulini qo'llashda quyidagi qoidalarga amal qilinishi lozim:

O'ng qo'l barmoqlari bir oz bukilgan holda tekshirilayotgan a'zoga parallel holda qo'yiladi;

Yengil sirpanuvchi harakatni bajarish uchun teri burmasini hosil qilish kerak;

Bemor nafas chiqargan vaqtda o'ng qo'l barmoqlari bilan asta-sekin qorin bo'shlig'i orqa devoriga chuqur bosiladi;

Qorin devori va tekshirilayotgan a'zo bo'ylab, qo'l bilan sirpanuvchi harakat qilinadi.

Sigmasimon ichak palpatsiyasi. Sigmasimon ichak palpatsiyasi Obraztsov-Strajesko bo'yicha o'ng qo'lning bir oz bukilgan to'rtta barmoqlari orqali palpatsiya qilinadi. Shifokor qo'l barmoqlarini sigmasimon ichakka parallel qo'yib, terini qorinni ichki tomoniga qarab bir oz harakatlantiradi, bemor nafas chiqarganda qorin muskullari bo'shshadi va shunda shifokor qo'l barmoqlarini qorin bo'shlig'ini orqa devorigacha yo'naltiradi. Shundan so'ng, shifokor qo'l bosimini susaytirmasdan teri bo'ylab kindik boylamigacha harakat bilan ichaklarni paypaslaydi.

Sigmasimon ichakni qo'llar yordamida qorinni tashqi tomonidan ham palpatsiya qilish mumkin. Bunda o'ng qo'l barmoqlari yarim bukilgan holda sigmasimon ichakka parallel holatda qo'yib, terini kindikka qarab harakatlantiradi. Bemor chuqur nafas chiqarganda qorin bo'shlig'iga qarab chuqurroq bosiladi va kindik boylami yo'nalishida sirpanuvchi harakat qilinadi. N.D. Strajeskoning kuzatuvlariga ko'ra, sog'lom odamda sigmasimon ichak 91% hollarda silliq, og'riqsiz, qattiq konsistentsiyali, silindrsimon shaklda me'yoriy bo'lib hisoblanadi. Uning kengligi 2,5-3sm bo'lib har xil patologik holatlarda uning yuqoridagi xususiyatlari o'zgarishi mumkin. Saraton kasalligida, polipoz, yallig'lanish jarayonlarida (sigmoidit), axlat massalari va ko'p miqdorda gaz to'planishida uning hajmining nisbatan kattalashuvi kuzatiladi. Kolit xastaliklarida sigmasimon ichak ingichka arqon ko'rinishida bo'ladi. Uning yuzasi notekis, g'adir-budir bo'lib, bu ko'pincha yomon sifatli hosiladek, sil yaralarida va unda qattiq axlat mahsulotlari to'planib qolganda kuzatiladi. Agar ichak notekis va qattiq bo'lishi axlat massalari to'planishi bilan bog'liq bo'lsa, klizma orqali ichak bo'shaganida bunday belgilar yo'qoladi. Sigmasimon ichakda og'riq bo'lishi, unda yallig'lanish jarayoni bo'lganda (sigmoidit, dizenteriya), kuzatiladi. Shu bilan birga ichakdagi suyuqliklar hisobiga palpatsiya tekshiruvida qorinda quldirash eshitiladi.

Ko'r ichak palpatsiyasi. Ko'r ichak palpatsiyasi asosida ham sigmasimon ichak palpatsiyasidek printsiptan yotadi: o'ng qo'l barmoqlari bir oz bukilgan holda ko'r ichakka nisbatan parallel holda qo'yiladi, so'ng terini kindikka tomon harakatlantiriladi, bemor nafas chiqargan vaqtda qo'l barmoqlari bilan qorin bo'shlig'ining orqa devoriga bosiladi va ko'r ichak bo'ylab tashqi tomonga yo'naltirib sirpanuvchi harakat qilinadi.

Agar qorin muskullari taranglashgan bo'lsa, ko'r ichakni paypaslash uchun V.P. Obraztsov taklifiga ko'ra chap qo'l katta barmog'i bilan kindik sohasi bosiladi, natijada ko'r ichak sohasidagi muskullar bo'shshadi.

Ko'r ichakni bemor chap yonboshi sohada yotgan holatda ham paypaslanadi, bunda ham chuqur sirpanuvchi palpatsiyada qo'llanilgan qoidalar asosida paypaslanib tekshiriladi. Agar ko'r ichak yuqoriroqda joylashgan bo'lsa, bimanual palpatsiyani qo'llash tavsiya etiladi.

Oshqozon. Yonbosh ichakning terminal qismi (pars coecalis ilei) kichik chanoq tomon yo'nalib, m.psoasni kesib o'tadi va ko'r ichakning tugash qismidan yuqoriroqqa kelib tushadi. Yonbosh ichakning terminal qismi yagona paypaslab bo'ladigan qismi bo'lib, uning qolgan qismlarini paypaslab aniqlab bo'lmaydi. Yonbosh ichakning terminal qismi qiyshiq joylashganligi sababli avval o'ng qo'l barmoqlari yarim bukilgan holda shu qismga parallel holda qo'yiladi va yuqoridan chapga va o'ng tomonga, pastga va o'ng tomonga qarab chuqur sirpanuvchi palpatsiya o'tkaziladi. Sog'lom kishilarda 75-80% hollarda yonbosh ichakning terminal qismi paypaslanganda N.D. Strajeskoning kuzatishlariga ko'ra agar pars coecalis ilei suyuq saqlanma bilan to'lgan va qisqarmagan bo'lsa u holda baland ovozda quldirash kuzatiladi va yupqa devorli nay shaklida paypaslanadi. Shu o'rinda agar pars coecalis ilei muskullari qisqargan va quyuc saqlanma bilan to'lgan bo'lsa, unda silliq va qattiq «jimjiloq kengligidagi» silindr shaklida (taxminan 1-1,5 sm) paypaslanadi.

Chap qo'lni bel sohasiga qo'yib o'ng qo'l yordamida oddiy usul bilan ko'r ichak paypaslanadi. Sog'lom odamlarda 79% hollarda yuzasi shilliq og'riqsiz ikki barmoq kengligidagi (taxminan 4,5-5 sm) silindr ko'rinishida paypaslanadi. Ayrim kasalliklarda (o'sma, sil) ichak yuzasi notekis, g'adir – budir konsistentsiyasi tog'ayga o'xshash bo'ladi. Ko'r ichak o'lchamlarining kattalashishi surunkali qabziyat yoki ichak torayishlarida axlat massalari va gaz to'planishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Aksincha muskullar spazmida va ich ketishlarida ichak hajmi kichrayadi. Ayrim hollarda ko'r ichak qorin bo'shlig'ining orqa devoriga tutqichlar orqali yaxshi birikmaganligi sababli haddan tashqari harakatchan bo'ladi. Ko'r ichakning bunday harakatchanligi, ichakning qisman yoki to'liq tutilishiga olib kelishi mumkin, aksincha ko'r ichak butunlay harakatsiz bo'lishi mumkin. Bu holat ko'pincha yallig'laish jarayonlaridan keyin yuzaga keladi (appenditsit, perisalpingit) ko'r ichak sohasida og'riq va quldirash bo'lishi unda yallig'lanish jarayoni borligidan dalolat beradi.

Ko'r ichak chuvalchangsimon o'simtasining (appendix) palpatsiyasi.

N.D. Strajesko appendiksni quyidagicha palpatsiya qilishni taklif qildi: Agar ko'r ichakning palpator joylashishi to'g'risida tasavvurga ega bo'lsak, u holda yonbosh chuqurcha orqa devoridan qo'l barmoqlarini uzmasdan, sirpanuvchi harakatlar bilan yuqoriga va pastga bo'lishini tekshiriladi. Bunda asta-sekin qadamma-qadam har ikkala tomonga harakat qilinadi. Agar o'simta shu sohada joylashgan bo'lsa va paypaslab ko'rilsa, u holda uni yonbosh chuqurcha devoriga

bosib, barmoq orasida paypaslash mumkin va uning xususiyatlari to'g'risida tasavvurga ega bo'lish mumkin. Sog'lom odamlarda appendikulyar o'simta 16% hollarda og'riqsiz, yuzasi silliq, g'oz pati qalinligida, silindr shaklida bo'ladi.

N.D. Strajesko kuzatuvlariga asosan, surunkali appenditsitda appendikulyar o'simta qalinlashib, qattiqlashadi va chandiqli yallig'lanish natijasida paypaslab ko'rish qiyin bo'lmaydi. Ba'zan chuvalchangsimon o'simta bemor chap yonboshda yotganda ham yengillik bilan paypaslab ko'riladi. Surunkali appenditsitda bemor chap yonboshda yotganda og'riq kuchayadi. Chuvalchangsimon o'simta yallig'lanish eksudati bilan to'lganligi sababli, u noksimon hosila ko'rinishda paypaslanadi. V.P. Obratsov to'g'ri ichak orqali barmoqlar yordamida paypaslab ko'rganda infiltrat borligini aniqlagan va unga katta ahamiyat bergan.

Ko'ndalang chamber ichak palpatsiyasi.

Yo'g'on ichakning bu qismini paypaslab tekshirishdan oldin, oshqozonning pastki chegarasi aniqlanadi. Chunki ko'ndalang chamber ichak oshqozondan 2-3 sm pastda joylashgan. Oshqozonni pastki chegarasini topib, yarim bukilgan o'ng qo'l barmoqlari shu chegaradan 2-3 sm pastga va qorinning o'rta chizig'idan 4-5 sm o'ngga qo'yiladi.

Teri burmasi yuqori tomonga suriladi va nafas chiqarganda barmoqlar bilan qorin bo'shlig'i orqa devorigacha bosib ko'riladi. Shundan so'ng yuqoridan pastga qarab sirpanuvchi harakatlar qilinadi. Ichak aniqlangandan so'ng uning o'ng va chap tomondan joylashishini kuzatiladi. Shu usul orqali ko'ndalang chamber ichak qorin o'rta chizig'idan chap tomondan ham paypaslab ko'riladi. Agar ichak qo'lga unamasa, unda ichakni pastdan va yuqoridan qidirishga harakat qilish kerak. Shu sharoitda ham paypaslanmasa, u holda qorin yon qismlari tekshirib ko'riladi, chunki to'satdan ichakning pastga tushish hollari sigmasimon ichakni egallaydi, ya'ni uning o'ng qismi ko'r ichakka, chap tomoni esa sigmasimon ichakka yondashadi. Shu bilan birga ko'ndalang chamber ichakni ikki qo'llab, ya'ni bimanual palpatsiya usuli orqali paypaslash mumkin.

V.P. Obratsov bu palpatsiya usulini quyidagicha amalga oshirilishini taklif qilgan : «tekshiruvchi ikki qo'l barmoqlarini yarim bukkan holda kindikni har ikki tomoniga qo'yib paypaslashni kindik sohasidan boshlaydi, so'ng barmoqlar yuqori va pastga qarab harakatlantiriladi. Bunda paypaslaganda, silindr shaklidagi, yuqori va pastga yengil harakatlantiruvchi ko'ndalang joylashgan ichakni aniqlanadi». Normada ko'ndalang chamber ichak 71% hollarda paypaslanadi. Uning eni 5-6 smni tashkil qiladi.

Agar taloq, sigmasimon ichak, to'g'ri ichak sohalarida biror bir to'siq bo'lsa (yomon sifatli o'sma, chandiq), ko'ndalang chamber ichak peristaltikasi kuchayadi va paypaslab ko'rilganda o'lchami katta, qattiq bo'lib, quldirashi va dam bo'lishi kuzatiladi.

Ichakning ikkala egriligi ikki qo'l orqali (bimanual) palpatsiya qilinadi shuni e'tiborga olish kerakki flexura coli lienalisni yuqori joylashganligi (IX-X qovurg'a) sababli uni kam hollarda paypaslab tekshirish mumkin.

Bunga qarama-qarshi joylashgan flexura hepatica harakatchan bo'lib, entereptozda (pastga tushishi) natijasida qo'lga yaxshi unaydi.

Yo'g'on ichakning ko'tariluvchi va tushuvchi qismlarini paypaslab tekshirish usuli.

Yo'g'on ichakning ko'tariluvchi va tushuvchi qismini V.X. Vasilenko taklif etgan usul orqali o'tkaziladi. Buning uchun chap qo'l bel sohasiga qo'yiladi va o'ng qo'l orqali chuqur, sirpanuvchi palpatsiya qoidalariga asosan paypaslanadi: o'ng qo'l barmoqlari yarim bukilgan holda ko'tariluvchi yoki tushuvchi ichakka nisbatan qarama-qarshi holda qo'yiladi, teri kindikka tomon yo'naltiriladi. Bemor nafas chiqargan vaqtda qo'l barmoqlari qorin bo'shlig'ining orqa devorigacha yo'naltiriladi va tashqi tomonga qarab sirpantiriladi (5-rasm).

Ingichka ichak palpatsiyasi. Ingichka ichak paypaslan-maydi, faqatgina yonbosh ichakning terminal qismi bundan mustasno. Ingichka ichak devori yuqori bo'lganligi va suyuq saqlanma borligi sababli, uni qorin bo'shlig'ining orqa devoriga fiksatsiya qilib bo'lmaydi.

Oshqozon palpatsiyasi. Sog'lom odamlarda, V.P. Obratsov bo'yicha, oshqozonning katta egriligini 50-60% hollarda palpatsiya qilish mumkin. Oshqozonning kichik egriligi esa faqatgina yaqqol gastroptoz bo'lgan bemorlarda paypaslanadi. Oshqozonning chiqish qismi sog'lom odamlarning 25% da paypaslanadi.

Oshqozonning katta egriligining palpatsiyasi. Oshqozonning katta egriligini paypaslashdan oldin uning holati har xil bo'lishini hisobga olgan holda avval uning pastki chegarasi aniqlanadi. Bunda Obratsov bo'yicha perkutor palpatsiya yoki auskultativ perkussiya usulidan foydalaniladi.

V.P.Obratsov bo'yicha perkutor palpatsiya quyidagicha bajariladi: chap qo'l panjasi ko'krak qafasining chap tomoniga bir oz xanjarsimon o'simta orqasini qamragan holda qo'yiladi. So'ngra oshqozonning yuqori qismidagi havoni suyuqlik bilan birlashtirish maqsadida qo'l bilan yengil bosiladi. O'ng qo'l yarim bukilgan holatda barmoqlar bilan qorin o'rta chizig'i bo'yicha pastki tomonga qarab qisqa urib boriladi. Bunda pleska shovqini eshitiladi va oshqozonning pastki chegarasi tugaganda bu shovqin yo'qoladi. Normada bu chegara erkaklarda 3-4 sm, ayollarda esa 1-2 sm undan yuqorida joylashgan. Yuqoridagi usuldan tashqari oshqozonning pastki chegarasini aniqlashda auskultativ perkussiyadan foydalaniladi. Bu usulda epigastral sohaga stetofonendoskop qo'yiladi va bir vaqtning o'zida qorin old devori bo'ylab o'rta chiziqdan chapga, pastdan yuqoriga ya'ni oshqozonga qarab perkussiya qilib boriladi. Perkutor zarba 1 ta barmoq bilan

past ovozda beriladi. Oshqozon chegarasi baland ovozni eshitish orqali aniqlanadi. Ayrim hollarda perkutor zarba berish o'rniga qorin terisi yengil ishqalanadi. Oshqozonning pastgi chegarasini aniqlagandan so'ng chuqur sirg'aluvchi palpatsiya o'tkaziladi. O'ng qo'l yarim bukilgan holatda uning barmoqlari bilan umurtqa pog'onasi ishqalanadi va bemor nafas chiqargan paytida sirpanuvchi harakat bajariladi. Bunda oshqozon katta egriligi, umurtqa pog'onasida joylashgan «ostonacha» ko'rinishida paypaslanadi.

Oshqozon chiqish (piloroantral) qismini palpatsiyasi N.D.Strajesko fikricha piloroantral qismni chuqur palpatsiya printsipi asosida o'ng qo'l barmoqlarini bir oz bukilgan holda paypaslanadi. Odatda umurtqadan o'ng tomonda jigar chegarasidan pastda o'ng to'g'ri muskul sohasida silindr shaklidagi piloroantral qism paypaslanadi. U o'zining konsistentsiyasi va shaklini o'zgartirishi mumkin. Gohida u qattiq-lashib 40-50 soniya ichida qisqaradi, gohida esa bo'shashgan bo'lib bu bo'shashish 1-2 daqiqa davom etadi. Piloroantral qismni harakati chegaralangan bo'lib, palpatsiya davrida bosib ko'rilganda past ovozli quldirash eshitilishi mumkin.

Qorin palpatsiyasi. Yuzaki palpatsiya usulidan boshlab barcha bo'laklaridagi og'riq sohalarini aniqlang.

Quyidagilarga amal qilinadi:

- Barmoq yostiqchalarini ishlatish;
- Bemor yuz qiyofasini kuzatish;
- Avval yuzaki palpatsiyadan so'ng qorinning chuqur palpatsiyasi o'tkaziladi;
- Qorindagi hosilalarni yoki kuchli og'riq sohalarini aniqlashga harakat qiling;
- Qorin muskullari bo'shashi natijasida bemor oyoqlarini tizza sohasidan bukishi mumkin.

Mustaqil ish. Surunkali gepatit «C» va «D» simptomologiyasi. Gastritlar.Yara kasalliklari

Uyga vazifa. 22

Amaliy mashg'ulot №3

Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari (rentgenologik, ezofagogastroduodenofibroskopiya, rektoromanoskopiya, kolonoskopiya). Gastritlar simptomatologiyasi (o'tkir va surunkali).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish

Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimedia, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1 Hazm a'zolarini instrumental tekshirish usullari haqida tushuncha
2. Rengenoskopiya nima va uning ahamiyati
3. Rengenografiya nima va diagnostik ahamiyati
4. Rengenografiyaga bemorlarni tayyorlash
5. Rengenoskopiya va Rengenografiyaga qarshi ko'rsatmalar
6. Rengenoskopiya va Rengenografiyaga ko'rsatmalar

7. EGDFS nima
8. EGDFSning diagnostik ahamiyati
9. EGDFS texnikasi
10. EGDFS ko'rsatma va qarshi ko'rsatma
11. Rektoromonoskopiya nima diagnostik ahamiyati
12. Rektoromonoskopiya bemorlarni tayyorlash va texnikasi
13. Rektoromonoskopiya ko'rsatma va qarshi ko'rsatma
14. Koloskopiya nima diagnostik ahamiyati
15. Koloskopiya ko'rsatma va qarshi ko'rsatma
16. Gastritlarga tavsif bering
17. O'tkir va surunkali gastritlarning etiopatogenezi
18. Surunkali gastrit klassifikatsiyasi
19. Surunkali gastrit diagnostik usullari
20. Surunkali gastrit klinikasi, kechishi, profilaktikasi

Ari uyasi" usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

ME'DANI RENTGENOLOGIK YO'L BILAN TEKSHIRISH

Me'dani rentgen nurlari bilan tekshirishda zarur natijalarni olish uchun tekshiriladigan odamni tegishlicha tayyorlash lozim. Bir kun oldin uning ichaklari klizma yordami bilan tozalanadi; tekshirish kuni ertalab ikkinchi marta klizma kilinadi. Ich hadeb qotaveradigan bo'lsa ich suruvchi dorilar (tuz dori emas!), qorin juda dam bo'l « ganda esa bosim bir necha kun hayvon ko'miri berishga to'g'ri keladi.

Rentgenologik yo'l bilan tevshirish n a h o r g a o'tkaziladi. Yaxshi si tekshiriladigan odamni vertikal holatda (tik turgazib) tekshirish kerak, biroq ayrim xollarda bemorni yotgan hoida ham tekshirib ko'rish zarur. Bo'sh me'da ko'rinmaydi va fakat diafragma chap gumbazining tagida kichkina gaz pufakchasi ko'zga tashlanadi (so'lan bilan havo yutilishi tufayli).

Me'dani tekshirish odatda shilliq pardasining relefiki aniqlashdan boshlanadi. Shu maksadda bariyning suvdagi emul siyasidan («atalasidan») foydalanish ma'qul, lekin bariyli oddik kisel (suyuq bo'tqa)dan ham foydalansa bo'ladi. Bir ikki luqma yutil ganidan keyin reitgenolog me'da sohasini ohista bosib ko'radi va kontrast aralashmani me'da shillik pardasida bir tekis yoyishga harakat qiladi.

Me'daning kichik egrilik bo'ylab joylashgan shillik pardasi (178 rasm) uzunasiga ketgan ikkita yoki to'rtta burma xosil qiladi;

Katta egrilik bilan kardiya oldida burmalar egri bugri bo'lib, xadeb bir biri bilan tutashaveradi va shillik pardaga yacheykasimon. Ko'rinish beradi. Me'daning pastki qismida burmalar goh uzunasiga; gox ko'ndalangiga qarab boradi. Oldingi va orqa devordagi burmalar chirmashib ketadigan kalin to'r hosil qiladi. Pilorusga kelib burmalar voronkaga o'xshab yiqiladi. Shillik parda burmalari ko'p darajada uzgaradigan bo'ladi va xar kaysi qismida hazm protsessiga karab gox yoyilib va tekislanib turadi, goh relefli hamda ravshan bo'lib qoladi. Shillik parda kontrast aralashma bilan namlanganidan keyin rent genoskopiyada yo'llar, chuqurchalar, to'rlardan tashkil topgan mayda

katakchalarga o'xshash manza ra ko'rinadi. quruq yo'llar burmalarga qorayib turgan joylar — burmalar o'rtasida kontrast aralashma bilan to'lgan chukurchalarga to'g'ri keladi. Burmalarning shakliga ahamiyat beriladi, ba'zi hollarda ular serbar, Dag'al bo'ladi (shillik parda shishganida yalli?langanida va gnptrofiyalanganida), boshqa hollarda esa mayda arang bilinadigan bo'ladi yoki mutlanr ko'rinmaydi (shillik parda atrofiyalan ganida), Bundan tashkari, burmalarning qanday o'tgan ligi aniklaniladi. Ma'lum joyda ular yo'qolib yoki uzilib qoladigan bo'lsa shu joyda shilliq pardanya emi radigan kasallik protsessi parda relefy rentgenogramma bor, deb taxmin qilinadi; shilliqlarda suratga olinadi. Me'dani rentgenologik yo'l bilan tekshirishning keyingi etapi me'daning to'lgan paytidagi sh a k l i n i aniqlashdir. kontrast moddaning birinchi portsiyalari me'da pufagi yonida to'xtalib, pona ko'rinishida pastga o'tadi, bu ponakar safar yangi lukma gotilgan sari tobora keng va chukur bo'libboradi (179 rasm). Kontrast aralashmaning hammasi ichilganidan .keyin me'da to'ladi va devorlarining tonik ahvo liga ya'ni peristolasiga qarab har xil shaklga kiradi. Ba'zi hollarda kontrast massa normadayoq me'daning ustki qismida birmuncha vaqt to'planib turadi va ancha tor yo'l shaklida pastki qismiga o'tadi; shu tariqa me'da shox shakliga kiradi (180 rasm). Boshqa hollarda kontrast aralashma me'daning turli satklarida birmuncha tekis tarka ladi va shunga ko'ra me'da tasviri shaklan ilmoqqa o'xshab tushadi (181 rasm). Ba'zan uzun me'da uchraydi (182 rasm).

Me'daning to'lishish dinamikasi me'da tonusiga qarab xar xil bo'ladi. Tonus kuchayganida .kontrast massa me'dani go'yo arang rostlab, pastga sekinroq, ingichka burtma holidi o'tadi. Tonus pasayganida kontrast massa me'daning pastkya bo'limiga ancha erkin va tez o'tadi (180 rasm). Me'daning rentgen nurlaridan tushadigan soyasi, anatomo fiziologik ocherkda aytilganidek, bo'limlarga (me'da tubi yoki gumbazi, tanasi, sinusi, pilorus kanaliga) bo'linadi. Me'da shakli ilmok ko'rinishida bo'lsa shu bo'limlarning hammasi yaxshi bilinib turadi; me'daning pastki qutbi sinusdan yuzaga keladi. Me'da shakli shox ko'rinishida bo'lsa sinus bilan tshlorik bo'lim bitta yaxlit bo'lib qoladi. Me'daning pastki qismi pilori:k bo'limdan hosil bo'ladi. Gaz pufagining katta kichikligiga

ham ahamiyat beriladi (me'da tonusi pasayganida gaz pufagi kattaroq bo'ladi va tezroq yuzaga keladi). Me'dani rentgenologik yo'l bilan tekshirishning eng muxim payti konturlarining biror kismidan do'mbaymalar yoki tortmalarni izlab urganishdir. Me'da soyasning kanday bo'lmasin bir joyda doim dumbayib chimb turishi tokcha (nisha) deb ataladi va me'da yarasining eng tipik simptomi xisoblanadi. Me'da qandaydir bir kismning kontrast massa bilan to'lolmay qolishi to'lishish deffekti deb ataladi va me'da o'smalarining eng muhim simptomi b'yladi. Me'daning peristaltik qisqarishlari ham me'da soyasi konturlarini do'mbaytirib yoki tortib qo'yadi, biroq me'da konturlarining peristaltika mu nosabati bilan o'zgarib turishi, tokcha va to'lishish deffektidagiga qarshi o'laroq, doimiy bo'lmasdan, me'da devorlarni bo'ylab o'tadigan to'lkiplardek tez paydo bo'ladi va yo'qoladi; ular odatda ancha sayoz (yoki baland) bo'ladi, Bu to'lqinlar me'da tubidan pilorusga qarab boradi. Me'daning bo'shalishi kontrast massa me'dadan chiqib ichakka o'tib ketadigan vaqt oralig'i bilan ta'riflanadi. Me'daning bo'shalish tezligi bariyli aralashmaning hajmi va xarakteriga (quyuq, suyukligiga) me'da tonusiga (tonus nechogli kuchli bo'lsa me'da shunchalik yaxshi bo'shaladi) va ba'zi boshqa sharoitlarga bog'liq (me'daning past turishi, qo'shni organlar bilan bitib ketganligi natijasida kay rilib (olganligi bo'shalishiga to'sqinlik qiladi va hokazo). Tamomila sog'lom odamda me'da ovqat eyilganidan keyin 5 soat o'tgach butunlay bo'shaladi. Me'daning harakat funksiyasi pasayganida kontrast massa me'dadan 6—8 soatdan keyin, harakat funksiyasi kuchayganida 2—3 soatdan keyinroq chiqib ketadi. Me'daning bo'shalishi dastlabki qultumdan keyin ko'p o'tmay boshlanadi. Nihoyat, me'dani rentgenologik yo'l bilan tekshirishda umumiy holatini aniqlash muxim ahamiyatga ega Normada me'daning ustki (kraxpal') qutbi XI — XII ko'krak umurtqalari damida pilorusi VI bel umurtqasi damida pastki nuqtasi (sinusi) III — IV bel umurtqalarining damida va lineae biiliacae dan past tushmay turadi.

GASTRIT

Gastrit (gastritis) — me'daning yallig'lanish holati bilan ta'riflanadigan kasallikdir (me'da katarri). Bu — me'daning hammadan ko'p uchraydigan kasalligidir. Gastrit etiologiyasida o'v k a t f a k t o r i birinchi urinda turadi; ayni vaqtda sifatsiz ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish ham, yaxshi hazm bo'lmaydigan, shuningdek etarlicha maydalanmagan (sho shib ovqatlanish, tishlarning yaramasligi tufayli va hokazo) ovqatlarni haddan tashkari qo'l yeyish ham rol o'ynaydi. Mikroblar ta'siri bilan buzilgan va tarkibida zararli moddalari bo'ladigan ovqatni yeyishning alohida ahamiyati bor. Xronik gastritlar etiologiyasida vaqt e'tibori bilan tartibsiz ovqatlanish ahamiyatga ega Etiologiya jihatidan gastritlar uchun ahamiyatli bo'lgan boshqa momentlarga siirtli ichimliklarni, tamakini suiiste'mol qilish, korxonadagi yomon sharoitlar kiradi (matbuotchilarda qo'rg'oshinni chang bilan

yutish, sovungar likda yog' kislotalarini yutish va hokazo). Infektsion kasalliklar, xu susan gripp, angina bezgak, dizenteriya, sil muhim ahamiyatga ega Ayni vaqtda me'da devorining yallig'lanishiga mikroblarning o'zidan ko'ra ham shu kasalliklarda yuzaga keladigan toksinlar ko'proq sabab bo'lsa ajab emas. Gastritlar ichki organlarning boshqa kasalliklarida ma salan, yurak etishmovchiligida (qon damlanishiga aloqador me'da katarri), buyraklar shiG`ostlanganda (uremik gastrit—azotli shlan larning me'dadan ajralishi va shilliq pardada to'planib kolishi na tijasidir) yuzaga keladi. Shunday kilib, .gastritlarning kelib chi kishiga karab ekzogen — irritativ (ya'ni ogiz orkali, tashqaridan kiradigan ta'sirlovchi moddalar tufayli kelib chiqadigan va endo gen — gematogen (kasallik paydo qiluvchi agent qon orkali keladi) gastritlarga bo'lish mumkin.

Patologoanatomik jihatdan ham, kliyaik jihatdan ham o'tkir va xrog,ik gastritlarni fark qilish kerak.

O'TKIR GASTRIT

Patologoakatsmik jihatdan o'tkir gastrit ko'pincha shilliq pardaning yuk ko'tarrish ko'rinishida uchraydi. O'tkir gastrit s i m p t o m l a r i asosan disieptik hodisalar; ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, kekirish, ko'pincha qayt qilish, oldin ovqat bilan, keyin safro bilan (ochchiq, yashil rangda) qayt qilish dir. Kasallar to'sh osti sohasining sanchib og'rishi, bosilish yoki achishik xissidan noliydi. Og'izda bemaza ta'm paydo bo'ladi. Til kul rang karash boylaydi, og'izdan xid keladi (Goe(og exoge). To'sh osti sohasi bezillab turadi. Shu sishgtomlarga keyinchalik ichakka aloqador o'zgarishlar qo'shiladi (qorinning dam bo'lishi, ich ketishi). Bemorlarning umumiy ahvoli ba'zi hollarda kam o'zgaradi, bemorlar ishlashda davom etaze radi, boshqa hollarda tana temperaturasi ko'tariladi, bemorlarning darmoni quriydi.

Me'da zond bilan tekshirilganda me'da harakat funktsiyasinigng susayganligi topiladi; kislota kamaygan bo'lishi ham, ko'paygan bo'lishi ham mumkin.

Davos i. Qustiruvchi moddalar (masalan, teri ostiga yuborila digan apomorfin) yordash bilan, fiziologikeritma vositasida yuvish yo'li bilan me'daning suyuqlikdan tozalash, shuningdek tegishli parxez ovqatlar yordamida me'dani ayaydigan sharoitlar (mannaya bo'tqasi, guvoh Sho'rvalar, bulon, suxari, keyinchalik ilitilgan tuxum, tovuq go'shtini va hokazolar) yaratish kerak Og'riq turganda belladonna ich ketganda ichni yuritadigan dorilar beriladi.

Erroziv va flegmonoz gastritlar alohida urinda turadi. Erroziv gastrit deb me'daning o'yuvchi moddalar — me'da devorlarini kuydiradigan o'yuvchi natriy, sirka kislotasi, sulema va boshqalar bilan shikastlanininga aytiladi (bular odatda qizilo'ngachning qo'yishi bilan ham davom etadi). Natijada me'dada yaralar, chandiqlar, deforomatsiyalar va stenzlar yuzaga keladi.

Flegmonoz gastrit — streptokokklar hosil qiladigan yiringli me'da yallig'lanishidir; bu gastrit cheklangan (alohida abtseoslar ko'rinishida) bo'lishi mumkin. Nihoyat darajada kam uchraydi va xirurgik yo'l bilan davo qilishni talab etadi. Simptomlari: to'satdan boshlanadi, to'sh osti sohasida xususan yutishdan keyin kattik og'riqlar turadi, temperatura baland ko'tariladi (gektik temperatura), qorin shi shib, juda bezillab turadi, puls zaiflashi bo'ladi, hiqichoq tutadi, qusiladi, ba'zan yiringli massalar bilan qayt qilinadi, leykotsitoz ko'riladi.

XRONIK GASTRIT

Patologik jihatdan xronik gastrit tarkalgan yoki cheklangan shaklda o'tadi. Gastritda me'da shillik pardusidagi kasallik holatining shiddatiga nechog'li u davom etishiga qarab giperplastik yoki gipertrofik, atrofik gastrit formasi tafovut qilinadi. Ta'sirlanish tufayli yuzaga keladigan gipertrofik gastritda shillik parda go'yo shagren yuzasiga o'xshaydigan qalin yirik burmalar hosil qiladi; bezsimon hujayralar gipertrofiyalashgan bo'ladi; ba'zan polipoz o'smalar paydo bo'ladi (gastritis poliposa). Atrofik gastritda tipik hollarda maxsus me'da hujayralari yo'qolib, o'rniga shilimshiq ishlab chiqaradigan hujayralar vujudga keladi. Burmalar tekislanib qoladi. Ba'zi hollarda yuz yaralar — erroziyalar qo'shiladi (yarali gastrit — gastritis ulcerosa). Gastritning bu formasini odatda pilorik bo'lim bilan cheklangan bo'ladi. Gastritning gipertrofik formasi talaygina hollarda kasallikning bir stadiyasigina bo'lib, keyingi davrda atrofik shaklga aylanadi, deb o'ylash kerak.

Talaygina holatlarda xronik gastritda morfologik o'zgarishlar ko'p bo'lmaydi va mikroskop bilan tekshirilgandagina seziladi. Keyingi stadiyalarda chandi; (fibroplastik) o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Xronik gastritning simptomlari avvalo uzoq davom etadigan va vaqt bavaqt zo'rayib turadigan dispeptik hodisalar, kekirish (quruq yoki ahyo ahyonda falagda tuxum xili bilan kekirish —«sassiqlik kekirish»), zarda qaynashi, odatda ovqatdan keyin ko'ngil aynishi, ba'zan, yana biron xil ovqatdan keyin (xususan yog'li go'sht, konservalar, kolbasa oshirilgan xamirdan keyin) qusishdir. Kasallar to'sh osti sohasida og'irlik sezadi. Pylorus bo'limi bilan cheklangan gastritda ba'zan birmuncha qattiq og'riqlar ham paydo bo'ladi. qorin ko'pincha shishib turadi, ich ravon yurishmaydi. Ishtaha betayin bo'ladi. Til qarash boylagan yoki normal holda ko'rinadi. To'sh osti sohasi paypaslab ko'rilsa bezillab turadi. Me'da zond bilan tekshirilganida gox yo kislotasi kam (atrofik gastritda toki axilingacha). gox kislotasi yuqori va ko'p (gipertrofik gastritda) shira chiqadi. Gastritda ko'pincha me'da suyuqligida talaygina shilimshiq topiladi, biroq gastritda shilimshiq paydo bo'lishi doimiy hodisa emas. Me'da suyuqligining cho'kmasi mikroskop bilan tekshirilganda bir talay leykotsitlar topiladi. Xarakat funksiyasi goxo tezlashgan (anatsid formalarida), goho sekinlashgan (giperatsid formalarida) bo'ladi. Me'da

relefi rentgenologik yo'l bilan tekshirilganda xarakterli ma'lumotlar olinadi. Gipertrofik gastritda shilliq parda burmalari xiyla qalin tortadi (kalinligi somondek bo'lish o'rin bir ellik bo'lib qoladi); atrofik gastritda burmalar yoyilib ketgan yoki tamomila yo'qolgan bo'ladi (184 va 185 rasmlar, vkleykaga karalsin). Gastroskopik yo'l bilan tekshirish ham xuddi shu manzarali ko'rsatib beradi. Bundan tashqari, tekshirishning bu usuli shilliq pardaning qon bilan to'lishini va rangi o'zgarib qolganligini ham ko'rsatib boradi. Xronik gastritning o'tishi har xil bo'lib, notayin muddatga cho'ziladigan zimdan kechuvchi formalari ham, zo'rayib, boshqa me'da hodisalariga olib boradigan boshqa xili ham uchraydi: parxez buzilishi munosabati bilan kasallik vaqt bevaqt buzib turadi.

Xronik gastritning davosi avvalo parxez ovqatlar yorlami bilan qilinadi. Oldiniga ovqat ratsionini kamaytirish — oz ozdan va bot bot ovqat yeyish o'rinlidir. Maniya krupa va ezilgan guruchdan pishiriladigan sutli bo'tqalar, sabzavot pyuresi, yaxshi pishirilgan oq non va suxari, yorsiz quruk pechene, sut, tvorog, sariyoq, tuxum sarig'i beriladi. Ikki uch haftadan keyin qaynatilgan tovuq go'shti, jele, kisel, tuxum, olma yeyishga ruxsat etiladi. Keyinchalik parxez gastritning formasyaga bog'lik bo'ladi. Kislota kamaygan (subatsid yoki anatsid} gastritda ohista shira haydaydigan parxezga o'tiladi. Sabzavot sho'rvalar, bulon, baliq sho'rva qaynatilgan balq, kotletlar beriladi. Dag'al va achchiq ovqat (tuzlangan karam, qo'ziqorin, konserva yovvoyi parranda cho'chqa eti, dudlangan go'sht, qora non) ta'qiqlanadi. Kislota ko'paygan gastritda (kislotali katarrda) go'shtli ovqatlar va sabzavotli quyuyq sho'rvalar ruxsat etilmaydi, kasal nordon ovqatlarni ham, sho'r ovqatlarni ham emaslipi kerak. Bemorlar bosim bir necha xaftagacha ana shunday tartibga amal qilishi kerak Gastritda hazimdan qo'llaniladigan davo usuli me'dami takror takror yuvish, qo'lni uch prosentli soda eritmasi bilan yuvib turishdir (buning natijasida shilimshikni, ovqatning yemirilishidan kasal bo'ladigan turli ta'sirlovchi mahsulotlarni eritish va chiqarib tashlashga erishiladi va hokazo); mineral suvlar buyurish foydalidir: subatsid va anatsid gastritlarda osh tuzi bor suvlar (essentuki № 17, ijevsk suvi), kislotali katarrda—ishqoriy va ishqoriy er suvlari (smirnovsk suvi, borjomi va boshqalar) buyuriladi. Kurortlarda davolanish ham juda foydalidir, chunki kurortlarda tegishli mineral suvlarning ta'siri shifobaxsh ovqat, dam olish va rejim ta'siri bilan birga qo'shiladi. Og'rik tutganda va kislota ko'payib ketganda dorilardan belladonna (ovqatdan keyiya kuniga uch martadan Ektr. Belladonnae yoki atrofin tomchilari (1:1000 Atropini sulfirici eritmasining 5—7 tomchisi kuniga uch marta), ayanatsid formalarda — xlorid kislota (ovqat oldidan kuniga uch marta 15—20 tomchi asidum hydrochochoricum), natural me'da shirasi, pepsin (2% li eritmasi bir osh qoshiqdan kuniga uch marta) beriladi. Qoringa kuniga ikki martadan bir soat mobaynida issiq grelka qo'yilsin buyurish foydalidir.

Profilantika maqsadida o'tkir gastritdan keyin qattiq parxez buyuriladi (chunki o'tkir gastrit ko'pincha xronik gastritga sabab bo'ladi). Ratsional ovqat rejimi, ovqatga ishlatiladigan mahsulotlarning yaxshi sifatli bo'lishi, og'iz bo'shlig'ini sinatsiya qilish, ovqatga obdon chaynash, organizmdagi infektsiya o'choqlarini bartaraf qilish, aroq ichish va tamaki chekishni ta'qiqlab qo'yish katta rol o'ynaydi.

REKTOROMANOSKOPIYA

Rektoskop sterjenli metal naychadan iborat. Naycha orqa teshik orqali to'g'ri ichakka yoki narirekka sigmasimon ichakka kiritilganidan keyin sterjeni (mandreni) chiqarib olinadi va uning o'rniga yoritadigan elektr apparati qo'yiladi. Tekshirish vaqtida kasal tizzalari bilan tirsaklarini tirab turadi. Ichakni 30 sm masofada ko'zdan kechirib chiqish mumkin bo'ladi. Avval sfinkterlarning shilliq pardasi, so'ngra ampula ko'zdan kechiriladi; anusdan 7 sm yuqorida klapanlar bor, undan keyin sigmasimon ichakning kichik burmali ingichka yo'li keladi. Normal shilliq parda pushti rangda bo'ladi. Yaralanganida u xiralashib xira bo'lib qoladi. Unda yaralar, qontalashlar, shish tarqaladi. Rektoskop yarali komalarni, poliplarni, yot tanalarini ro'y-rost ko'rsatib beradi. Rektoromanoskopiya-ichakpastki bo'limlarining bir qancha kasalliklarini to'g'ri aniqlash uchun juda zarur usuldir.

Mustaqil ish: Nefritlar. Surunkali buyrak yetishmovchi ligi simptomologiyasi..

Uyga vazifa 23

Amaliy mashg'ulot №4

GERB simptomatologiyasi. Zamonaviy tashxisot usullari Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalariga bog'liq gastropatiya. Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsuat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

“Qor parchalari” usuli

Talabalar ikki guruhi bir muammo yoki vaziyatli masala yechimi ustida, ko'proq to'g'ri javob topish maqsadida, bahs olib boradilar. Masalan, o'tkir xolesistit belgilari, yoki qorinda og'riq sindromi bilan kechuvchi kasalliklar differensial diagnostikasi. Har bir to'g'ri javob, bir ball bilan baholanadi va shu guruhga bitta qor parchasi beriladi. Eng ko'p qor parchalar yig'gan guruh a'zolari a'lo baholar bilan baholanadi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligi.

Gastroezofageal soha organlarining motor-evakuator funksiyasi buzilishi natijasida regulyar oshqozon va 12 barmoq ichak massalarining qizilo'ngachga o'tishi natijasida uning eroziv, yarali hamda funksional buzilishi demakdir.

Tasnifi.

2002 yil gastroenterologlarning Los-Andjelesdagi xalqaro kongresida GERK ning klinik klassifikatsiyasi quyidagicha belgilandi:

-Noeroziv reflyuks kasalligi GERK

-Eroziv ezofagit yoki eroziv GERK

-Barret qizilo'ngachi GERK asorati bo'lib qizilo'ngach ko'p qavatli yassi epiteliysining o'rniga oshqozon yoki ichak tipidagi bir qavatli silindrik epiteliy olishi, metaplaziyasi.

Noeroziv reflyuks kasalligi endoskopik negativ variant, asosiy ma'lumotni klinik belgilar va qizilo'ngach Rengenografiyasi beradi. Endoskopik ba'zida kataral ezofagit belgilarini beradi. NERK GERK ning 60% ni tashkil etadi. Eroziv ezofagit qizilo'ngach eroziv yarali defitsitlarining kuzatilishi GERK ning 37 % ni tashkil qiladi. Endoskopik pozitiv EPRK Barret qizilo'ngachi umumiy GERK ning 3% ni tashkil qiladi.

Etiologiya va patogenez GERK polisimptom kasallik.

Normada qizilo'ngach shilliq qavatini himoya mexanizmiga:

1. Gastroezofageal soha va qizilo'ngach pastki sfinkteri antireflyuks bariyer funksiyasi.
2. Ezofageal tozalanish (klirens).
3. Qizilo'ngach shilliq qavati rezistentligi.
4. Oshqozon massalarining o'z – o'zidan tozalanishi.
5. Oshqozon kislota hosil qiluvchi funksiyasining nazorati.

Antireflyuks baryer funksiyasining quyidagi holatlarda pasayishi kuzatiladi:

- Diafragma qizilo'ngach bo'ynining churrasi.
- Spontan relaksatsiyaning tezlashishi.
- QPS bosimining pasayishi.

QPS gipotoniyasi rivojlanishini kuchaytiradi:

- Tarkibida kofein saqlovchi mahsulotlar (kofe, choy, kola, hamda kofein saqlovchi dori – vositalar (sitramon, kofetamin)).
- Achchiq, sho'r mahsulotlarni ko'p iste'mol qilish.
- QPS tonusini pasaytiruvchi dori – vositalar (Ca antogonistlari, papaverin, no – shpa, nitratlar, baralgin, xolinolitiklar, analgetiklar, teofillin, deksisiklin).
- Adashgan nervni zararlanishi (qandli diabetda vagus neyropatiya, vagotomiya).
- Chekish (nikotin).
- Alkogol iste'mol qilish.
- Homiladorlik.

QPS spontan relaksatsiyasini bo'shashtiruvchi omillar.

- Qizilo'ngach peristaltikasining buzilishi.
- Tez va ko'p miqdorda ovqat iste'mol qilish (ovqat vaqtida ko'p miqdorda havo kirishi natijasida oshqozonda bosim oshadi va QPS bo'shashadi, natijada oshqozon massalari qizilo'ngachga o'tadi).

- Meteorizm.
- Yarra kasalligi.
- Turli etiologiyali duodenostaz.
- Yaxshi ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, qiyin hazm bo'ladigan ovqatlar.

Yuqorida aytib o'tilgan omillar natijasida oshqozon va o'nikkibarmoqli ichak kasalliklari retrograt qizilo'ngachga o'tadi va agresiv omillar – HCl, pepsin, o't kislotalari tripsin qizilo'ngach shilliq qavatini kuchli ta'sirleydi va eroziv yarrali o'zgarishlarga olib keladi.

GERK patogenezida 2 – omil qizilo'ngach klirensining pasayishi himoyaviy shilliqda bikarbonat va kam miqdorda ishlab chiqarilishi va ikkilamchi peristaltikasining yo'qolishi, qizilo'ngach ko'krak bo'limii qismining tonusi pasayishi.

Klinika

Klinik kechishi 2 xil bo'ladi:

1. Tipik, ezofageal simptom.
2. Atipik, ekstraefageal simptom.

Tipik belgilarga zarda qaynashi, kekirish, epigastral, ko'ks ortida og'riq, disfagiya ---- ertalab og'iz achchiq bo'lishi atipik belgilarga laringeal belgilar (ovoz bo'g'ilishi) bronxopulmonal ovqat iste'mol qilgandan so'ng, yo'tal, astmatik holat, gipersavatsiya, stomatologik kariyes, tish emal qismining eroziyasi .

Diagnostika

Labarator tekshirishlardan patognomik tekshirish yo'q, faqat umumiy qon tahlili qon guruhi, Rh omilni tekshirish.

Instrumental

- Ezofagogastroduodenostoma noeroziv reflyuks kasalligi bilan reflyuks ezofagitni differentsatsiya qilish uchun, asoratlarni aniqlash uchun o'tkazilishi shart.
- Qizilo'ngach shilliq qavati biopsiyasi GERK asoratlari – yara, striktura, Barret qizilo'ngach aniqlash uchun.
- Rengenologik tekshirish (ko'krak qafasi qizilo'ngach aniqlash).

Qo'shimcha labarator tekshirishlar.

- 24 soatli qizilo'ngach ichi PH-metriyasi
- Qizilo'ngach ichi monometriyasi

Davolashdan maqsad

- Klinik simptomlarni bartaraf etish.
- Eroziyalarni davolash
- Asoratlarni davolash
- Yashash sifatini oshirish
- Qaytalanishini oldini olish

Nomedikamentoz davolash

- Kam miqdorda ovqatlanish

- Ovqatlangandan so'ng 2 soat davomida gorizontal holatda bo'lmaslik, uxlamaslik
- Uxlaganda boshini krovatdan 15-20 sm yuqori bo'lishi
- Ovqat ratsionida yog'li ovqatlarni, alkogol, kofe, shokolad, sitrus mevalar, qovurilgan taomlarni cheklash.
- Chekishni kamaytirish.
- Tana massasini normaga tushish.
- Qorin ichi bosimini yemiruvchi yuklarni kamaytirish. Sedativ, a, b - adrenoblokatorlar, klofelin, Ca⁺² antogonistlarni qabul qilmaslik.

Medikamentoz davo prokinetiklar, antisekretor va antosid dori vositalar buyuriladi.

Prokinetiklar – QPS ni funkuyasini yaxshilaydi, oshqozon motor funksiyasini oshiradi. Asosan domperidon 10 mg kuniga 3 – 4 marta beriladi. Antiekskretor terapiya kislotali oshqozon massalarining qizilo'ngach shilliq qavatini jarohatlovchi, ta'sirini kamaytiradi. Proton pompasi ingibitorlaridan prabeprazol kapsula ko'rinishida qo'llaniladi. 1 kapsuladan 2 mahal 20 ml gr dan. Davo kursi 4 – 6 hafta. Ushlab turuvchi terapiyada 3 kunda 1 marta qo'llaniladi. Davo samaradorligini kriterisi:

- Simptomlarning uzoq muddat bezovta qilmasligi.
- Eroziv formadagi reflyksda 1 ta eroziyada davo kursi 4 hafta, ko'p eroziyada 8 hafta davom etirilladi. Ushlab turuvchi davo 26 hafta davomida asoratlarida 52 hafta.

Mustaqil ish Anemiya va leykozlar simptomologiyasi

Uyga vazifa 24

Amaliy mashg'ulot №5

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi simptomatologiyasi. Enterit va kolitlar simptomatologiyasi. Laborator mashg'ulot: axlatni tekshirish.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj

Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha
------------------	---

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Yara kasalligi etiologiyasida tahlil qilinadigan faktorlar
2. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalligining patogenezi
3. Yara kasalligi Yuzaga kelishda zamonaviy nazariyalar
4. Yara kasalligi klassifikatsiyasi
5. Yara kasalligini asosiy sabablari
6. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalliklarida pal'pator tekshirish natijalari
7. Yara kasalliklari diagnostikasida funktsional tekshirishlar
8. Yara kasalliklarida laborator tekshirish usullarining ahamiyati
9. Yara kasalliklari klinikasi
10. Yara kasalliklari klinik kechish xususiyatlari
11. Yara lokalizatsiyasiga qarab oshqozon funktsiyasining o'zgarishi
12. Yara kasalligida rentgenologik tekshirishning ahamiyati
13. Yara kasalligining diagnostikasida EGDFSning ahamiyati
14. Yara kasalligining asorati va profilaktikasi

15. Yara kasalligini zamonaviy davolash usullari
16. Surunkali enteritning etiopatogenezi
17. Surunkali enteritning klassifikatsiyasi klinik kechishi, diagnostika
18. Surunkali kolitning etiopatogenezi
19. Kolitlarning klinik ko'rinishi, diagnostikasi
20. Koprologik tekshirish: makroskopik, mikroskopik va ximik

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
- G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
- Ko'p takliflarni qabul qilish
- G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
- Fikrni argumentasiasiz lo'nda qilib taqdim etish
- Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga

Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

Muammoli masalalar.

1- masala. 32 yoshli bemor ayol ich ketishidan, vaqti-vaqti bilan qornining o'rta qismida og'riq bo'lishidan shikoyat qiladi. Obyektiv tekshirilganda og'riq va g'uldirash seziladi. Yurak urishi minutiga 92 marta, ekstrasistoliya bor.

1. Qanday kasallik haqida o'ylash mumkin:
2. Qanday tekshirish usullarini qo'llasa to'g'ri bo'ladi:
 - a) nafasdagi qon miqdorini aniqlash kerak;
 - b) qondagi qand miqdorini aniqlash kerak;
 - v) qon zardobidagi temir miqdorini aniqlash kerak;
 - g) qondagi kaliy miqdorini aniqlash kerak;
 - d) najasda yashirin qon oqishiga tekshirish zarur.

Laborator tahlillar. Axlalni tekshirish. Axlalni tekshirish ichakning organik kasalliklari, funksional o'zgarishlari va unda parazitlar (gijjalar, lyambliyalar va boshqalar) bor-yo'qligi to'g'risida tasavvur beradi. Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning hammasida, odatda, gijja tuxumlari bor yo'qligi tekshirib ko'riladi. Tahlil uchun siydik, hayz qoni va boshqa yot modda hamda ajralmalar aralashmagan, yangi, faqat «sof» axlat olinadi. Tagga qo'yiladigan tuvak yoki kechasi tutiladigan tuvakdan axlat olinadigan bo'lsa, bemor avval qovug'ini bo'shatib olishi kerak. Ayollarda hayz boshlangan va qinidan ajralmalar kelayotgan bo'lsa, paxta yoki doka tampon bilan qinni bekitib qo'yiladi. Tekshirish uchun axlatni laboratoriyaga mumkin qadar tezroq yetkazib beriladi. Amebiazni aniqlash uchun axlatni iliqligida tekshirib ko'riladi, uning sovib qolishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Tekshirish ba'zan bemorga maxsus parhez buyurilganidan keyin o'tkaziladi; chunonchi, axlatda yashirin qon bor-yo'qligini go'sht, baliq, olma (tarkibida temir bo'ladigan mahsulotlar) eyishdan 3 kun parhez qilinganidan keyingina aniqlash mumkin. Axlat toza, quruq tuvakka yig'iladi. Qabziyat mahallarida axlatni klizma yordamida olishga to'g'ri keladi. Dizenteriyaga gumon tug'ilganida bakteriologik tekshirish uchun axlatni shisha tayoqcha bilan yoki steril surtgich bilan to'g'ri ichakdan olinib, oziq muhitli probirkaga solinadi. Axlatni tekshirish mahaligacha ko'pi bilan 12 soat saqlab qo'ysa bo'ladi. Bu vaqtda uni mikroorganizmlar va fermentlar ta'siri ostida o'zgarib qolmasligi uchun sovuq joyda saqlash kerak. Axlat quruq, toza idishga (bankachaga) solinib, usti qog'oz bilan bekitiladi. Axlatli idishga yorliq yopishtirilib, unga bemorning familiyasi, namuna olingan oy, kun yozib qo'yiladi.

Axlatni hamisha ko'zdan kechirib ko'rishi zarur. Undagi yangi qon bilan hazm bo'lib ketgan qonni (qoramoySimon axlat) ajrata olish, konsistentsiyasini (qattiq, yumshoq, yarim suyuq, suyuqligini), shaklini (odatdagidek shaklga kirgan, shakllangan yoki «qo'y qiyi» ko'rinishida bo'lib, qumaloq-qumaloq holda tushadigan axlat), rangini aniqlay olish kerak. Axlatning normal rangi jigarrang bo'lishi lozim. Axlatni saqlab turish zarur bo'lganida unga 5-10% li formalin eritmasi qo'shib qo'yiladi.

Axlat tahlili umumiy koprologik tahlil (grekcha koproz - axlat degan so'zdan olingan) va ma'lum maqsadni ko'zda tutadigan (axlatda qon, gijja tuxumlari bor-yo'qligini bilish uchun o'tkaziladigan) bo'lishi mumkin va hokazo. Shisha yoki sirlangan bankalarga 50 g axlat solinib, bankalar to laboratoriyaga jo'natilgunicha maxsus yashiklarda xojatxonada saqlanadi.

Yashirin qon bor-yo'qligini aniqlash uchun o'tkaziladigan tekshirishdan 3 kun avval bemorning ovqatidan go'sht, baliq, olma, shuningdek oshko'klar (ismaloq, shovul) istisno qilinadi. Tekshirishni o'tkazib bo'lgandan keyin, axlatni kanalizatsiya sistemasiga to'kishdan oldin yuqumsizlantiriladi. Uni avtoklavga qo'yish, ustiga qaynoq suv, 50% li karbol kislotasi eritmasi, 10% li lizol eritmasi yoki 50% li xlorli ohak eritmasi qo'yish yo'li bilan bunga erishiladi. Axlatni yuqumsizlantirish uchun ustiga shu eritmalardan 5-10 soat davomida solib qo'yish kerak. Axlat 1:5 hisobida quruq xlorli ohak bilan aralashtirilganida gijja tuxumlari 1 soatdan keyin qirilib ketadi.

Ovqatni normal hazm qiladigan odamda sutkalik axlat miqdori ko'p darajada o'zgarib turadi va bu talaygina sabablarga, jumladan, yeyiladigan ovqatning tarkibi va miqdoriga bog'liq bo'ladi. O'simlik ovqatlari iste'mol qilinganida go'shtli, baliqli ovqatlar iste'mol qilinganidan ko'ra ko'proq axlat hosil bo'ladi. Odam aralash ovqatlar bilan ovqatlanib yurganida sutkasiga o'rta hisobda 100—200 g axlat kelib turadi.

Normada axlat kolbasasimon shaklda bo'ladi. Orqa teshik torayib qolganida, to'g'ri ichakda rak bo'lganida axlat tasmaga o'xshab tushadi. Qo'y qiyi degan axlat spastik kolitda kuzatiladi. Axlat konsistentsiyasi (qattiq-yumshoqligi) undagi kletchatka, suv va yog' miqdoriga bog'liq bo'ladi. Ich surganida axlat suyuq, qabziyat vaqtlarida qattiq bo'lib qoladi.

Axlat rangi sterkobilin miqdoriga bog'liq va odatda jigarrang bo'ladi. Uning ranggi ba'zi mahsulotlarni iste'mol qilishga qarab o'zgarib turadi: sut mahsulotlari sariq rang bersa, go'sht mahsulotlari o'simlik mahsulotlariga qaraganda ancha to'q rang beradi. Qora olxo'ri, qahva, kolbasa, jigar, chernika, qora uzumlardan tayyorlangan vinolar axlat rangining to'q, deyarli qora bo'lib tushishiga sabab bo'ladi. Hazm apparatining yuqori bo'limlari (me'da, o'n ikki barmoq ichak)dan qon ketganida gemoglobinning me'da shirasidagi xlorid kislotasi ta'siri ostida gematin xloridga aylanishi natijasida axlat qoramoyga o'xshab qop-qora bo'lib tushadi. Ichakning pastki bo'limlaridan qon ketgan mahallarda qon axlat bilan bir qadar baravar aralashib, o'z rangini saqlab qoladi. Ba'zi dori moddalar ichilganida axlat rangi o'zgaradi; aktivlashtirilgan ko'mir ichilganida axlat qora rangga kirsas, vismut ichilganida surmarang tusga kiradi, temir vositalari ichilganida esa axlat rangi qora-yashil bo'lib qoladi. Axlatning no'xat pyuresiga o'xshagan rang va konsistentsiyada bo'lishi qorin tifi uchun xarakterlidir; axlatda sal ko'piklanib turadigan qon aralash yalqur (shilimshiq) bo'lishi dizenteriyada uchraydi, uning och sariq rangda bo'lib tushishi (axlatga odatdagicha rang berib turadigan bilirubinning ichakka yetarli tushmay turishi) umumiy o't yo'li tiqilib qolishiga bog'liq bo'lib (axolik axlat), sariq kasalligida kuzatiladi.

Axlatning hidi unda indol bilan skatol bo'lishiga bog'liq. Go'shtli ovqat iste'mol qilinganidan keyin axlat hidi ayniqsa o'tkir bo'ladi; sutli ovqatlar iste'mol qilinganida axlat hidi deyarli bo'lmaydi. Yo'g'on ichakda chirish jarayonlari zo'rayganda axlat ayniqsa qo'lansa hidli bo'ladi; ichakda bijg'ish jarayonlari ustun turgan bo'lsa, axlatdan qo'lansa hid kelib turadigan bo'lib qoladi.

Oddiy ko'z bilan qarab ko'rilganida (makroskopik tekshirishda) quyidagi patologik aralashmalarni topish mumkin: gijjalar yoki ularning bo'g'implari, masalan, tasmaimon gijja bo'g'implari, hazm bo'lmay qolgan ovqat qoldiqlari, shilimshiq, yiring, qon (odatdagi rangi saqlanib qolgan qon), axlat konkretlari (toshlari). Tirik gijjalar-askaridalarni topish hammadan oson, ular uzunligi 26 sm dan 30 sm gacha boradigan, ikkala uchi o'tkirlashib kelgan och pushti chuvalchanglar ko'rinishida bo'ladi (erkaklari urg'ochilaridan ko'ra kaltaroq va ingichkaroq bo'lib, dum tomoni ilmoqqa o'xshab qayrilib turadi, Bolalar axlatini diqqat bilan qarab ko'rilganida ba'zan oq iplarga o'xshab ketadigan juda mayda gijjalarni topish mumkin. Bular ostritsalardir. Ilmoqsiz gijja bo'g'implari uzunasiga cho'zilgan, ensiz bo'ladi, ichida daraxtga o'xshab shoxlab ketgan bachadoni aniq

ko'rinib turadi, bu bachadonining 17 tadan to 30 tagacha juda ingichka «shoxlari» bo'ladi. Ilmoqli gijja bo'g'implari ham uzunasiga cho'zilgan, lekin bachadonining «shoxlari» ancha keng va soni kamroq (7-12 ta) bo'ladi. Keng gijja bo'g'implari kalta va keng, bachadoni to'pgul ko'rinishidadir.

Gijjalarni tushirishda axlatda gijja boshchasi — skoleksi topilishi katta ahamiyatga ega, busiz davo choralari muvaffaqiyatli bo'lmaydi. Buni bilib olish uchun tushirilgan axlatni shisha bankaga solinib, qora qog'oz ustiga qo'yiladi, ustiga suv quyilib, shisha tayoqcha bilan obdon aralashtiriladi, keyin axlatning qalqib chiqqan qismlari ohista to'kib tashlanadi, cho'kmasi ustiga esa yana suv quyiladi. To cho'kma toza bo'lib qolmaguncha shunday qilinaveradi. Oxirgi safarda banka ichidagi suyuqlik mayin teshikli metall to'r yoki qil elakdan o'tkaziladi. Gijjaning ingichkalashib kelgan uchidan boshchasi qidirib ko'riladi, parazitning turi esa uni mikroskop ostida ko'zdan kechirib aniqlanadi.

Axlatdagi hazm bo'lmay qolgan ovqat qoldiqlari hazm apparatining ba'zi kasalliklarida va normada uchraydi (mevalarning urug' va danaklari va boshqalar). Qora iplar ko'rinishida bo'ladigan mushak tolalari, hazm bo'lmay qolgan biriktiruvchi to'qima zarralari, yog' bo'lakchalari (uzoq davom etib kelayotgan ich ketar vaqtida bular ayniqsa ko'p bo'ladi) topilishi mumkin. Oq ipir-ipirlar yoki qattiqgina oqish pardalar ko'rinishidagi shilimshiq bo'lishi ingichka ichak shilliq pardasi yallig'langanini ko'rsatadigan alomatdir. Ko'pincha shilimshiq bilan aralash bo'ladigan yiring yo'g'on ichak pastki bo'limining patologiyasiga (ichak sili, yarali kolit, yo'g'on ichak o'smasining yemirilishiga) bog'liq bo'lsa, faqat ana shundagina topilishi mumkin.

Axlatning hammasini elakka solib, oqib turgan suv tagiga chiqarib yuvilganidan keyingina juda mayda jigar va axlat toshlari (konkrementlar)ni topish mumkim. Bunda suvning hammasini, keyin dezinfektsiya qilish uchun alohida chelakka to'kish lozim. Axlatni vodo-provoddan suv oqizib qo'yib, doka xaltada yuvib olish ham mumkin.

Axlat reaksiyasi neytral reaksiyaga yaqin bo'ladi va ovqat xiliga qarab yo kuchsiz ishqoriy, yoki kuchsiz kislotali bo'lishi mumkin. Reaktsiyasining kuchli ishqoriy bo'lishi ichakda chirish jarayonlari kuchayganida ko'rilsa, kuchli kislotali bo'lishi unda bijg'ish jarayonlari kuchayganida ko'riladi. Axlat reaksiyasini aniqlash uchun lakmus qog'ozdan foydalaniladi, uni distillangan suv bilan namlanib, axlat surtmasi ustiga qo'yiladi; axlat siydikka aralashmagan bo'lishi kerak.

Axlatdagi qonni aniqlash (mikroanaliz). Bu tekshirish hazm apparatidan kishi bilmas, ya'ni yashirin qon ketayotgan yoki ketmayotganini bilib olish uchun muhim ahamiyatga ega, zotan qon juda kam bo'lishi va axlatni odatdagicha ko'zdan kechirib qaralganida topilmasligi mumkin. Tekshirishdan avval

bemorning ovqatidan go'sht, baliq, olmani istisno qilish zarur. Ko'pincha benzidin bilan o'tkaziladigan sinama (Gregersen reaksiyasi) va Gvayak nastoykasi bilan o'tkaziladigan sinama (Veber reaksiyasi)dan foydalaniladi.

Gregersen reaksiyasini qo'yish uchun 0,02 g benzidin, 0,08 g bariy peroksid, 4 ml 50% li sirka kislota eritmasi olinadi. Benzidin va bariy peroksidi quruq probirkalarda saqlanadi. Probirkaga avval sirka kislota qo'yiladi, keyin uning ustiga benzidin bilan bariy peroksid qo'shiladi. Shunday holda reaktiv faqat 30 daqiqa davomida yaroqli bo'ladi. Tekshirib ko'rish uchun axlatni yog'och tayoqcha bilan olinib, buyum oynasiga yupqa qavat qilib suriladi, keyin ustiga oq qog'oz qo'yiladi. Surtmaga 2-3 tomchi reaktiv tomizilib, ko'k rang paydo bo'lishiga qarab turiladi. Bu rang paydo bo'lishining tezligi bir-biriga kesishgan ikkita kalta chiziq, ya'ni krestlar bilan shartli ravishda belgilanadi. Ko'k rangning darhol paydo bo'lishi 4 krest, 15 soniyadan keyin paydo bo'lishi 3 krest, 1 daqiqadan keyin paydo bo'lishi 2 krest, taxminan 2 daqiqadan keyin paydo bo'lishi 1 krest bilan belgilanadi. 2 daqiqa va bundan ko'ra ko'proq vaqtdan keyin rang paydo bo'lishni e'tiborga olinmaydi—reaktsiya manfiy deb hisoblanadi. Natijani aniq bilish uchun o'sha axlat portsiyasining o'zidan foydalanib, reaksiya bir necha marta takrorlanadi.

Veber reaksiyasini qo'yish uchun quyidagi preparatlar zarur: muz, sirka kislota, 90% li uzum spirti, efir, yangi tayyorlangan Gvayak nastoykasi, ozon berilgan skipidar yoki yangi tayyorlangan vodorod peroksid, xloroform. Gvayak nastoykasi quyidagicha tayyorlanadi: probirkaga biroz miqdor (pichoq uchida) Gvayak smolasi solinib, ustiga 5 ml spirt qo'shiladi va tindirib qo'yiladi. Ozonlangan skipidar oddiy skipidardan olinadi, uni Petri kosachasiga yoki likobchaga qo'yilib, 48 soat davomida yorug' joyda qoldiriladi. Uni og'zi ochiq qora shishada saqlanadi.

Reaksiya quyidagicha o'tkaziladi. Axlat yaxshilab qorishtirilib, keyin toza yog'och kurakcha bilan taxminan 1 choy qoshiq axlat olinadi va chinni xovonchaga solib, ustiga yarim suyuq holga o'tadigan qilib sovutilgan sirka kislota quyiladi, aralashmani xovoncha toshi bilan yaxshilab qorishtirib, probirkaga quyiladi. Ustiga 5 ml efir qo'shiladi. Probirka og'zini tiqin bilan mahkam bekitib, stol yuziga yotqizib qo'yiladida, 30 daqiqa dumalatiladi, so'ngra tik turg'izib qo'yilib, «efirli» qavati toza quruq probirkaga qo'yib olinadi, keyin 15-20 tomchi Gvayak nastoykasi, 30 tomchi skipidar yoki 15 tomchi vodorod peroksid qo'shiladi. Reaksiya musbat bo'lib chiqqanda ko'k yoki zangori rang paydo bo'ladi.

Axlatni mikroskopda tekshirish. Axlatni mikroskop ostida ko'zdan kechirilganida, yuqorida aytib chiqarilganidek, o'simlik tolalari, meva va sabzavotlarning kletchatkasi ko'rinishida ovqat qoldiqlari topiladi. Me'da shirasi

kamayib qolganida biriktiruvchi to'qima tolalari topiladi. Ba'zan kraxmal donalari uchraydi. Lyugol eritmasi qo'shilganida bular yaxshiroq ko'rinadigan bo'lib qoladi. Kraxmal donalarining ko'p bo'lishi hazm apparatining ovqatni hazm qilish funksiyasi buzilganini ko'rsatadi. O'zgarmagan ko'ndalang yo'llarini saqlab qolgan mushak tolalarining ko'p bo'lishi me'da osti bezi faoliyati izdan chiqqanidan darak beradi. Axlatda ko'p yog' bo'lishi jigar chiqarish funksiyasi buzilganini, me'da osti bezi funksiyasi yetishmay qolganini (lipaza fermenti yetarli chiqib turmasligini) ko'rsatadi. Yog' mayda-mayda tomchilar yoki yog' plastinkalar» ko'rinishida uchraydi. Uni yaxshiroq aniqlab olish uchun preparat maxsus bo'yoq moddasi — sudan bilan bo'yaladi. Yog' kislotalar tuzlarining kristallari rangsiz bo'lib qolaveradi, neytral yog' va yog' kislotalar kristallari esa, och zarg'aldoq rangga bo'yalib qoladi.

Gijja tuxumlari bor-yo'qligini aniqlash uchun axlatni tekshirish. Axlatning oynadagi oddiy surtmasini tekshirish hamisha ham murodni hosil qilavermaydi, shuning uchun kontsentrlangan axlat cho'kmasi tayyorlanadi. Mana shunday cho'kmada gijjalar, ya'ni gelmintlar tuxumlarini topish oson bo'ladi.

Oddiy cho'kma tayyorlash quyidagicha qilinadi: probirkaga axlatning har xil joylaridan no'xatdek-no'xatdek 5—6 namuna olinadi, ustiga 15—20 baravar ko'p hajmda suv qo'yilib, shisha tayoqcha bilan yaxshilab qorishtiriladi. Bu aralashma tindirib quyiladida, keyin suyuq qismi ohista to'kib tashlanadi. Tomizgich bilan tubidan buyum oynasiga bir tomchi cho'kma olinib, qoplagich oyna bilan qoplanadi va mikroskop ostiga qo'yilib, ko'zdan kechiriladi. Bunday surtmadan bir necha dona qilib tayyog'lanadi.

Flotatsiya (boyitish) usuli shunga asoslanganki, suyuqlikning nisbiy zichligi gijja tuxumlarning nisbiy zichligidan katta bo'lsa, bunday suyuqlikda ular qalqib yuzaga chiqadi. Ana shunday suyuqlik tariqasida natriy xloridning to'yingan eritmasidan foydalaniladi (1 l suvga 400 g). Bir necha axlat bo'lagi pastak stakancha yoki diametri 15—16 mm keladigan probirkalardagi ana shu eritma bilan qorishtiriladi. Qorishtirib bo'lgandan keyin qavariq menisk hosil bo'lishi uchun probirkaning og'zigacha yana shu natriy xlorid eritmasidan qo'shiladi va ustiga qoplagich oyna yopiladi. Bir soatdan keyin qoplagich oyna ohista olinib, buyum oynasiga quyiladi. Shunda qoplagich oynaga yopishib qolgan gijja tuxumlari buyum oynasiga chiqib qoladi. Tegishli stakanchalar yoki probirkalar bo'lmasa, axlatni oddiy chinni kosachada qorishtirish mumkin. Bir soatdan keyin yuzidan ingichka sim bilan bir tomchi olinib, buyum oynasiga tushiriladi.

Perianal qirma olish usuli urg'ochi parazit orqa teshik sohasidagi teri burmalariga qo'yib ketgan ostritsa tuxumlarini topish uchun qo'llaniladi. Silliq qilib kesilib, 50% li glitserin eritmasiga ho'llangan yog'och tayoqcha yoki go'gurt donasi bilan ko'rstib o'tilgan joylardan qirma olinadida, uni buyum oynasining

qirradi bilan boshqa buyum oynasidagi glitserin tomchisiga tozalab tushiriladi va mikroskop ostiga qo'yib, ko'zdan kechirib chiqiladi.

Ilmoqsiz gijja (ho'kiz solityori) yuqgan bo'lsa, bemorning axlatida ko'pincha gijja lichinkalari — onkosferalar topiladi. Onkosfera dumaloq shaklda bo'ladi. Uning radial yo'nalishda yo'l-yo'l bo'ladigan qora tusli pardasi ichida 6 ta ilmog'ini topsa bo'ladi.

Cho'chqa solityorini ho'kiz solityoridan ajratish qiyin. Axlatda gijja tuxumlari yoki onkosferasi topiladigan bo'lsa, ularni tasmaimon gijjalar oilasiga mansub parazitlar deb aytiladi, xolos.

Serbar gijjaning yetuk tuxumlari odatda oval (tuxumsimon) shaklda, to'q jigarrang tusda, yirik bo'lib ko'zga tashlanadi, pardasi ikki konturli, ichidagi suyuqligi donador bo'ladi, kattaligi 60 mkm atrofida keladi.

Askarida to'q jigarrang tusda, oval shaklda bo'ladigan yirik tuxumlar qo'yadi. Tuxumlarining qalin, kungirador pardasi bo'ladi. Urug'lanmagan tuxumlarining g'adir-budur pardasi bor.

Mustaqil ish. Xloroz simptomologiyasi. Eritemiya simptomologiyasi.

Uyga vazifa. 25

Amaliy mashg'ulot №6

Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni so'rab-surishtirish (shikoyatkari, anamnez), ko'zdan kechirish, palpatsiyasi va perkussiyasi. Asosiy klinik sindromlar haqida tushuncha: sariqlik, portal gipertenziya, jigar yetishmovchiligi.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsuat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. 1 Jigar va o't yo'li kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari
2. Jigar va o't yo'li kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
3. Ko'rikda qanday o'zgarishlar aniqlanadi
4. Jigar va o't yo'li kasalliklarida palpatsiyasini ahamiyati
5. Jigar va o't yo'li perkussiya qilish texnikasi
6. Obratsov V.P. va Strajesko I.D. bo'yicha jigar perkussiyasi
7. Kurlov bo'yicha jigar perkussiyasi
8. Jigarni paypaslash usullari
9. Sariqlik to'g'risida tushuncha bering
10. Sariqlik rivojlanish sabablari
11. Mexanik sariqlik nima va diagnostik
12. Parenximatoz sariqlik nima va diagnostik
13. Gemotolik sariqlik nima va diagnostik
14. Jigar etishmovchiligi to'g'risida tushuncha
15. Jigar etishmovchiligiga olib keluvchi faktorlar
16. Jigar etishmovchiligi rivojlanishi asosida qaysi protsess yotadi
17. Jigar etishmovchiligining bosqichlari
18. Jigar etishmovchiligining klinik kechishi

19. Portal gipertenziya to'g'risida tushuncha
20. Portal gipertenziyaning xarakterli simptomlari

Intsident usuli

Klinik kafedralarida, talabalarga ekstremal holatlardagi faoliyatni o'rgatish maqsadida intsident usulidan foydalaniladi. Talabalarga biron xil vaziyatli masala haqida informatsiya beriladi. Bu masalaga tez yechim topilishi zarur (0,5-1,5 daqiqa).

Bu usul talabalar fikrlashini tezlashtiradi va ekstremal holatlarda faoliyatini aktivlashtiradi. Talabalar harakati xatosizligi 1,0 ga teng bo'lishi zarur.

Muammoli masalalar.

1-masala. 33 yoshli D.ning bir necha kundan beri isitmasi 38°C ga ko'tarilib, o'ng qovurg'asi ostida, panjalari, mayday bo'g'imlarida og'riq bo'lganligi uchun "qon sistemasi kasalligi" tashxisi qo'yilib klinikaga keltirilgan. Penitsillin va sulfanilamidlar bilan davolanganda foydasi bo'lmagan. Jigari kattalashganini bir necha yil oldin bilgan, vaqti-vaqti bilan terisi va shilliq qavatlarida zarg'ayish kuzatilgan. Bir necha yil oldin virusli gepatit bilan og'rigan. Obyektiv tekshirilganda terisi sarg'aygan, terisida qon tomir yulduzchalari bor. Jigari ozroq kattalashgan (qovurg'a ostidan 3 sm chiqib turadi), talog'ining chekkasi qo'lga unmaydi. O'pka eshitib ko'rilganda o'ng tomonda nafas susayganligi aniqlanadi. Berilgan ko'chirma qog'ozda qon analizi quyidagicha: Hb – 85 g/l, L – $1,2 \times 10^9 / l$, P-23, S-53, L 15, M-8, plazmatik hujayralar - 1%, retikulotsitlar – 302, trombotsitlar - $90 \times 10^9 / l$, bilirubin – 48 mmol/l, ALT – 300 TB, AST – 360 TB.

1. Bemorda qanday

Jigar va o't pufagi palpatsiyasi.

Jigarni palpatsiya qilishdan avval, o'ng qo'lning qayerga qo'yishni bilish uchun, o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha perkussiya usuli orqali jigarning pastki chegarasi aniqlanadi. Jigar palpatsiyasi Obraztsov-Strajesko usuli bo'yicha bajariladi.

Obraztsov jigarni palpatsiya qilish texnikasini quyidagicha ta'riflaydi «bemor gorizantal holda uncha baland bo'lmagan yostiqda boshini bir oz ko'targan holda, qo'llarini ko'krak sohasiga qo'yib chalqancha yotadi. Shifokor bemorni kravati yonida o'tiradi. Chap qo'l kaftini va oxirgi to'rt barmoqlarini bemorning o'ng bel sohasiga qo'yib, bosh barmog'i bilan oldindan qovurg'a yoyini bosadi.

Chap qo'l bilan o'ng bel sohasi bosilganda qorin orqa devori oldinga yondashadi; barmoq bilan qovurg'a yoyi bosilganda esa, ko'krak qafasining kengayishiga to'sqinlik qiladi. O'ng qo'l kaftining II-V barmoqlari yozilgan

holda qo'yiladi (o'rta barmoq biroz bukilgan bo'ladi) bunda barmoq oxirlari bir chiziqda yotadi.

Qo'llarni joylashtirgandan so'ng, o'ng qo'l bilan teri bir oz pastga suriladi va bemor nafas chiqargan vaqtda sekin – asta barmoqlar o'ng qovurg'a ostiga kiritiladi. Qo'lni olmasdan turib, bemorga chuqur nafas olish so'raladi. Bunda jigarning pastki chegarasi, ya'ni o'ng qo'l barmoqlari bilan qorin devori bosilganda hosil bo'lgan sun'iy cho'ntakka tushadi.

Keyinchalik diafragmaning qisqarishi natijasida jigarning pastki chegarasi cho'ntakdan sirg'alib tushib barmoqlarni aylanib o'tadi.

Jigarni paypaslaganda, birinchi navbatda uning o'lchamlari aniqlanadi. Jigarning pastga tushishi splanxnoptozda (qorin bo'shlig'i a'zolarining pastga tushishi) keskin ozishda, asteniklarda, qorin devori bo'shashganda va ko'krak ichki bosimi oshganda kuzatiladi. Buni aniqlash uchun jigarning yuqori chegarasi perkussiya qilinadi - jigar pastga tushgan bo'lsa uning chegarasi pastga siljib, me'yordan pastroqda joylashadi.

Jigarning ayrim kasalliklarida, uning o'lchamlari kichrayishini turtkisimon palpatsiya usuli yordamida aniqlanadi. Bu palpatsiya usulida o'ng qo'l barmog'lari yoki ikki qo'l yordamida qorin devori bo'ylab pastdan yuqoriga qarab turtkisimon urib boriladi. Jigar bo'ylab urilganda qattiq jism sezilib, avval pastga siljiydi, keyin esa qaytib o'z joyiga keladi va qo'lga uriladi. Bu simpton "suzayotgan muz" simptomi deyiladi.

Jigar o'lchamlarini aniqlash M.G.Kurlov usuli bo'yicha. Dastlab, o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha jigar o'lchami aniqlanadi. Normada bu o'lcham 9 sm ga teng ($\pm 1-2$ sm), keyin oldingi o'rta chiziq bo'yicha o'lchanadi, bu o'lcham – 8 sm ga teng ($\pm 1-2$ sm) va nihoyat chap qovurg'a yoyi bo'yicha o'lchanadi, bu esa – 7 sm ($\pm 1-2$ sm) ga teng bo'ladi.

O't pufagini tekshirish uchun Obratsov-Strajesko usuli bo'yicha yuzaki va chuqur palpatsiyadan foydalaniladi. O'tkir xolestsistitda, o't-tosh kasalligi xurujida va surunkali xolestsistitning qo'zish davrida yuzaki palpatsiyada o't pufagi sohasida og'riq va qorin muskullarining taranglashishi aniqlanadi.

O't pufagi proyektsiyasi normada qorin devorining qorin to'g'ri muskuli tashqi tomoni bilan qovurg'a yoyining kesishgan joyida joylashgan bo'ladi. Shu bilan birga uning proektsiyasi o'rta o'mrov chizig'i bilan o'ng qovurg'a yoyining kesishgan joyida ham joylashishi mumkin. Sog'lom odamda o't pufagi paypaslanmaydi. O't pufagining o'lchamlari kattalashgan holatlarda (o't pufagi empiemasida, umumiy o't yo'li obturatsiyasida) uni palpatsiya qila olish mumkin.

Kattalashgan o't pufagi noksimon ko'rinishda paypaslanadi. Kam hollarda uni o't pufagi rakida va o't-tosh kasalligida paypaslay olish mumkin. Surunkali xolestsistitda yuqoridagilardan tashqari quyidagi palpatsiya usuli qo'llaniladi: o'ng

qo'l katta barmog'i o't pufagi sohasiga qo'yiladi va bemor nafas chiqarganda qo'l barmog'i o'ng qovurg'a ostiga kiritiladi. So'ngra bemorga chuqur nafas olish buyuriladi. Nafas olish vaqtida o't pufagi pastga tushadi va katta barmoqqa tegadi. Agar o't pufagi zararlangan bo'lsa, unda og'riq kuzatiladi (6-rasm).

Jigar palpatsiyasi (palpatio)

Standart usul:

- Qo'l barmog'ini qovurg'a yoyi ro'parasiga qo'ying va ichki tomonga qarab chuqurroq bosing. Bemordan chuqur nafas olishini so'rang.

- Siz qo'lingiz ostida jigar chegarasini sezishingiz kerak. Yoki bemor nafas chiqarganda jigar qo'l ostingizdan sirpanib ketishi mumkin. Normada jigar palpatsiyasi og'riqsiz bo'ladi. Quyidagilarga e'tibor bering:

- Qorin pardaning ta'sirlanishi;
- Qorin parda ta'sirlanishi simptomi;
- Maqsadingiz to'g'risida bemorni ogohlantirmang;
- Qo'lingiz bilan qorinni chuqurroq bosing;
- Bir soniyadan so'ng tezda bosimni to'xtating;
- Bosim to'xtatilgach, og'riq kuchaysa, belgi musbat deb hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'i a'zolari perkussiyasi (percussion)

Normada qorin bo'shlig'ining barcha qismida, perkus-siyada timpanik tovush aniqlanadi. Bu tovush ichaklar sohasida balandroq, oshqozon sohasida esa pastroq bo'ladi. Shunga qaramay oshqozon pastki chegarasini ichakdan ajrata olish qiyin bo'ladi.

Jigar pastki chegarasini, tal taloqni, eksudat suyuqligini, astsitni, oshqozon osti bezi yoki tuxumdon kistasining va yuza joylashgan o'smalarni aniqlashda pastroq perkussiya usuli qo'llaniladi, chunki bunda aniq ma'lumotlar olish mumkin.

Astsit suyuqligini aniqlash.

Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik yig'ilganida (astsit) bemorni har xil holatda perkussiya qilish kerak: tik turgan holda, chalqancha yotqizib, yonboshcha yotqizib perkussiya qilinadi.

Agar, suyuqlik kam miqdorda yig'ilgan bo'lsa, unda tezda-tirsak holatida perkussiya qilinadi.

Bemorni chalqancha holda yotqizilganda, kindik sohasidan boshlab past ovozda perkussiya qilinadi. Bu sohada timpanik tovush eshitiladi. Keyinchalik

qorinning yon tomonlariga qarab sekin perkussiya qilib boriladi. Agar qorining yon tomonlarida suyuqlik bo'lsa, to'mtoq tovush eshitiladi.

Astsit borligi to'g'risida ishonch hosil qilmasa, unda bemorga qarama-qarshi tomonga yonboshlab yotish so'raladi va qo'l barmoqlarini olmay turib yana perkussiya qilib boriladi. Agar bo'g'iq tovush aniqlangan joyda timpanik tovush paydo bo'lsa, unda qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik borligiga yana bir bor ishonch hosil qilinadi. Shu bilan birga to'la ishonchli bo'lmagan hollarda, bemorni siydik pufagi bo'shlatilib, tik turgan holda, qorin o'rta chizig'i bo'ylab yuqoridan patsga qarab perkussiya qilinadi, agarda suyuqlik bo'lsa, unda qorinning pastida to'mtoq tovush eshitiladi. Qorindagi suyuqlik flyuktuatsiya usuli orqali ham aniqlashg mumkin. Bunda shifokor chap qo'lini qorin devorining yon tomoniga qo'yadi va qarama-qarshi tomondan o'ng qo'l barmog'lari bilan qisqa va yengil perkutor zarba beradi. Buning natijasida yuzaga keladigan suyuqlik tebranishlari chap qo'lga seziladi.

Astsitni tuxumdon va oshqozon osti bezi kislotasidan qiyosiy tashxislash uchun qorinni perkussiya qilish katta amaliy ahamiyatga ega. Astsitdan farqli, kistalarda qorinning o'rta qismida bo'g'iq perkutor tovush eshitilib, yon tomonlarida esa timpanik tovush eshitiladi.

Meteorizmda ham qorin hajmi kattalashib, perkussiyada qorinning barcha qismlarida timpanik tovush eshitiladi.

Qorin perkussiyasi:

- Har bir kvadratni asta-sekin perkussiya qiling. Eng baland tovush timpanik bo'lishi kerak;
 - Qanday tovush eshitayotganingizni aniqlang, bo'g'iq yoki timpanikni farqlang;
 - Timpanik tovush normada qorinning ko'pgina qismlarida chalqancha holda yotganda aniqlanadi;
 - G'ayri oddiy to'mtoqlik abdominal massalar yig'ilishining belgisi bo'lishi mumkin;
- Qorin uchun xos perkutor tovushlar:
- Timpanik: musiqali, o'pka tovushiga qaraganda baland tonli (havo bilan to'lgan bo'shliq jism);
 - Bo'g'iqroq-timpanik: timpanik va o'pka tovushi o'rtasidagi ton (chap o'pka asosi);
 - O'pka tovushi: ma'lum balandlikdagi turg'un tovush (o'pkada, ba'zan qorin sohasida)
 - To'mtoq tovush: qisqa, baland tovush katta bo'lmagan rezonansda (parenximotoz organlarda)

Jigar perkussiyasi (percussion)

Jigar qattiq a'zo bo'lib, perkussiyada to'mtoq tovushni beradi. U yuqoridagi o'pka bilan, pastdan esa ichaklar bilan chegaralangan.

Jigarning yuqorisi absolyut to'mtoqlik chegarasi normada VI qovurg'a sathida joylashgan. Xuddi shu chiziq bo'ylab jigarning pastki absolyut to'mtoqlik chegarasi aniqlanadi. Barmoq-plessimetr aniqlanadigan chegarasi nisbatan parallel holda kindik sathiga qo'yiladi va yuqoriga qarab to'mtoq tovush paydo bo'lguncha sekin perkussiya qilib boriladi. Jigar chegarasi barmoqning pastki satqidan belgilanadi (7-rasm).

Normada jigarning pastki chegarasi o'rta-o'mrov chizig'i bo'ylab, qovurg'a yoyining pastki chegarasidan o'tadi. Shundan so'ng jigarning pastki chegarasini oldingi o'rta chiziq bo'ylab (l. mediane anterior) aniqlashga o'tamiz. Barmoq-plessimetr aniqlanadigan chegaraga nisbatan parallel holda kindik sathiga qo'yiladi va yuqoriga qarab to'mtoq perkutor tovush paydo bo'lguncha, sekin perkussiya qilib boriladi. Barmoqning pastki sathidan belgilanadi. Bu chiziq bo'yicha jigarning pastki chegarasi normada xanjarsimon o'simta va kindik o'rtasidagi masofaning yuqori va o'rta 13 qismi chegarasida joylashgan bo'ladi.

Oldingi o'rta chiziq bo'yicha jigarning yuqorigi chegarasini aniqlab bo'lmaydi, chunki bu tomondan jigar yurak bilan chegaralangan bo'lib, faqat to'mtoq tovushni beradi. Shuning uchun bu chegara shartli ravishda aniqlanadi. Bunda jigar yuqori chegarasi o'rta-o'mrov chizig'i bo'yicha l. mediana anterior gacha perkussiya qilib borilganda, ularning kesishishidan hosil bo'lgan nuqtadan chiziq o'tkaziladi. Bundan tashqari jigar chegaralari chap qovurg'a yoyi bo'yicha ham aniqlanadi. Buning uchun barmoq-plessimetr chap qovurg'a yoyiga perpendikulyar holda taxminan IX-qovurg'a sohasiga qo'yiladi va to'sh sohasiga qarab sekin perkussiya qilib boriladi. Perkutor tovush o'zgargan sohaga, barmoqning tashqi chegarasidan aniqlab belgi qo'yiladi. Normada jigarning pastki chegarasi bu sohada VII-VIII qovurg'aga to'g'ri keladi. Yuqorida ko'rsatilgan chiziqlar bo'yicha jigar o'lchamlarini o'lchash faqatgina palpatsiya qilgandan so'ng o'tkaziladi.

Jigar perkussiyasi texnikasi:

- O'ng o'rta-o'mrov chizig'i bo'yicha ko'krak qafasidan boshlab jigarning yuqori chegarasigacha, to'mtoq tovush paydo bo'lguncha perkussiya qilib boriladi;
- Shu chiziq bo'yicha qorin bo'ylab jigarning pastki chegarasigacha to'mtoq tovush paydo bo'lguncha perkussiya qilib boriladi;
- Shu nuqtalar orasida jigar o'lchamini aniqlang. Katta yoshdagi sog'lom odamda bu o'lcham 6-12 sm ga teng.

Taloq o'lchami kattalashganligini aniqlash. Chap tomondan oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha eng pastki qovurg'a oralig'igacha perkussiya qilib boriladi. Normada bu sohada timpanik tovush bo'lishi kerak. Bemorga chuqur nafas olish buyuriladi va yana shu soha perkussiya qilinadi. Shu sohada to'mtoq tovush eshitilishi taloq kattalashganligidan darak beradi. Bemorni fizikal baholashda harorat va arterial bosimni o'lchash, nafas va pulsni baholash kabi qo'shimcha ko'nikmalar o'tkaziladi. Tana haroratini o'lchash orqali yallig'lanish va infeksiya belgilarini aniqlash mumkin. Yurak cho'qqi turtkisi (ritmi, chastotasi, sifati) ni aniqlash va pereferik pulsni baholash lozim.

Qorin bo'shligi a'zolari auskultatsiyasi (auskultasio)

Sog'lom odamda qorin bo'shlig'i sohasida ichaklar peristaltikasi eshitiladi, ichakning xavfli o'smalar yoki chandiqli jarayonlar natijasida torayishida peristaltika kuchayadi va toraygan sohadan biroz yuqorida baland quldirash eshitiladi. Enteritlarda ham xuddi shunday kuchaygan peristaltikani va baland quldirashni eshitish mumkin

Qorin bo'shlig'ida tovushlarni umuman yo'qolishi muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, bunday holat ichaklar parezida (o'tkir peritonit) kuzatiladi.

Ba'zan jigar (perigepatik) va taloq (perisplenik) sohasida qorin parda ishqalanish shovqini eshitilishi mumkin. Bu yallig'lanish oqibatida fibrin tolalarning o'tirib qolishi bilan bog'liq.

Qorin auskultatsiyasi texnikasi.

- Stetoskopni qorin sohasiga asta qo'ying
- Ichakdagi shovqinlarni eshitishdan boshlang
- Ichakda shovqinlar yo'qligi to'g'risida xulosa qilish uchun ikki daqiqadan ortiq eshitib turish kerak.
- Tovushlar me'yori, baland, past yoki umuman yo'qligiga ahamiyat beriladi
- Buyrak yonbosh arterialar va aorta ustidagi tovushlarni eshitib ko'ring.

Jigar auskultatsiyasi - bu tekshirish usuli jigar kasalliklarini aniqlashda kam ahamiyatli bo'lib, hisoblanadi. Ba'zi hollarda (perigepatit, perixolestsistit) jigar sohasida qorin parda ishqalanish shovqini

JIGAR KASALLIKLARINING UMUMIY SIMPTOMATOLOGIYASI

SARIQLIK

Sariqlik jigar va o't yo'llari (shikastlanganida uchraydigan eng muhim va tipik simptomlarning biridir. Kam darajadagi sariqlik sklera va tanglay shilliq pardasining sarrayganiga qarab bilinadi. Rosmana sariqlik badan terisining ancha sarg'ayishi bilan davom etadi. Siydik rangi qora pivoga o'xshab qoladi, chaykatilganida sariq Ko'pik hosil qiladi, oq surp yoki qog'oz qo'llanganida — sariq dorilar qoladi. Ozmi ko'pmi axlat rangi o'chadi. Ichakka tushadigan o't

kislotalarining yetishmovchiligi tufayli axlatda talaygina o'zlashtirilmagan yo'q bo'ladi, shunga ko'ra axlat yanada ochroq tusga kirib, ko'rinishdan loyga o'xshab holadi hamda yopishqoq, birmuncha yaltiroq, o'tkir qo'lansa hidli bo'ladi. qon zardobining nechoqlik sariq rangga kirganligiga qarab, sariqlik to'g'risida taxminiy fikr yuritsa bo'ladi. qondagi bilirubinning miqdorini aniqlash yordami bilan sariqlik darajasini aniqlash oson. Sariqlik—qon va to'qimalarda bilirubin to'planishining bevosita ifodasidir; agar u, normadan ko'ra ko'proq bo'lsa yu (lekin unchalik ko'p yig'ilgan bo'lsa aytarli sariqlik ko'rinmaydi; yashirin sariqlik yuzaga kelgach bo'ladi. qondagi bilirubin miqdori etarli darajada yuqori bo'lsagina o't pigmentlari siydikka o'tadi. Bilvosita degan bilirubin (yoki gemo bilirubin) buyrak orqali (shuningdek to'qimaga) qiyinroq o'tadi. Sariqlik kelib chiqishi sababiga qarab, asosan uch tipga bo'linadi (230 rasm): 1) mexanik yoki obstruktsion, 2) parenximatoz yoki funktsional, 3) gemolitik sariqlik. Mexanik sariqlik o't yo'llarining bekilib qolishi natijasida: kelib chiqadi (shu yo'llarning o'sma bilan bosilib qolishi, tosh tiqilib qolishi va shunga o'xshashlar tufayli). Parenximatoz sariqlik — jigar zpiteliysining bilirubinni organizmdan chiqarib yuborish funktsiyasining yetishmasligi natijasidir (jigar to'qimasi infeksiya va zararlardan shikastlanganda yurakda qon dimlanib qolishi tufayli jigar funktsiyasi buzilganda ko'riladi). Gemolitik sariqlik orga nizmda qon tanachalarining zo'r berib emirilishi, demak bilirubinning ortiqcha hosil bo'lishidan kelib chiqadi (masalan, bezgakda).

XOLEMIYA

Xolemiya (qonda o't ko'payishi) deyilganda ba'zilar organizmning o't bilan zararlanishini tushunsa boshqalar hamda o't elementlaridan birining—o't kislotalarining ko'payishini tushunadilar. “O't elementlaridan biri—bilirubin organizmiz uchun zararli bo'lmay, boshqa element—o't kislotalari — zararli xossaga ega bo'yaganidan, «xolemil» degan so'z bilan organizmning o't kislotalaridan zararlanish holatini belgilash to'g'riroq bo'ladi. O't kislotalarining zararli xossalari, asosan, avvalo nerv sistemasiga shu sistema orqali esa yurak qon tomirlar sistemasiga va qonga ta'sir qilishida ko'riladi. Birinchi xil ta'sirga bradikardiya misol bo'la oladi. O't kislotalarini organizmga yuborish yo'li bilan, vaqtincha bo'lsada pulsning siyraklanishiga erishilgan. Sariqlik va jigar kasalliklarida qachonki ro'yi rost bradikardiya ko'rilsa va shu bilan birga o't kislotalar bor yo'qligini aniqlash uchun siydik tekshirilsa hamisha o't kislotalarining ko'payganligi topilgan. Lekin ba'zan o't kislotalari to'xtalib qolsada bradikardiya unchalik bilinmaydi yoki tamomila bilinmaydi. Modomiki shunday ekan, qonda o't kislotalarining to'xtalish darajasi bilan pulsning sekinlashish darajasi bir biriga hamisha ham to'g'ri kelavermaydi. Badani sarg'aygan bemorlarda bradikardiya yo'l ochadigan boshqa ximiyaviy

moddalar (xolin, kaliy tuzlari) ham bor. Bradikardiya darajasi bundan tashqari, nerv mexanizmining individual sezgirligiga bog'liq. O't kislotalari adashgan nervga ta'sir etib, pulsning sekinlashuviga sabab bo'ladi. Atropin yuborilsa sariqlik munosabati bilan yuzaga kelgan bradikardiya susayadi. O't kislotalari puls tezligiga ta'sir ko'rsatishdan tashqari, adashgan nerv orqali arterial bosimning pasayishiga va bir qadar ekstrosistoliyaga moyillik tug'diradi. Raso avjiga chiqqan xolemiyada miokard ham zararlanadi, bu, masalan, elektrokardiografiya ma'lumotlaridan ko'rinadi. O't kislotalarining nerv sistemasiga ta'sir etishidan yuzaga keladigan boshqa simptomlardan badanning qichishini aytib o'tish kerak. Badanning nechog'lik qichishishi bilan o't kislotalarining qonda turib qolishi darajasi o'rtasida bevosita bog'lanish yo'q, lekin jigari kasallangan bemorlarda badan qichiydigan bo'lsa odatda o't kislotalarining turib qolganini ham isbot qilish mumkin. O't uzoq turib qolgan kasallarda anemiyaga moyillik paydo bo'ladi. Bilirubin, shuningdek qon pigmentlarining qaytadan ishlanishida yuzaga keladigan boshqa mahsulotlar qon ishlab chiqarishda salbiy rol o'ynamasdan stimullovchi rol o'ynaydigan bo'lganidan, bu anemiyaga bilirubin turib qolishi emas, balki, o't kislotalarining turib qolishi sabab bo'ladi deb o'ylash to'g'riroq bo'ladi. O't kislotalarining gemolitik ta'siri bor, lekin ularning bu ta'siri kontsentratsiyasi kat ta bo'lgandagina yuzaga chiqadi, sarig'likda esa o't kislotalari qonda shunday kontsentratsiyada uchramaydi. Shu sababli aftidan, boshqa bir xol, kattaroq rol o'ynasa kerak. Ichagiga uzok muddat o't kislotalari tushmaydigan itlarda (o't fistula orqali tashqariga chiqarilganda) eritropoez uchun kerakli ba'zi moddalarning so'rilishi izdan chiqqanligi natijasida yuzaga keladigan og'ir anemiya paydo bo'lishi aniqlangan. Xolemiya uzoq davom etganida odatda cho'pdek ozib, kaxeksiya boshlanadi; o't kislotalarining bevosita toksik ta'siridan ko'ra ichakka tushmay qolishi va natijada ichak fermentativ Faoliyati va oziq moddalar surilishining buzilishi bunga ko'proq sabab bo'ladi.

JIGAR FUNKTSIYASINING YETISHMOVCHIGI

Jigar to'qimasi shikastlanganda uning funktsiyalari buziladi. Jigar funktsiyalari kam darajada buzilganida kandaydir tashqi belgi bo'lmaydi. Faqat laboratoriya tekshiruvi bunday hollarda normadan tashqari arzimas o'zgarish borligini ko'rsatib beradi. Jigar funktsiyalari yetishmovchiligining mana shu yashirin formalari diagnostika va profilaktika uchun muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun ham jigar funktsiyalarini tekshirish masalasi tobora ko'proq diqqatni o'ziga jalb etmoqda va bu tekshiruv tajribada asta sekin rasm bo'lib bormoqda Jigar funktsiyalarishshg ko'proq darajada yetishmasliga odatda sariqlik bilan davom etildi, biroq yetishmovchilikning shu formalari ham eson omon o'tib ketishi va bemorlarning umumiy ahvolini uncha o'zgartirmasligi mumkin. Jigar funktsiyalari ko'p darajada yetishmay qolganidagina og'ir jigar komasi

simtomlari paydo bo'ladi. Jigar funktsiyasining bir xil tomonlari osonroq buzilsa ikkinchi qil tomonlari qiyinroq, buziladi. Masalan bilirubiya ajratish yoki ichakdan jigarga o'tadigan urobilinni qayta ishlash oqsillar va uglevodlar almashinuvda hali o'zgarishlar yuzaga kelmagan kasallarda buzilishi mumkin. Shuning uchun ham sariqlikni jigar funktsiyasi yetishmovchiligini ko'rsatadigan ilk simptomlarning biri, deb hisoblamok lozim. Sariqlik va jigar funktsiyasining yetishmovchiligi boshqa-boshqa narsa ekanligini yaxshi bilib olish kerak: sariqlik, parenximatoz sariqlik degan xiligina jigar funktsiyasining yetishmovchiligi va ko'rsatuvchi belgi bo'lib xizmat qiladi. Jigar funktsiyasining oraliq almashinuvga taalluqli tomonlari (qandni, amino kislotalarni qaytadan ishlash, xolesterin ishlab chikarish va hokazodir) suyuqlik bilan buzilavermaydi. Ba'zi o'zgarishlar jigarda ancha og'ir kasallik protsesslari yuzaga kelgandagina ko'riladi (sut kislotasini qaytadan ishlash, siydik ishlab chiqarish). Jigarda regeneratsiya va kompensatsiya qilish imkoniyatlari katta. Jigar yurak asosiy funktsiyalari bajarilib turishi uchun kichkana qismi kifoya qiladi. Jigar funktsiyasi yetishmovchiligining eng muhim belgilaridan biri qonashidir. Jigarning qonashi qonning ivishi buzilganiga borliq. Qonning ivish protsesida fibrinogen bilan protrombin muhim rol o'ynaydi, jigar funktsiyasi yetishmay qolganida esa bu mahsulotlar kam ishlab chiqariladi. So'nggi vaqtda vitamin K kashf qilinishi munosabati bilan, jigarda ko'riladigan gemorragik hodisalar jigari kasallangan bemorlarda shu vitamin yetishmasligiga yoki, to'g'riroqi, jigarining protromin hosil qila olmasligiga (vitamin K ishtirokida) bog'liq deb taxmin qilinmoqda. Jigar funktsiyasi yetishmovchiligining og'ir hollarda kasal serebral intoksikatsiya hodisalari, ya'ni psixakaning umuman ayirishi, mudrak bosib, ha deb uxlab qolaverish (jigar k o m a s i) hodisalari bilan bir necha kunda bo'lib qolishi mumkin. Shu hodisalar oldidan, ba'zan esa shular bilan birga besaramjonlik, tomir tortishishi, alaxlash, gallyutsinatsiyalar ko'rinishidagi hayajonlanish xodisalari bo'lib o'tadi; bemorlar krovatdan sakrab turib ketadi va hokazo. Bosh og'rig'i, lanjlik, uyqusizlik, tinka madorning qurishi koma yaqinlashib kelayotganini ko'rsatadigan birinchi belgilardir. Rosmana jigar komasi oldidan odam qotip qoladi, karaxt bo'ladi va o'lim oldidagina tamom hushidan ketadi. Mana shunday og'ir hodisalar shikastlangan jigar qayta ishlayotmay qolgan oraliq almashinuv moddalarining qonda to'planishi va markaziy nerv sistemasiga ta'sir etishi natijasida kelib chiqadi. Tajribada jigar glimogenga birdan yolchitalmay qo'yilganida shuningdan jigar tamom olib tashlanganida shunga o'xshagan hodisalar ko'rilgan. Venaga glyukoza yuborilganida bu hodisalar o'tib ketadi. Jigar funktsiyasi to'xtab qolganida yoki birdan susayib ketganida organizmda ko'riladigan holat «gepatargiya» degan

termin bilan belgilanadi; bu holat jigar. epiteliy to'qimasining har xil o'tkir va surunkali diffuz kasalliklarida uchraydi.

PORTAL GIPERTONIYA

Portal gipertoniya deb darvoza venada qon bosimining ortib ketishiga aytiladi. Bu hodisa jigarda yuzaga keladigan biror xil mexanik to'sqinlik tufayli jigar orqali darvoza venadan qonning oqib ketishi qiyinlashib qolishi natijasida paydo bo'ladi. Bunday to'sqinlar jigarda yuzaga kelib, unda yangi qo'shuvchi to'qima va chandiqlar paydo bo'lishiga olib boradigan yallig'lanish va degenerativ o'zgarishlar tufayli hosil bo'dadi. Bundan tashqari jigar o'smalari va kistalari, chandiqlar, jigar darvozasidagi rak metastazlari o'tgan bez tugunlari, shuningdan darvoza venaning o'zidagi —stvalidagi tromblar ham darvoza venadan qon olib ketishiga to'sqinlik qiladi. Mana shunday sharoitlarning hammasida ham darvoza venadagi qon bosimi shu qadar ko'tarilib ketishi mumkinki, tomir ichidagi suyuqlikning bir qismi qorin organlari, jumladan ichak to'tkich mayda tomirlarining yupqa devori orqali sorin bo'shlig'iga sizib chiqadi; shu tarika astsit yuzaga keladi. Astsit portal gipertoniyaning eng muhim simptomidir. Portal gipertoniya, masalan, jigarda damlanib (qolgan qon darvoza tomirlarining pastki yoki yuqori kavak venaga tutashadigan tarmoqlari (anastomozlari) orqali darvoza venadan chiqadigan bo'lsa uzoq vaqtgacha boshlanmasligi mumkin. Bu anastomozlar yoki kollaterallar normal sharoitlarda ham bo'ladi, biroq bunda ular juda nozik bo'ladi; portal gipertoniya da ular ko'pincha juda kattalashib ketadi. Anas tomozlarning qaysi holda qanchalik rivojlanishiga qarab astsit hosil yo'lish muddatlari ham o'zgaradi. Astsitik suyuqlik chiqarib yuborilganidan keyin qon anastomozlar orqali o'ziga yo'l topganligi munosabati bilan astsit ba'zan bir muncha vaqtgacha yig'ilmay turadi. Boshqa xollarda kollaterallar astsit paydo bo'lishi uchun uzoq vaqtgacha yo'l qo'ymaydi. Lekin ko'pgina hollarda aylanma yo'llardan (kollaterallardan) »qon oqishi darvoza venani bo'shatib, astsit paydo bo'lishini to'xtatish yoki susaytirish uchun juda kamlik qilib holadi. Darvoza vena bilan kavak vena o'rtasida yuzaga keladigan aylanma yo'llarning eng muhimlari quyidagilardir: 1. Kindik sistemasi orqali. Normada (kindik venasi bitib ketgan bo'ladiyu, lekin jigardan kindikka qarab boradigan boylamdagi mayda kindik oldi venalar orqali ingichka yo'li bo'ladi, portal gipertoniya sharoitlarida shu venalar kengayadi va hatto kindik venasining teshigi asliga kelib qoladi. Shu yo'l bilan darvoza venadan qon kindik soxasida qorin devorining: biri ustki kavak venaga ikkinchisi pastki uchvak venaga qon olib boradigan yuz venalariga quyiladi. Kindik atrofidagi veyalarning kengayishi natijasida «Meduza boshi» deb ataladigan, o'ziga jos bir manzara hosil bo'ladi. Qizilo'gach venoz to'ri orqali yuqori kavak vena tarmoqlari bilan to'tashadigan me'da venalari orqali. Mana shu aylanma yo'l juda kuchli rivojlanib ketganida

qizilo'ngachning pastki qismida me'daga k›rsh joyining ustkinasida kattagina varikoz vena tugunlari paydo bo'ladi, bularni qizilo'ngach relefivi tekshirishda rentgeoskopik yo'l bilash va (rentgen suratlarda) topish mumkin. Shu tugunlar non yuzi yoki qanday bo'lmasin qattiqroq ovqat bo'lagi bilan zararlanganda yo bo'lmasa zond solinganda qonashi mumkin— qon qusish deb shuni aytiladi qusish odatda o'zgarmagan birmizi qizil rangda bo'ladi).

Gemorroidalvenalaror hali; bu aylanma yo'l shundan iboratki, darvoza vena sistemasiga kiradigan pastki ichak tutqich venalari pastki qavat venaga quyiladigan gemorroidal venalar bilan tutashadi. Portal gipertoniya to'g'ri ichakdagi varikoz tugunlarning juda kattalashib ketishi shu aylanma yo'lga bog'liq. Ana shu gemorroidal tugunlar yorilib ketganida qon oqishi mumkin. Mana shu asosiy kollateral yo'llardan tashqari, boshqa yo'llar ham vujudga keladi (buyrak va jigar kapsulasi venalari orqali, o'n ikki barmoqli ichak va gardish ichak venalari orqali va hokazo. Portal gipertochiyada qorin organlari tomirlarida qon damlanib qolishi natijasida talaygina hodisalar paydo bo'ladi, qonning damlanishi taloqning kattalashib ketishiga sabab bo'ladi, keyin bu organ zichlashib qoladi (fibrozlanadi). Talok, yuqorida aytilganidek, asosiy (qon rezervuarlaridan biri bo'lgani uchun, tabiiyki, portal gipertoniya qonning damlanib qolishi bu organda ayniqsa oshib ketadi va boshqa organlardagidan ko'ra ertaroq vujudga keladi. Me'da osti bezida qon uzoq vaqt va anchagina damlanib qoladigan bo'lsa shu organda degenerativ va atrofik o'zgarishlar paydo qiladi hamda funksiyasining buzilishiga sabab bo'ladi. Me'da bilan ichaklarda qon damlanishi shu organlar sekretor (va so'rish) xossalari ning buzilishiga olib keladi. Portal gipertoniya avj olgan kasallarda ovqat singishi izdan chiqadi, ular bir qadar tez vaqt ichida ozib, madordan ketgan odamlar holiga tushib qoladi. Portal gipertoniya umuman yurak-qon tomirlar apparatining ahvoliga katta ta'sir ko'rsatadi. qapga vena sistemasining qonga to'lishib qolishi xususan, qorin bo'shliqiga suyuqlik o'tishi kavak venalar va tarmoqlarida qon bosimining pasayib ketishiga sabab bo'ladi. Ayni vaqtda venoz sistemadan o'ng yurakka tushadigan qon miqdori kamayadi, aylanib turadigaya umumiy qon massasi ham kamayadi arterialbosim pasayadi. Bunday sharoitlarda yurak ishi qiyinlashib qoladi. Shu xildagi kasallarda pirovardida qon aylanishining og'ir darajada yetishmovchiligiga xos manzara paydo bo'la olishi shundan ravshan. Astsit suyuqligining o'zi ham vena tomirlarini bosib qo'yishi mumkin: shu tarika buyraklarda qon damlanib qoladi, shuningdek, oyoqlarga shish keladi.

GEPATO- LIENAL SINDROM

Jigar shikastlayaganda ko'pincha talaq ham kasallanadi, talok va rarlanganda esa ayusari jigar ham shikastlanadi. Kasallik protsessida shu ikkala organning birgalashib ishtirok etishiga sabab nima. Aftidan, ikkala organga xos bo'lgan

anatomik fiziologik xususiyatlar shu jihatdan ahamiyatga ega bo'lsa kerak. Shu xususiyatlarning biri — ikkala ortanning retiyulo endotelial to'qimaga boyligi, de-mak shu to'qimaga aloqador bir xildagi moddalar almashinuvi, immunitet va gemoliz protsesslarida ishtirok qilishidir. Ikkala organga xos bo'lgan ikkinchi xususiyat, qon uchun keng joy borligi va qonning sekin oqishidir. Shunday qilib, ikkala organga bir vaqtda ta'sir qila digan sababga ko'ra (infektsiya, toksinlar) jigar bilan taloq ikkalasi bir vaqtda kasallikka chalinishi mumkin. Biroq, taloqning jigar bilan bir vaqtda kattalashmasdan, ketma ket, jigardan keyin kattalashib ketishi tajribadan ma'lum. Bunday hollarda chamasi, jigardagi retiqo'lo endotelial elementlar kasallik protsessiga qo'shiladi, shuning natijasida butun retiqo'lo endotelial apparat, xususan, uning eng kuchli qismi taloq bo'limi o'ziga xos sistema reaksiyasini yuzaga chiqaradi.

Shunday qilib, jigar kasalliklarida taloqning shishib ketishi jigarda ro'y berib turgan kasallik protsessida talok retiqo'lo-endoteliysiniig birgalashib qatnashayotganiki ko'rsatadigan bilvosita belgidir. Biroq, bu gaplarning hammasi jigar kasalliklarida taloqning kattalashuviga portal gipertoniya tufayli qonning anchayin damlanib qolishi sabab qilib (ko'rsatib bo'lmaydigan hollargagina taalluqlidir. Periferik haqida monotsitlar gruppasiga kiradigan retiqo'lo endotelial hujayralar paydo bo'lishi, shuningdek gemolizning kuchayishi ham jigar kasalliklarida retiqo'lo endotelial sistemasining ishtirok etayotganini ko'rsatadigan simptomlarga kiradi, chunki gemolizning kuchayishi retiqo'lo endotelial sistemaning aktiv funksiyasiga bog'liq

Mustaqil ish. Qandli diabet. Giper va gipo glikemik komalarda qiyosiy diagnostikasi

Uyga vazifa. 26

Amaliy mashg'ulot №7

Jigar va o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari (xoletsistografiya, jigarni skanirlash, ultratovush bilan jigar va o't qopini tekshirish). Komp'yuter tomografiyasi. zararlanishi. Asosiy klinik sindromlar Oraliq nazorat № 3

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya,

	laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Normal bilubin almashinuvini aytib bering
2. Bilirubinni aniqlashni aytib bering
3. Galaktoza va adrenalin sinamasini ayting
4. Normal protenogrammani izohlab bering
5. Oqsil cho'kma sinamalarini aytib bering
6. Timol va Formal sinamasi nima
7. Jigar mis va temir almashinuvida qanday ishtirok etadi
8. O't yo'llari va o't pufagi obzor rengenografiya va rengenoskopiya qilish
9. Splenoportografiya usulini aytib bering
10. Holegrafi nima

11. Holetsistografiya nima
12. Radiostop tekshirish usulini aytib bering
13. Exografiya nima
14. Jigar biopsiyasini aytib bering
15. Loparaskopiya nima
16. Skanerlash nima
17. Jigar va o't yo'li kasalliklarini aniqlashda kompYuter tomografiyasining roli
18. Surunkali xoletsestitlarning etiopatogenezi
19. Surunkali xoletsestitlarning klinikasi
20. Surunkali xoletsestitlarning klinik va diagnostikasi

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
 - G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko'p takliflarni qabul qilish
 - G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentatsiyasiz lo'nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

O'N IKKI BARMOQLI ICHAKKA ZOND SOLISH

Un ikki barmoqli ichakka solinadigan (duodenal) zond yupqa elastik devorli ingichka nay bo'lib, kalibri 9—11 mm, uzunligi 1,5 m ga boradi. Zondning uchiga kumushdan (yoki ebonitdan) ishlangan oliva o'rnatiladi, shu olivaning bir qancha mayda - mayda teshiklari bor bo'lib, bu teshiklar zond teshigi bilan tutashadigan ichki oliva kanaliga boradi.

Zond solish texnikasi quyidagichadir. Bemor nahorga o'tkazib qo'yib tekshiriladi. Vrach olivani bemorning og'ziga tiqib, til ildizigacha yetkazadi va yutishni taklif qiladi. Shunday qilib, duodenal zondni bemor xuddi ingichka me'da zondi singari yutadi. Zondni majburan burun orqaligina kiritsa bo'ladi. Kamdan kam hollardagina qiynalмай yutish uchun yutqumga kuchsiz kokain eritmasi surtiladi. Ishning muvaffaqiyati uchun bemor tinch holatda bo'lishi shart, shuning uchun ham zondni alohida xonada solgan ma'qul. Zond yutadigan bemor odatda yutqumning orqa devori bilan qizil o'ngachning bosilayotganini sezadi; shu paytda chuqur nafas olish tavsiya etiladi, chuqur nafas olish diqqatni chalg'itadi va ichishni to'xtatadi. Ayni vaqtda ko'p ajralib chiqadigan so'lakni bemor alohida jomga tuflab tashlashi kerak. Oliva qizilo'ngachdan o'tib, me'daga tushganidan keyin (bu yutilgan nayning uzunligiga qarab belgilanadi), bemor kushetkaga yaxshisi o'ng yon boshi bilan yotqiziladi (224 rasm). Keyin suyuqlik zond orqali tortib olinadi.

Zond olivasi me'dada turganligini yoki pilorusdan o'tib ketib o'n ikki barmoqli ichakka tushganligini aniqlash uchun bir qancha hollarni hisobga olish kerak. Avvalo, me'da suyuqligi rangsiz bo'ladi, o'n ikki barmoqli ichak suyuqligi esa normada sariq rangda bo'ladi. Modomiki shunday ekan, sariq suyuqlik kelishi olivaning o'n ikki barmoqli ichakka o'tib ketganligini ko'rsatadi. Biroq, me'daga ko'pincha o't otilib chiqishini aytib o'tish kerak. Lekin o't me'daga otilib chiqqan bo'lsa me'da suyuqligi sariq bo'lmasdan, yashil yoki sarg'ish yashil bo'ladi. (bilirubinning xlorid kislotasi bilan oksidlanib, biliverdyanga aylanishi natijasida). Shu tafovut hamisha ham kifoya qilavermaydi, albatta. Shunga ko'ra zondning qayerda ekanini bilish uchun erkin xlorid kislotasini aniqlash reaksiyasini qilib ko'rish katta rol o'ynaydi: me'da suyuqligi musbat reaksiya, o'n ikki barmoqli ichak shirasi esa manfiy reaksiya beradi. So'ngra end orqali havo puflab kiritish probasini qo'llanish mumkin: oliva me'dada bo'lsa kekirish tovushiga o'xshagan o'ziga xos biqillagan ovoz chiqadi; oliva o'n ikki barmoqli ichakka o'tgan bo'lsa bunday bo'lmaydi (havo kiritilganidan keyin shprints bilan tortib olinsa birinchi holda havo chiqadi, ikkinchi holda esa havo chiqarib bo'lmaydi). Ba'zan o'n ikki barmoqli ichak shirasi tarkibida o't bo'lmasligi va shunga ko'ra rangsiz bo'lib ko'rinishi mumkin (jigardan ichakka o't tushib turishi tamom to'xtab qolganida), me'da shirasida esa xlorid kislotasi bo'lmasligi mumkin (axiliya), bunday hollarda rentgen yo'li bilan tekshirib ko'rish kerak; masalan, zond olivasi pilorusga o'tmay qolganini, zondning me'dada buralib qolganini va hokazolarni shu yo'l bilan aniqlash mumkin.

Zond me'dadan o'n ikki barmoqli ichakka o'tganidan keyin birinchi portsiya suyuqlik — duodenal o't yoki A portsiya olinadi. Shu suyuqlik yetarli miqdorda so'rib olinganidan keyin zond orqali ta'sirlovchi yuboriladi. Ta'sirlovchilar o'rnida turli moddalar: magneziy sulfat, pepton, efir, tuxum sarig'i ishlatiladi. Odatda magneziy: sulfatdan foydalaniladi va uning 25 protsentli iliq eritmasidan shprints bilan 40 ml yuboriladi. Magneziy sulfat yuborilganidan keyin tez orada yana bir portsiya — «pufak» o'ti yoki B portsiya so'rib olinib boshlaydi. Sog'lom odamlarda bu suyuqlik ancha suyuq rangli bo'ladi va rangi bilan tarkibi jihatidan A portsiyadan keskin farq qiladi. B portsiya ajralib bo'lganidan keyin (Odatda 50—60 ml) yana o't chiqaboshlaydi, bu o't A portsiyadagi o'tga o'xshash bo'ladi; shu uchinchi portsiya o't S harfi bilan belgilanadi (jigar o'ti): uni uzoq vaqtgacha kirs bo'ladi. Uchala portsiya olinib bo'lganidan keyin zond chiqarib olinadi, olingan portsiyalarni esa ximiyaviy va mikroskopik yo'l bilan tekshiriladi; bakteriologik yo'l bilan tekshirish uchun har qaysi portsiyadan bir oz miqdor o'tni steril probirkalarga solib olib qo'yish ham zarur. Zond orqali yuboriladigan ta'sirlovchi o'rniga teri ostiga 1 protsentli gipofizin eritmasidan 1 ml yuborish usulidan foydalansa ham bo'ladi; gipofizin B portsiyani oddiy ta'sirlovchilar olib bo'lmaydigan hollarda ham chiqarib beradi; demak, u birmuncha kuchli ta'sirlovchi bo'lib xizmat qiladi.

Ayrim portsiyalarning kelib chiqishi va tabiatini quyida gicha tasavvur qilish mumkin. Duodenal. suyuqlik ichak shirasi, me'da osti shirasi va o't aralashmasidan iborat (demak, uni o't deb hisoblab bo'lmaydi). Birinchi A portsiya o'n ikki barmoqli ichak suyuqligidan yo zond solishdan oldin yoki zond solish davrida shu ichakka to'xtagan o't aralashmasidan iborat. Duodenal portsiya tiniq. Tilla rangda bo'ladi. Ikkinchi B portsiya birmuncha suyuq, to'q sariq, ba'zan ko'kimtir — sariq rangda bo'ladi, odatda uni pufak otib chiqargan o't deb hisoblanadi, shuning uchun ham pufak o'ti deb ataladi. Magneziy sulfat yoki boshqa biror ta'sirlovchi o'n ikki barmoqli ichakka tushib, uning fater ampulasidagi shilliq pardasiga ta'sir etadi va ichak devoridan o't pufagiga o'tadigan (to'g'riroqi, Oldi sfinkteridan pufakning muskul apparatiga o'tadigan) alohida refleks yuzaga keltiradi, deb taxmin qilinadi; natyukada Oldi sfinkteri ochiladi, o't pufagi esa qisqarib o'z suyuqligini ichakka haydab chiqaradi. Hozir olimlarning ko'pchiligi shu nazariyani e'tirof etadi. Gipofizin yuborilganida shunga o'xshagan natija olinishi ham bu fikrning to'g'riligidan dalolat beradi. O't pufagi olib tashlangan kasallarda odatda B portsiyani olib bo'lmaydi. O't pufagi bitib qolgan, devorlari qalin tortgan, o't pufagiga tosh tiqilib qolgan bo'lsa ham, B portsiyani olib bo'lmaydi. Pufak yallig'langan paytda B portsiya yo chqmaydi yoki juda o'zgargan, loyqa ranggi ochroq bo'ladi bu ko'rinishdan yiringli ekssudatga o'xshaydi. O't pufagida o't damlanib qolganida B portsiya nixoyat darajada suyuq bo'lib ketadi.

Shunday qilib, «o't pufagi refleksini» tekshirish vrachga o't pufagi kasalliklarini aniqlash uchun talaygina juda qimmatli ma'lumotlarni beradi. Shunisi ham borki, «musbat» pufak refleksini o't pufagi kasalligini istisno qilmay, balki pufak yo'lining ochiq ekanligini, o't pufagining qisqara oladigan va o'zni suyuqlashtira oladigan holda ekanligini ko'rsatadi. Pufak refleksining «manfiy» bo'lishi yo pufakning tiqilib qolganidan yoki qisqaruvchanligi (qisman esa o'zni suyuqlashtiruvchanligi ham) izdan chiqqanligidan dalolat beradi. Biroq, shuni ham nazarda tutish kerakki, pufak relf sisi ba'zan sog'lom odamlarda ham odatda tekshirish bir marta o'tkazilganida yuzaga chiqmasligi mumkin (takror tekshirishda bu refleks odatda yuzaga chiqadi).

S portsiya yoki jigar o'ti to'g'ridan – to'g'ri jigardan chiqadi, deb hisoblanadigan bo'lgani uchun shunday deb ataladi: normada u o'z tarkibiga ko'ra A portsiyaga yaqin bo'ladi. Portsiyalarni ximiyaviy yo'l bilan tekshirishda ulardagi bilirubinni aniqlash hammadan ko'p amaliy ahamiyatga ega: bilirubin miqdori jihatidan B portsiya boshqa portsiyalarga qaraganda ancha (normada taxminan 10 baravar) to'yinganroq bo'ladi; B portsiyada bilirubin konsentratsiyasining kamayishi pufakda o'tning suyuqlanishi izdan chiqqanligini yoki unga ekssudat qo'shilganligini ko'rsatadi. B portsiyadagi bilirubin konsentratsiyasining kuchayishi pufakda o'tning damlanib qolganidan darak beradi. O't ajralish to'xtalib qolganida o'n ikki barmoqli ichak shirasining ranggi normadagidan ko'ra ochroq bo'ladi (ba'zan xuddi yuqorida

aytilganidek, rangsiz bo'lishi mumkin); o'n ikki barmoqli ichak shirasi rangining suyuqlashishi qon tanachalari zo'r berib parchalanganida ko'riladi. O't portsiyalariga shilliq aralashgan aralashmaganini aniqlashning diagnostik jihatdagi ahamiyati bor: ko'p miqdorda shillik bo'lishi o'n ikki barmoqli ichak, o't pufagi va o't yo'llarining kataral holatini ko'rsatadi.

Ayrim portsiyalar turg'izib qo'yilganida hosil bo'ladigan cho'kmani mikroskopik yo'l bilan tekshirish birinchi galda qanday b'ylmasin leykotsitlar aralashganini aniqlashga imkon beradi. Normada A va S portsiyalarda ozgina: ko'ruv maydonida 1 tadan 5 tagacha B portsiyada esa ko'ruv maydonida 5—15 leykotsitlar topiladi. Ularning ko'p miqdorda yallig'lanish protsessi borligini ko'rsatadi. Portsiyalarni qaysi birida leykotsitlar ko'p uchrashiga qarab, o'sha yallig'lanish protsessini lokalizatsiyasi haqida fikr yuritiladi: leykotsitlar A portsiyada uchrasa-yu, V va S portsiyalarda deyarli yo'q bo'lsa odatda o'n ikki barmoqli ichak yoki yirik o't yo'llari devorining katarri to'g'risida yo'lalga to'g'ri keladi; bordi-yu, leykotsitlar asosan S portsiyada uchraydigan bo'lsa jigar ichidagi o't yo'llari yallig'langan deb diagnoz qo'yiladi. Biroq shu ma'lumotlarga qarab, o't pufagi yoki o't yo'llarida kasalik protsessi bor, deb xulosa chiqarishda juda extiyot bo'lish kerak. Faqatgina A portsiyadan leykotsitlar topilishining diagnoz tika uchun hammadan kam ahamiyati bor, chunki o'n ikki barmoqli ichakka leykotsitlar me'dadan va hatto og'iz bo'shlig'idan (so'lak bilan. Lekin ba'zi olimlar o't pufagining musganil ravishda qisqara olishiga shubha qiladilar va ichakdan darvoza vena qoniga so'rilib o'tadigan hamda jigarga bora digan magneziiy sulfatdan jigarning ta'sirlanishi natijasida jigardan o't ajra lishining keskin suratda zo'rayishi tufayli ko'proq B portsiya yuzaga keladi deb hisoblaydilar. Birga tushishi mumkin.

B va S portsiyalar to'qimasidan epitelial hujayralar topilishi biroz ahamiyatga ega ularning ortiqcha bo'lishi o't yo'llari va o't pufagi shilliq pardasining post tashlayotganini ko'rsatadi. Jigar epiteliysiga o'xshab ketadigan odatda yog' degeneratsiya sigacha duch kelgan hujayralar ham uchraydi. Xolesterin kristallariga ham ahamiyat beriladi. Ular o't dimlanib qolganida va o't tosh kasalligida ko'p miqdorda uchraydi.

Duodenal suyuqlikga sodda jonivorlar jumlasiga kiradigan parazit ichak lamblilarini (225 rasm), shuningdek gijjalarning biror suyuqlikda paydo bo'lishi yallig'lanishga bog'liq bo'lmasdan, tegishli shilliq pardaning saqlanishga bog'liq bo'lishi va sekretsnyaning zo'rayishi isbotlangan. Ko'z og'iz jigar qurtini, (226 rasm) topish muhim ahamiyatga ega. O't portsiyalarini bakteriologik yo'l bilan tekshirish o't yo'llari va o't pufagi kasalliklaridan ba'zilarining kelib chiqishida mikroorganizmlar faktorini aniqlashga imkon beradi; o'tdan ekilganda o'sib chiqadigan flora orasida ichak tayoqchasi, tif va paratif tayoqchasi, streptokokk (entegonik) hammadan katta ahamiyatga ega. Bakteriologik ma'lumotlar takror tekshirib ko'rish

yo'li bilan sinab ko'rilishi kerak; ayni vaqtda o'sish xarakterini (koloniyalarning sonini va katta kichikligini) hisobga olish kerak. Faqat A por siyadan mikrotopilishi o't yo'llariga mikrobu yuqqanligidan hali darak bermaydi, chunki mikroblar o'n ikki barmoqli ichakda ham uchrashi mumkin (xususan, me'dada subatsid yoki anatsid xolatlar bo'lganda shuningdek enterokolitlarda). Batsillotashuvchilik holatini ham hisobga olish kerak (qorin tipida)

RENTGENOLOGIK TEKSHIRISH

Jigarning o'zini rentgenologik yo'l bilan tekshirish amaliy jihatdan hozircha rol o'ynaydi, lekin, jigar sohasini yoritib ko'rish ba'zan jigar konturi do'mbayib turishligi to'g'risida tasavvur berishi mumkin. So'nggi vaqtlarda toriy tuzlari yordami bilan jigarni rentgenografiya qilishga urib ko'riladi, biroq bu usul xatarli bo'lib chiqdi. O't pufagini rentgen bilan tekshirish katta ahamiyatga ega. Oddiy rentgen suratlarida go'yo o't pufagi soyasini shuningdek toshlarni (agar ohak toshlar bo'lsa topish mumkin bo'ladi). Kattalashgan o't pufagi bazan bulbiduodenining oldingi devoriga ba'zan botib kiradi, o't yo'llari sohasidagi tortmalar esa o'n ikki barmoqli ichakni yoki pilorusni yuqoriga va o'ngga karab tortadi. qorin bo'shlig'iga gaz puflab kiritilganida (pnevmooperitoneum) rentgenologiyak yo'l bilan tekshirish qimmatli ma'lumotlarni beradi, bu usul jigar konturlari va hajmini yaxshi aniqlashga imkon ochadi. Xazm yo'lini tekshirish jigar va o't yo'llari kasalliklariga xos bo'lgan talaygina bilvosita belgilarni ko'rsatib bera oladi (masalan, qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishini, jigar kattalashgani tufayli me'daning surilishini aniqlash mumkin va hokazo). O't pufagini kontrast moddalar yuborib, keyin suratga olish. Gepatografiya xoletsistografiya bilan tekshirishdek yangi usulning kashf etilishi katta yutuqdir. Organizmdan asosan jigar orqali chiqib keta oladigan bo'yoq — fenolortalsining brom yoki iodli birikmalari kontrast moddalar o'rnida ishlatiladi. Tetrabrom fenolftalein va tetrayodfenolftaleinning natriyli tuzlaridan foydalaniladi. Yodagnost degan sovet preparati (yodtetragnost) maxsus qora flakonlarda chiqariladi; flakonidagi suyuqlik ichirilishidan oldin 3G`4 stakan ishqorli suvda eritiladi. Kontrast moddani ichishdan 4 soat oldin bemor yog'lik. ovqat yeydi (ikkita tuxum sarig'i yoki 25 g sariq yog'li buterbrod); bundan maqsad to'planib qolgan o'tdan yt pufagini bo'shatishdir. Kontrast modda qondan jigar orqali o'tib o't bilan buyarkga o't pufagiga tushadida o'sha erda konsentratlanadi va o't pufagi konturlarini ko'rinadigan qilib qo'yadi; 6, 12, 18 va 24 soatdan keyin surat olinadi. Yodtetragnost venaga yuborilganida o't pufagining soyasi ancha ilgari, yarim soatdan keyinroq ko'rinadigan bo'lib qoladi; bu soya 8—12 soatdan keyin juda suyuqlashadi. Shu preiarat venaga yuborilganida ba'zan kollapsqa qadar og'ir zaharlanish belgilari ko'riladi. Tetrag nost ichilganida ham ba'zan bir qancha ko'ngilsiz hodisalarga sabab bo'ladi (me'daning ta'sirlanishiga ich ketishiga). Shu munosabat bilan xoletsistografiya uchun so'nggi vaqtda fenilpropion kislotaning

yangi preparati — bilisektan yoki bilitrast taklif etaldi, og'iz orqali ichiladigan bu preparat {bir tekshirishga 3 g dan) zararsiz bo'lib, yaxshi kontrastlik hosil qiladi. Xoletsistografiyada o't pufagi quyidagi sharoitlarda to'ldiriladi; 1) jigar hujayralari kontrast moddani o't bilan birga ajratadigan bo'lishi kerak; 2) o't yo'llari ochiq bo'lishi lozim; 3) o't pufagi o'zni kontsentrlyoladigan bo'lishi kerak. O't pufagining qisqarish layoqati kamaygan bo'lsa soya tushmaydi chunki bunda o't pufagi qon grast moddali yangi o't kelishi uchun joy bo'shata olmay qoladi. Patologik hollarda o't pufagining shakli o'zgarishi mumkin: damlanib qolgan va atonik o't pufagi, shuningdek tortmalar tufayli shakli o'zgargan o't pufagi tafovut qilinadi. Gipofizin yuborilganidan keyin o't pufagi qisqarishlarining ayrim fazalarini, shuningdek yirik o't yo'llarining kontrast aralashma bilan to'lishini rentgen suratlarga tushirsa bo'ladi. Shu maqsadda bir muncha soddaroq usuldan ham foydalaniladi: xolitsistografiyaning so'nggi davrida tuxum sariri beriladi, shuzdan keyin 15, 30, 45 va 60 minut o'tgach, bir seriya. surat olinadi.

JIGARNI PUNKTSIYS QILISH

So'nggi vaqtda jigarni tirik odamda gistolopis yo'l bilan tekshirish metodikasi qo'llanila boshladi. Buning uchun jigar yo punktsiya qilinib, Jigar hujayra elementlari shiringa olinadi yoki bir muncha yo'qon bo'ladigan maxsus nina bilan jigar to'qimasining kichikroq silindrik parchasi olinib, ishlanadi (fiksatsiya qilinadi hokazo) va undan misroskop bilan tekshirish uchun kesmalar tayyordanadi:

Амалий машгулот №8

Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsuat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
-----------------	----------------	------------------

va vaqti		
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

- 21.1. Normal bilubin almashinuvini aytib bering
22. Bilirubinni aniqlashni aytib bering
23. Galaktoza va adrenal sinamasini ayting
24. Normal protenogrammani izohlab bering
25. Oqsil cho'kma sinamalarini aytib bering
26. Timol va Formal sinamasi nima
27. Jigar mis va temir almashinuvida qanday ishtirok etadi
28. O't yo'llari va o't pufagi obzor rengenografiya va rengenoskopiya qilish
29. Splenoportografiya usulini aytib bering
30. Holegrafi nima
31. Holetsistografiya nima
32. Radiostop tekshirish usulini aytib bering
33. Exografiya nima
34. Jigar biopsiyasini aytib bering
35. Loperaskopiya nima
36. Skanerlash nima
37. Jigar va o't yo'li kasalliklarini aniqlashda kompYuter tomografiyasining roli
38. Surunkali xoletsestitlarning etiopatogenezi
39. Surunkali xoletsestitlarning klinikasi
40. Surunkali xoletsestitlarning klinik va diagnostikasi

“Miya shturmi” usuli

Asosiy qoidalari:

- G'oya paydo bo'lishiga halaqit beruvchi kamchiliklarni aytmaslik
 - G'oyalar va fikrning yuksakligi, chunki g'oya qanchalik noodatiy bo'lsa, shunchalar u yaxshi
 - Ko'p takliflarni qabul qilish
 - G'oyalar kombinatsiyasi va ularning rivojlanishi
 - Fikrni argumentasiasiz lo'nda qilib taqdim etish
 - Gruppani ikkiga bo'lish: fikr generatorlari va fikrni analiz qiluvchilarga
- Bu usul g'oya va fikrlarni argumentatsiyalashni, o'zining shaxsiy fikrini, har qanday holatlarda optimal yechim topishga sharoit yaratadi.

SURUNKALI GEPATITDAR

Suruyakali gepatitlar «jigar sirrozi» degan termin bilan ham belgilanadi. Jigar sirrozi jigarda uchraydigan xilma xil surunkali kasalliklarning, asosan, gepatitlarning, lekin ko'pincha boshqa xil o'zgarishlarning (o't damlanib qolishi yoki yurak ishining Buzilishi tufayli qon damlanishi sababli dozaga keladigan o'zgarishlarning) ham rivojlanishidagi oxirgi fazadir.

Surunkali gepatitning etiologiyasi avvalo o'tkir gepatitning surunkali formata o'tishi ahamiyatga ega. Bu hol ko'pincha chala o'tkir sariq atrofiya tipida o'tadigan bir muncha og'irroq formalarda ko'riladi. Surunkali gepatitlar boshqa sabablaridan alkogolizmni aytib o'tish kerak. Surunkali gepatitlarning etiologiyasida zaxm, shuningdek, sil, bezgak, brutsellyoz singari boshqa surunkalikka salliklar muhim faktor hisoblanadi. Me'da ichak yo'llarning uzoq davom etadigan yallg'lanish holatlari jigar shikastlanishiga shuningdek o't yo'llarning surunkali ravishda yallg'lanishiga sabab bo'la oladi. Surunkali gepatitlar va sirrozlar patogeneza tabiatan mikroba va mikroba toksinlar ta'sirini va bevosita mikroba ta'sirini tafovut qilishga to'g'ri keladi; birinchi xildagi ta'sirlar asosan jigar shikastlantirsa ikkinchi xiliga ta'sirlar jigar mezenximasini (oraliq to'kamani) shikastlaydi. Mikroba qondan ham, o't yo'llaridan ham o'tishi mumkin. Biroq, surunkali gepatitlarning kelib chiqishiga faqat infeksiya va zahar ta'sirotlari sabab bo'ladi, deb o'ylash kerak emas. Makroorganizmning kasallikka moy illik ma'nosidagi xususiyatlarini hamisha nazarda tutish kerak. Alkogolizmga muhtalo bo'lgan ko'pgina odamlarda jigar sirrozi avj olavermasligi hammaga ma'lum. Xuddi shuningdek, jigarni ham shikastlaydigan har xil umumiy yuqumli kasalliklarda jigar hamma hollarda ham shikastlanmay, bemorlarning bir qismidagina shikastlanadi. Avvalo, surunkali gepatitlarga naoba tan eda'lum darajada oilaviy va nasliy moyiliak bor. A.A Ostroumov ham jigar sirrozi alkogoliklar naslida yuzaga kelishi mumkin, deb hisoblar edi. Shuning ham muhim, bu moyillik muayyan sharoitlardagina tashqi muhit faktorlari, ya'ni jigar holatiga yomon ta'sir etadigan ekzogen ta'sirotlar

o'zaro ta'sir qilgandagina rol o'ynaydi, deb hisoblamoq kerak. So'ngra ovqatlanishning buzilishi surunkali gepatitning olishida juda muxim faktor o'rniga bosadi. Sirroz tipidagi surunkali jigar kasalliklarining (patogenezida vitaminlarning (xususan, V himoyalashga kiradigan ba'zi komponentlarning) etishmasligi muhim rol o'ynaydi, deb hisoblashga asos bor. Jigar to'qimasi regeneratsiyasini esgorbin kislotaga kuchaytarishi ham ma'lum, modomiki shunday ekan, uning etishmasligi jigardagi atrofik protsesslarga qulaylik tug'dirishi mumkin. Ba'zi amino kislotalarning (xususan, tarkibida oltin gugurt bo'ladigan metionin va boshqalarning) yetishmasligi jigarning patologik moy bosishiga olib keladi, bu esa jigar funksiyasining buzilish shartlaridan biridir. Alkogolizm, aftidan, ozniqlanishning shu tariqa buzilishiga yo'l ochadi va shunday qilib, oziqlanish hamda so'rilish izdan chiqqandagi na jigarning shikoyatlanishiga bilvosita sabab bo'ladi.

P atologo anatomik jihatdan surunkali gepatitlarni ikki gruppaga ajratish mumkin: asosan epitelial eki parenximatoz surunkali gepatitlar, 2) mezenximal yoki interstitsial surunkali gepatitlar. Virinchi xildagi formalarda ko'riladigan o'zgarishlar jigar mezenxinasida kmaga keladigan distrofi?, degenerativ xodasalardan iborat b'yladi; protsess odatda diffuz xarakterda bo'ladi. Ikkinchi xildagi formalarda interstitsial jigar qatlamlaradagi ichki tomirdar bo'ylab yalig'lanish protsessi (infiltrativ regenerativ xarakterdagi protsess) avj olganligiga ko'riladi: bu o'zgarishlar diffuz va ochagli bo'lishi mumkin. Surunkali gepatitlarining unisi ham, bunis ham pirovardida jigarda chandiq qo'shuvchi to'qima paydo b'ylishiga olib borladi. Agar shu chandiklar — juda avj olib, jigarda difful ravishda bir tekis tarqalsa, kasallikning bunday davrnii jigar sirrozi deb ataymiz. Surunkali gepatitlarning klinik manzarasi ham epitelial ham mezeiximal gepatitga xos o'lgan bazi umumiy xususiyatlarga ega shu bilan bir qatorda, bu tiplarlardan har birini aholida tiplarga olganda uning o'ziga xos belgilari ham ko'rinadi.

SURUNKALI EPITELIAL GEPATIT

Bu kasallikning muhim simptomlaridan biri badanni sarg'ayishidir, badanni sarg'ayishi goho kuchayib, goho susayib, bir necha oylar yoki yillar davomida davom etadi. Badan ba'zi kasalliklarda hiylagina sarg'aysa, boshqalarida bilinar bilinmas sarg'aydi. Ayni vaqtda bir muncha kam hollardi axlit rangsizlanadi, ba'zan (vaqti vaqti bilan) aksincha, pigmenti ko'payib ketadi. Jigar funksiyasining boshqa tomonlari tekshirilganda ham normadan tashqari o'zgarishlar topiladi.

Jigar fizik xossalarining o'zgarishi kasallikning doim uchraydigan belgisidir. Jigar odatda uzoq, vaqt mobaynida kattalashgan, ba'zan juda ham kattalashgan (3—4 ellik) bo'ladi; dastlabki vaqtlarda u aytarliq kattiqlashmaydi, yuzasi tekis bo'ladi. Ba'zi kasallarda jigar uning oxirigacha kattalishganicha turaveradi, boshqa birlarida esa vaqt o'tishi bilan kichikroq qilishi, shu bilan birga juda zichlashib ketadi, yuzasida esa, mayda - mayda do'mboqlar paydo bo'ladi. Kasallikning tipik

gimptomi taloqning kattalashivudir. Agarda kasallikni boshidan kuzatib borilsa, odatda taloqning jigardan kattalashganini ko'rish mumkin, taloqning kattalashuviga sabab, bir tomondan, taloq retikuloendotelial elementlarning (jigardagi shunday to'qimaga yaqin elementlarning) reaksiyasi bo'lsa, ikkinchi tomondan, darvoza venadakon damlanib qolishidir. Kasallikning keyingi davrlirda portal gepertaniyaning, boshqa alomatlari ham paydo bo'la boshlaydi; diurez buziladi; kindik atrofida kollateral yuzaga keladi, gemorriodial venalarning varikoz tugunlaridan (bular rentgen nurlari yordamida yaxshi ko'rinadi) qon keladi, nihoyat astsit paydo bo'ladi. Terisi silliq bo'lib, yupkator chiikgppi kiggaton sharsimon qorin, yuqorida tasirlangandek, qorin bo'shlig'ida suyuqlik borligi ga xos belgilarni hosil qiladi (236 rasm). Qorin punktsiya qilinganda 10 l va bundan ortiqroq astsit chiqishi mumkin, bunday astsitda transsudatga tipik xossalar bo'ladi, atsetat kisishi bilan qilinadigan proba manfiy bo'lib chiqadi, oqsili I—2% dan ortmaydi, solishtirma og'irligi 1015 dan past, hujayra elementlari kam bo'ladi.

Kasallar ariqlab ketadi, qorin bo'shlig'ida qon damlanib qolgandan va jigar funitsiyasi susayib ketganligidan ularda ovqatsingishi ishdan chiqadi. Leykopeniya va anemiya yuzaga keladi. Jigar sirrozi paydo bo'lganda kasallarning ko'rinishi terisining quruqligi, muskuldarining atrofiyalanishi, kattaqon qorinda tuzilib ketgan venalar ochikdan ochiq ko'zga tashlanib turishi, yuz hamda oyoq qo'llarning ariqlab ketishi bilan ta'riflanadi. Kasallikning o'tishi bir xilda emas; ba'zi kasallarda astsit birinchi o'rinda tursa boshqa kasallarda badanning sarrayishi birinchi o'ringa chiqib qo'yadi. Kasallik necha yillargacha cho'ziladi. Asoratlaridan qorin pardasi va o'pka silining qo'shilishi, og'ir septik kasalliklarga xususan, nafas yo'llari kasalliklariga moyil bo'lib qo'yish hammadan katta ahamiyatga ega Bemor varikoz tugunlar yorilganda ko'p qon oqishi, astsit chiqarib yuborilganidan keyin kollaps yuzaga kelishi, gepatargiya, kaxeziyadan ham o'lib qolishi mumkin.

SURUNKALI MEZENXIMAL GEPATIT

O'ng qovurg'alar ostida og'riq turishi kasallikning birinchi, ilk davri uchun xarakterli simptom bo'lib hisoblanadi (mutlaqo deyarli og'riq bermaydigan surunkali gepatitlardan farqi shu). Bu og'riq nervlarga boy bo'lgan oraliq to'qimadagi yallig'lanish protsessiga xususan perigepatitga bog'liqdir. Ba'zi kasallarda jigar bir tekis kattalashgan bo'lsa boshqalarda jigarning kattalashuvi notekis bo'ladi (jigar yuzasining ma'lum joylarida yirik do'mboqlar yoki konglomeratlar qo'lga uynaydi). Mana shu boshlang'ich davrda jigar zichligi o'rtacha bo'ladi; paypaslab ko'rilganda jigar og'riydi. Taloqqa kelganda shuni aytish kerakki, taloq bu gepatitning diffuz formasidagina kattalashadi; kasallikning ochagli formasida esa taloq odatda qo'lga unnamaydi.

Surunkali gepatitning epitelial formasiga qarshi o'laroq tana harorati ko'pincha ko'tarilib turadi, bu harorat komuntazam remiyattatsiya qiluvchi tipda bo'lib, odatda

shu formadagi jigar kasal ligining tabiatan infeksiyaga bog'liq ekailigidan darak beradi.

Badan sarg'ayishi, shuningdek jigar funksiyasi buzilganini ko'rsatuvchi boshqa alomatlar (urobilinuriya va boshqalar) ham odatda ko'rilmaydi. Bemorning umumiy ahvoli ortiqcha yomon bo'lmaydi.

Kasallikning ikkinchi (ketan) davrida jigarning kichrayishi va zichlanishi ko'riladi. Kasallikaing diffuz formasida jigarda mayda mayda do'mboqlar paydo bo'ladi; ochagdi formasida organning birinchi kasallikka ham xos bo'lgan yirik do'mboqli xarakteri yanada ko'stroq bilinib turadi. Jigar, gepatitning oldingi formasidagiga qarshi o'laroq bitmalari borligidan arang siljiydi. Jigar to'qima sida chandiqlar paydo bo'lishi munosebati bilan portal gipertonnya alomatlari, jumladan, astsit yuzaga keladi. Bemrolarning umumiy ahvoli ancha o'tib ketgan kasallik protsessiga qarab xiyla yomoyalashadi.

GEPATIT AYRIM ETIOLOGIK FORMALARINING XUSUSIYATLARI

Alkogol yoki portal gepatitga (Laennek jigar sirroziga) alkogolni doimiy ravishda suviste'mol qilish hamda ovqat xazm kiliyuning uzoq vaqt buzilib yurishi sabab bo'ladi, bunday o'zgarishlar jigarning zaharlanishiga olib boradi. So'nggi vaqtda oziqlanishning buzilishi —V kompleks vtaminlaryaning (xali aniq ajratib olin magan faktorlarning) yetishmasligi, shuningdek, ba'zi aminokislotalarning, jumladan, jigar yo'q distrofiyasiga qarshilik qiluvchi netioninning kamchiligi shu kasallikda jigarning shikastlanishiga sabab bo'ladi, degan fikr bildirilmoqda AlkogoliyDyVD! Ko'riladigan seribral o'zgarishlarni ham hisobga olish kerak, bu o'zgarishlar jigar va bolja bir qancha organlar trofikasini izdan chiqarish mumkin. Bu kasallikda mayda tomirlarnang o'zgarish shubhasizdir (masalan, teri arteriolalarining kengayishi, ya'ni gelangietaziylar ko'rinishidagi o'zgarishlar).

Jigarning surunkali kasalligi, shubhasiz, alkogolik suviste'mol qiladigan kishilarda ko'p uchraydi. Biroq, bu kasallik uzoq vaqt yashirin holda o'tadi, lekin tekshirib ko'riladigan bo'lsa, jigarning kattalashganini aniqlash mumkin bo'ladi, bu davrda patalogoanatomik tekshirishda jigarning yor bosganlgi ko'riladi.

Keyinchalik jigar asta sakin kichrayib, qittiq, undan so'ng esa do'mboq do'mboq bo'lib qoladi (atrofin va kirrom), funktsional o'zgarishlar paydo bo'ladi (urobilinuriya, Takat-Ar reaksiyasiping musbat bo'lishi va boshqalar); me'da ichak ichi battar buziladi; portal gipertoniya belgilari — astsit va kolleteriiallar yuzaga keladi. Kasallikning kechishida gipertrofik va atrofik davrlar tafovut qilinadi (jigarning holati nazarda tutiladi), kasallikning xususiyati portal gipertoniya demak, astsitga ham erta va ko'p darajada moyil bo'lishdir. Sariqlik ko'rilmaydi. Bemorlar qizilo'ngachdagi varikoz venalar yorilishi natijasida qon ketishidan, mador qurib, holsizlanishdan, ba'zan jigar yetishmovchiligidan yoki osonlik bilan qo'shiladigan yuqumli kasalliklardan (sil, septik infeksiya) o'lib qoladi. Kasallik bir

necha yil cho'ziladi. Murda yorib ko'rilganda — jigarning boshdan oyoq do'mboq do'mboq bo'lib, zichlashib ketganligi ko'riladi; gistologik manzarasi: parenxima atrofiyalangan, shu bilan birga regeneratsiya ochaglari yuzaga kelib, to'qima strukturasi qayta tuzilgan, asosan, bo'lakchalar orasidagi qatlamlarda qo'shuvchi to'qima ko'payib (nnerlobar yoki annulir tip), ularni juda burishtirib qo'ygan bo'ladi. Botkin kasalligining oqibati sifatida yuzaga keladigan surunkali epitelial gepatit — odatda jigarning kattalashib, bir tekis bo'lib turisha funktsiyalarining xiyla o'zgarishi, badanda vaqt vaqti bilan zo'rayib turadigan, ammo odatda ro'yi rost bilinadigan sariqlik paydo bo'lishi bilan uzoq davom etadigan kasallik fermasidir; surunkali gepatitlarning boshqa xillarida bo'lganidek, taloq kattalashadi. Bir muncha kechroq portal gipertaniya (va astsit) paydo bo'ladi. O't yo'llarining surunkali infeksiyasi (periangioxolit) tufayli yuzaga keladigan gepatit va sirroz jigarning kattalashib shishi, badanning qayta qayta sarg'ayishi, tana haroratining ko'tarilishi va leykotsitoz bilan davom etadigan kasallik formasidir; o'n ikki barmoqli ichak zond bilan tekshirilganida o't yo'llarining yallig'lanish hodisalarini aniqlasa bo'ladi. Kasallik oldingi formaga qaraganda bir muncha beozorroq o'tadi. Gano kasalligi deb ataladigan kasallikka — Ganoning gipertrofik bilan sirroziga hammadan ko'proq yaqin turadi; astsit paydo bo'lishga nisbatan moyillik ko'rilmaydi, chunki laennik formasiga xos bo'lgan «jigar to'qimasining qayta tuzilishi» va fibrozli elementlarning burilishidek hodisalar bo'lmaydi. Zahmdan yuzaga kelgan surunkali reggatitlar har xil formalarda zaxm zahari ta'siri bilan paydo bo'ladigan surunkali epitelial gepatit yoki diffuz interstinal gepatit yo bo'lmasa ochagligi gepatit ko'rinishida yuzaga chiqishi mumkin. Keyingi hammadan ko'ra tipikroqdir. Ayni vaqtda jigarda yirik granulomalar —gummalar paydo bo'ladi. Gummalar jigar yuzasidan ko'tarilib turadi, uning chetini ko'p darajada deformatsiyalab qo'yadi, shunga ko'ra jigar paylaslab ko'rilganida yirik do'mboqlar yoki tugunlar qo'lga o'ynaydi; jigarning chap bo'lagi ayniqsa ko'p kattalashadi. Kasallikning boshqa belgilari isitmalash va jigarning og'rib turishidir. Gummoz gepatitlarda gummalar jigar darbozasidan joy olgan va o't yo'llarini bosib qo'ygan bo'lsagina badan sargayadi. Surunkali gepatitlarning davosi ba'zi hollarda o'ziga xos bo'lishi mumkin. Tabiatan zahmga (takroriy kurslar ko'rinishida iod, simob va vismut preparatlarni sistematik ravishda buyuriladi, sal varsan berib bo'lmaydi), bezgakka (xinin, akrixin) aloqador gepatitlar shular jumlasidandir. Epitelial tipdagi gepatitlarda go'sht va yog' miqdori cheklangan hamda kand moddalari ko'p bo'lgan parxez ovqatlar buyuriladi, shuningdek venaga glyukoza ba'zan biroz miqdor insulin qo'shib yuboriladi. Epitelial kasalliklarning hamma formalarida jigarning yog' distrofiyasiga uchrashiga qarshi kurashish uchun jigarning yog' bosishini kamaytiradigan xolin va metionin preparatlari tavsiya qilinadi ovqat bilan birga tarkibida xolin bilan metioni bo'lgan tvorogni ko'p berish ham shu jihatdan foydalidir. Jigar hujayralarining

regeneratsiyasiga yordam beradigan askorbin kaslotani ham ko'plab buyurish muhim. Xolangitik gepatitlar va sirrozlarda o't yo'llari infeksiyasiga davo qilish zarur; bunga sulfadiazan (7—10 kun davomida kuniga 3—6 g dan, keyin takrorlanadi), 0,5—1 g dan antibiotiklar — sintomitsin yoki levomitsetin, shuningdek streptomitsin (kuniga 1 in'ektsiyadan, kursga 20—30 ta in'ektsiya) hammadan yaxshi kor qiladi. O'n ikki barmoqli ichakka duodenal zond solish va o't haydovchi har xil moddalarni buyurish foydalidir. Me'da va ichaklar ishini tartibga solish, jigar sohasini issiq tutish, ishqorli va glauber tuzlari va suvlarini uzoq vaqt uchib yurish ahamiyatga ega. Kasallikning ilk davrlarida kurortlarda davolanish mas'ul. Profilaktikasida o'tkir gepatitlarga yetarlicha uzoq davo qilish va alkogolizm, me'da ichak satarrdari, zahm, bezgakka o't yo'llari va o't pufagining yallig'lanish kasalliklariga qarshi kurashish rol o'ynaydi. Ratsional suratda ovqatlanish, ortiqcha yoqmay iste'moya qilmaslik, jigarning normaya ravishda regeneratsiya qilish va ishlab turishi uchun kerakli vitaminlari bor va lipotrop (ya'ni to'qimadagi yog'ni eritadigan) mahsulotlardan tegishlilarini berib turish katta ahamiyatga ega

XOLETSISTIT

Xoletsistit (cholecystitis) deb eng xarakterli belgisi o't pufagi yallig'lanishidan iborat kasallikda aytiladi. O't pufagining yallig'lanishiga moyillik tug'diradigan narsa avvalo unda o't toshlari buzilishidir, chunki toshlar o'tning damlanib qolishiga sabab bo'ladi va shilliq pardani shikoyatlaydi. Hamma xoletsistit hollarining juda bo'lmaganda yarmida o't tosh kasalligi ham birga uchraydi; bunday xoletsistitlar kalkulez xoletsistitlar deb ataladi. O't pufagining yallig'lanishi etiologiyasida kasal tug'diruvchi mikroorganizmlarning pufak devoriga kirishi muhim rol o'ynaydi. Infeksiya ikki yo'l bilan tushishi mumkin: qon orqali va ichakdan yuqori ko'tariluvchi yo'l bilan o't yo'llari orqali. Umuman ichak o't yo'llari va o't pufagi infeksiyasining asosiy manbaidir (shu sababdan xoletskstitlar axiliya, gastritlar, kolitlar bilan og'rib yurgan kishi o't pufagini paypaslab ko'rish mumkin bo'ladi, bunday o't pufagi nafas olishda yuqoridan pastga suriladi va jigar tagidan ko'tarilib turadi. Birmuncha o'tib ketgan hollarda jigar chetining o't pufagi turadigan joyi infiltrlanadi va qorin bo'shligiga tilga o'xshab kira boshlaydi; jigarning shu cheti odatda o't pufagini qoplab qo'yib shu pufak bilan birga qo'shiladi va bitta konglomerat hosil qiladi qorin odatda do'mbaytb turadi. Qayt qilish, ko'ngil aynishi, ich qotishi ko'riladi; til quruq bo'ladi. Odatda qonda neytrofil leykoyitlar soni ko'payib ketadi. Badan mutlaqo sarg'aymaydi, basharti sarg'aysa ham, sal-pal sarg'ayadi, xolos (Toksikoinfeksion mahsulotlarning jigar to'qimasiga bir yo'la ta'sir qilishi sariqlikka sabab bo'ladi).

Duodenal zond bilan olingan o't portsiyalarida bir talay leykotsitlar, shilimshiq va deskvamatsiyalangan epitelial hujayralarning aralashmasi bo'ladi; ichak shirasi loyqa V portsiyasida bilirubin normadagidan ko'ra kamroq bo'ladi, ba'zan bu portsiya

mutlaqo chiqmaydi yoki uning o'rniga oqimtir loyqa suyukliq (ekssudat) chiqadi. Xususan o't, lekin ba'zan qon ham, ekib ko'rilsa tegishli mikroblar kulturasi unib chiqadi. O'tkir xolelstitit pirovardida tamomila tuzalib ketishi yoki surunkali xolelstititga aylanishi mumkin; ba'zan bu kasallik og'ir asoratlarga (qorin pardasining yallig'lanishi, o't pufagining teshilishi, sepoisga) sabab bo'ladi, Surunkalixolelstitit ko'pincha o'tkir xolelstititdan keyin boshlanadi, biroq o'tkir holatsiz, zimdan avj olib borishi ham mumkin (ayniqsa o't pufagida o't toshlari bo'lsa ko'pincha xuddi shunday bo'ladi). Kasallar jigar sohasida og'riq sezilishidan noliydi; odatda bu og'riq zirrilaydigan, simillaydigan, uzoq chuziladigan bo'ladi va goxo kuchayib ketadi. Jigar sohasi paypaslab ko'rilganida birmuncha bezillab turgani bilinadi, tukillatib ko'rilganida bu ayniqsa ravshan bilinadi; muskul qarshiligi odatda bo'lmaydi. Og'riq nuqtalari va frekikus simptom musbat bo'ladi. Jigar cheti alohida cheklangan bilan ko'rinishida turtib chiqib turadi; o't pufagi odatda qo'lga uvnamaydi, chunki u bujmaygan va jigar bilan bekingan bo'ladi. Jigar to'qimasi, ba'zi hollarda bo'ladiganidek, ikkilamchi tartibda shikastlanmasa odatda badan sarg'aymaydi. Surunkali xolelstititda duodenal zond solib tekshirilsa B portsiyada bir talay shilliq, leukoodtlar va epitelial hujayralar topiladi. O't pufagi refleksi hamisha deyarli yuzaga chiqarib bo'lmaydi, chunki pufakning qisqarish ayo'ati buzilgan bo'ladi. Xolelstititga fiyada o't pufagi noto'g'ri konturli suyuq holida tushadi (o't pufagi atrofida tortmalar bo'lganidan). **Ve»orlarning** umumiy ahvoli kasallikning og'ir engilligiga qarab, bir muncha ko'proq yoki kamroq o'zgaradi. Harorati subfebril bo'ladi, goho ko'tarilib turadi. Bemorlarning ko'pchiligida surunkali xolelstitit eson omon o'tib ketadi va uzoq muddatgacha bilinmay turishi mumkin. Asoratlari kam ko'riladi (jigar abtsesslari). Xolelstititning davosi avvalo parxezdan (o't tosh kasalligida qo'llaniladigan parxez bilan bir xildagi parxezdan) va issiqdan foydalanishdan (qorin pardasi shikastlanib, shiddat bilan o'tayotgan hollardan tashqari) iborat, shu bilan birga issiqni muntazam ravishda va uzoq muddat qo'llanish muhim; issiq priparkalar, grelkalar, kompresslar, diatermiya, surkaladigan balchiqlar holida ishlatiladi. Duodenal zond bilan o'tni takror takror tortib olish davo ma'nosida juda katta ahamiyatga egadir. (bir kursda 2 - 3 kun oralatib 10 marta yuvish); shu xildagn «xirurgik bo'shagan regerovka» qilish natajasida o't apparatida infektsiya kontsentratsiyasi va o't dimlanib qolishi kamayadi, Xolelstititlarga davo qilishda patogen mikroblarga qarshi qo'llaniladigan moddalar juda muhim. O'tkir formalarda yoki surunkali xolelstititlar qusib qolgan paytlarda avvalo sulfanilamidlardan foydalanish kerak, bunday sharoitlarda shu dorilardan sulfadiazin hammadan yaxshi, sulfazol birmuncha kamroq va ok streptotsid yanada kamroq kor qiladi. Bu dorilarni katta dozada kuniga 5-6 g dan bir necha kunga davom etadigan kichikroq kurs shaklida buyurish kerak, keyin kurs yana takrorlanadi. Sulfidinotoripiya kor qilmaydigan birmuncha og'irroq ba'zi

formalarida antibiotiklardan, jumladan penitsillin va streptomitsindan, shuningdek sintomitsin yoki sitindan nafas olish mumkin. Bazan urotropin yaxshi foyda beradi (40 protsentli bosim 10 kun davomida venaga 5—10 ml dan yuborilada). Limbiloz xoletsistklarda yo akrixin (3—5 kun davomida kuniga uch marta 0,1 dan beriladi, so'ngra kurs 2—3 odatda takrorlanadi) yoki **osarsol** buyuriladi (bosim uch kun davomida kuniga uch marta 0,3 g dan berildi, bu kurs xaftalik tanaffus bilan uch marta takrorlanadi). O't qaytadigan moddalar, asosan magneziy sulfat, karlebad tuzi, dexolin tipidagi o't kislotalar periparatlari yoqadi. Surunkali hollarda kasallarni ishqoriy va **erish?oriy er suvilari** bilan davolash uchun kurortlarga yuboriladi (Essentuki Jeleznovodsk, Borjomi). Og'riq turganda atropin, belladonda, papaverin buyuriladi. O't pufagi teshilganida va pretonitda, yiringli xalistiritda o't pufagida chuqur o'zgarishlar yuzaga keladi, pufak funktsiyasi tamomila yo'qolgan xillarda xirurgik yo'llar bilan davo qilinadi. Profilaktikasi o't pufagida o'tning dam bo'lib qolishiga qarshi meda ichaklarning buzilishiga qarshi ko'tariladagan chora tadbirlardan vainfektsiya ochaglarini surunkali tonzillitlar, xotinlarning jinsiy sferasidagi yallig'lanish protsesslari appenditsitni bartaraf qilishdan iborat.

Uyga vazifa 27

Amaliy mashg'ulot №8

Buyrak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish rejasi. So'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, asosiy klinik sindromlar. Laborator mashg'ulot: siydikni tekshirish. Buyrakni funktsional sinamalari (Zimnitskiy, Nechiporenko, Roberg).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyg'a vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Buyrak kasalliklari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari
2. Buyrak kasalliklari kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda siydik ajratishning qanday buzilishlari kuzatiladi
3. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirganda nimalarga e'tibor beriladi
4. Buyraklarni palpatsiya qilish texnikasi
5. Pasternatskiy simptomini aniqlash
6. Nafroptoz nima uning darajalari
7. Buyraklarni perkussiya qilishning diagnostik ahamiyati
8. SHishlarning kelib chiqish sabablari
9. Nefrotik sindromning xarakterli simptomlari
10. Qaysi kasalliklarda nefrotik sindrom kuzatiladi
11. Nefrotik sindromning klinik ko'rinishi
12. Buyrak arterial gipertenziyasini ta'riflang
13. Siydikning fizik xususiyatlarini aniqlang
14. Siydikning ximik tekshirishning diagnostik ahamiyati
15. Siydikda oqsil miqdorini aniqlash
16. Siydikda gLYukoza miqdorini aniqlash
17. Siydikda bilirubin miqdorini aniqlash
18. Zimnitsskiy sinamasini aniqlash diagnostik ahamiyati

19.Nechiporenko sinamasini aniqlash diagnostik ahamiyati

20.Roberg sinamasini aniqlash

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorni so’rab-surishtirish (interrogatio).

Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorlarni so’rab-surishtirish diagnostikada katta ahamiyatga egadir. Boshqa hollarda bemorni so’rab surishtirishda quyidagi shikoyatlar: buyraklar sohasida og’riq, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish, siydik rangining o’zgarishi, umumiy holsizlik, tez charchash, mehnat layoqatining pasayishi va shunga o’xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko’p hollarda shifokorni chalg’itib qo’yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o’tkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o’tkir va surunkali piyelonefrit) – siydik yo’lining yopilishi buyrakning joyla-shuvida har xil egilib qolish anomaliyalarida, buyrak to’qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og’riq sindromlarini tahlil qilganda, og’riq lokalizatsiyasiga ko’proq e’tibor beriladi. Ko’p hollarda og’riq bel qismida berishi kuzatiladi. Bunda aytib o’tish lozimki nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og’riqlar kuzatilmaydi.

Buyrakning kuchli suqilishlari oqibatida kelib chiqqan og’riq ko’pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og’riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og’riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba’zan piyelonefritda og’riq ingrash bilan kechadi, siydik yo’lining yopilishi natijasida og’riq kuchayishi mumkn. Bemor ko’pincha notinch sarosimada o’zini tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o’zgarib turishi kuzatiladi. Og’riq o’tkir tus olganda tez-tez qaytarishi ham mumkin. Bunday bemorlarda anuriya kuzatiladi. Ba’zi hollarda shuni ta’kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog’liqdir. Masalan: buyrak siqilishi, qo’zg’alishi, siydik chiqarganda siydik pufagi va siydik chiqarish yo’lida og’riq hosil bo’ladi.

Bunday hollarda xolinolitiklar, spazmalitiklar va issiq vanna qabul qilish orqali bemor ahvolini yaxshilash mumkin. O’tkir paranefritda bemor sonini bo’g’imiga bukib og’riqni sekinlashtiradi, ya’ni majburiy holatni egallaydi.

So'rov jarayonida ba'zan bemor umuman shikoyat qil-masligi mumkin. Bu asosan xastalikning surunkali (glome-rulonefritning latent ko'rinishi) davrida kuzatiladi.

Buyrak siqilishi bilan og'riغان bemorlar poliuriya yoki oligauriyadan shikoyat qiladi.

Poliuriya- bu kunlik siydikning 1,8-2,0 l ga oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafaqat buyrak kasalligi balki tashqi muhit haroratining pasayishi biror narsadan ta'sirlanishidan, ko'p suv iste'mol qilish, qandli va qandsiz diobed bilan og'riganda yazaga kelishi mumkin. Poliuriya buyrakdagi reabsorbsiyani, ya'ni suv surilishining pasayishi va buzili-shiga olib kyeladi.

Oligouriya – bu kunlik siydik miqdorining kamayishidir (500 ml dan kam). Bu kasallik tashqi muhitning haroratining yuqori bo'lishi, ko'p qayd qilish, ich ketishiga olib keladi. Oligouriya buyraklar funksiyasining buzilishi yoki buyrakning surunkali kasalliklarida kelib chiqadi.

Anuriya - siydikning siydik qovog'iga umuman to'plan-masligini anglatadi. Anuriya buyrak oldi xastalik-laridir. Bu kasallik – buyrakda qonning aylanishi va burak parenxi-masining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi orqali va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali kelib chiqadi. Marka-ziy va pyerifyerik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir sistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq .

Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtda davolanmasa o'limga olib kelishi mumkin.

Yana bir siydik ajratish sistemasining buzilishi dizuriya deyiladi. Dizuriya – bu siydik ajralishining buzilishi, og'irla-shuvidir. Ishuriya – bu siydik ajralishining to'xtamasligi. O'tkir ishuriya prostata bezining kasallanishi orqali ham kelib chiqishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti marotaba siydikning ajralishi. Bu kasallik siydik ajralishi sistemasining zaharlanishi (sistit, prostatit, uretrit) kelib chiqadi. Ayrim holler-da pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi.

Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuzida shish kuzatiladi. Shish, ayniqsa, ertalab, yuz sohasida namoyon bo'ladi. Bunday hollarda siydikda qonning shakliy elementlari uchrashishi natijasida siydik rangi o'zgaradi (makrogematu-riya).

Umuman olganda, buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollaganda, yallig'lanishlarda juda katta asoratlar qolishi mumkin (angina, tepki va boshqalar) bo'ladi. Ikkinchi navbatda anamnez (viter) va anamnez (morbi) o'tkaziladi. Anamnez Viterda bemor ismi turar joyi yili so'raladi va yozib olinadi.

Anamnez Morbida esa bemor kasalining kelib chiqishi, genlar tekshiriladi va aniq bir tashxis qo'yiladi .

Buyrak sohasini tekshirish

Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini darhol aniqlab bo'lmaydi, faqat buyrak hajmi oshgandagini aniq bir xulosaga kelish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida giperemiya, bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi aniqlanadi.

Buyrakni paypaslash (palpatio)

Normada buyrakni tekshirishda palpatsiya usulidan deyarli foydalanilmaydi, lekin ozg'in odamni palpatsiya qilish mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakga nisbatdan pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Ko'pincha palpatsiya, - buyrak sohasining shishgan vaqtda yaxshi ko'rinadi.

Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizontal holatda beli bilan yotib oyog'ini cho'zgan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yganidan keyin qorin mushakllari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga kuygan holda barmoqlarining uchi umurtqa pag'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatgich barmoq esa 12- qovurg'ada tegib turishi kerak. Qorin mushaklari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi bosiladi. So'ng ikki qo'lni bir-biriga yaqinlashtirib belni qisadilar. Bunday tekshirish usuli ehtiyotkorlik bilan juda ham sekin olib boriladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, me'yorda buyrakning uzunligi 12 sm, kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib qayt qilishi mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma yoki shishlarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa organlardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piye-lonefrit, paranefrit, buyrak o'smari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi. Buyrak taloqdan o'zining vertikal va medial joylashuvi bilan farqlanadi.

Bulardan tashqari palpatsiya tekshirish usuli yorda-mida siydik pufagining to'lgan vaqtida tekshiriladi. Bunday tekshirish usuli, asosan, siydik tosh xastaligini aniqlashda samarali bo'lib hisoblanadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta - kichikligini (hajmini) va qattiq – yumshoq-ligini aniqlash.

1. Shakli o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini aniqlash.
2. Og'riq darajasini aniqlash.

Palpatsiyani bajarish texnikasi:

1. Ikki xil holatda olib boriladi. Bemor vertikal (tik) turgan yoki yotgan holatda bo'lishi kerak.

2. Bemorning holati. Bemorning tizzalari yarim bukilgan holatda, mushaklar bo'shashgan va bemorning qo'li ko'krak qafasida turadi.

3. Talabani holati: Tekshiruvchi bemorning o'ng tomonidan, chap qo'l kaftini bemor belining o'ng tomoniga XII qovurg'a tagiga qo'yadi. O'ng qo'l barmoqlarini bukkan holda qorinning to'g'ri mushaklaridan tashqariroqda qo'yadi, bunda barmoq qovurg'alar ravog'iga to'g'ri tushishi kerak bo'ladi.

4. Barmoq har gal nafas chiqarganda o'ng qo'l barmoqlari uning qorin bo'shlig'iga tobora chuqurroq botiriladi va qorinning orqa devoriga – qorin terisi orqali qo'l barmoqlariga taqalguncha o'tkazib yetkaziladi.

5. Bemorga chuqur nafas olish buyuriladi. Bunda buyrakning pastki uchi pastroq tushadi va o'ng qo'l barmoqlari ostiga to'g'ri kelib qoladi, shunda uni bu barmoqlar chap qo'l barmoqlariga qisib oladi. Bu usul bimanual deb ataladi.

Balatirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyuyon usuli)

A) Qo'llar xuddi bimanual palpatsiyadagidek quyiladi;

B) Bel tomondan chap qo'l bilan bir necha marta qisqa –qisqa siltovchi yoki to'rtuvchi harakat qilinadi;

G) Buyrak turtki ta'sirida tebranadi;

D) Buyrakning hammasi qo'lga unna 2 - darajali (ren mabilis);

E) Hammasi qo'lga unna o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3- darajali (ren migrans) pastga tishishi.

Diagnostik ahamiyati. Palpatsiya orqali og'riq sohaslarini, shakli, siljishi, qattiq – yumshoqligini aniqlash dastlabki diaqnozni qo'yishga ahamiyati kattadir.

Buyrak perkussiyasi (percussion).

Siydik pufagini Pasternatskiy usuli bo'yicha perkussiya tekshirishni o'tkazish.

Ko'pgina buyrak xastaliklarini to'g'ri va aniq tashxislashda to'qillatib ko'rish usulidan keng foydalaniladi, ya'ni Pasternatskiy usulidan foydalaniladi. Ushbu tekshirish usulini qo'llashda, avvalom bor shifokor bemorning o'ng tomodidan turib, chap qo'lini bemorning 12-qovurg'asiga qo'yib o'ng q'oli bilan urib ko'radi. Tekshirish olib borila-yotganda bemor to'g'ri o'tirgan holatda bo'lishi kerak.

To'qillatib tekshirish usuli, siydik pufagining yuqori qismini aniqlashda ham diagnostik ahamiyatga ega. Buning uchun shifokor o'ng qo'li bilan bemorning kindik tugun-chasidan boshlab pastga va yuqoriga yo'naltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bo'sh bo'lsa, timpanik tovush chov sohasigacha saqlanadi. Siydik pufagining to'lish vaqtida esa timpanik tovush pasayadi.

Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari. Urologik holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish buyrak xastaliklarida hosil bo'ladigan buyrak sanchig'i tez tibbiy yordam ko'rsatish holatlarining biriga kiradi.

Buyrak sanchig'i ko'pincha siydik –tosh kasalligida, siydik nayining bukilib qolishi natijasida yuzaga keladi.

Siydik chiqaruv yo'llarida siydik dimlanib qolishi natijasida buyrak jomida qon bosimi ko'tarilib, buyrak o'lchami kengayadi va kuchli og'riq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirish asosan og'riqni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Bajarish texnikasi

1. Chap qo'lni kaftini umurtqa pag'onasining ikki tomonidan simmetrik (buyrak joylashgan joyga) qo'yiladi.

2. O'ng qo'l mushtini yoki qo'l panjasining tashqi qirrasini bilan qisqa-qisqa uriladi

3. Bel sohasiga urib ko'riladigan yuzaga keladigan og'riqni sezsa, bu Pasternatskiyning musbat belgisi deb hisoblanadi.

Diagnostik ahamiyati : Ushbu simptom buyrak tosh xastaligida, buyrak tomirlari shikastlanganda buyrak atrofidagi to'qimalar xujayralari yallig'lanishida tashxisiy ahamiyatga ega.

Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydikni tekshirish. Siydikni tekshirish buyraklarning funktsional holatini aniqlab olishga imkon beribgina qolmay (siydikning klinik va boshqa tahlillari), boshqa a'zolar, masalan, qovuq, o't pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining o'zgarishlarini aniqlab olishga ham imqon beradi.

Tekshirish uchun ancha qontsentrlangan holda bo'ladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik 7—10 kunda kamida 1 marta siydik tahlili qilib turiladi (bemor kasalxonada yotgan davrda).

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a'zo hamda tizimlardagi patologik o'zgarishlarni siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo'ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy organlarini yuvish, bordiyu, u hayz ko'rgan bo'lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150—200 ml siydik kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagga tutiladigan tuvakga olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo'natish uchun toza shisha idishga quyib olish lozim. Siydik yig'ish va saqlash uchun tutiladigan idishlarni tahlil natijasi o'zgarmasligi uchun ishqor eritmasi bilan yuvish yaramaydi.

Bakteriya va zamburug'larni aniqlash (ekib, undirib ko'rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy a'zolarini dezinfektsiyalovchi

eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15—20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikga antiseptik moddalar ko'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan: jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha hishayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma.

Muolaja algoritmi: Siydik tahlili bemorni umumiy tekshirishda ma'lumotning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi.

Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi.

Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza quruq, shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorni ismi sharifi, tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan yorliq yopishtiriladi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10 larda siydik qopini bo'shatishi va tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish. Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Siydik bir kecha-kunduz davomida xohlangan vaqtda yig'iladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Tahlil uchun 2—3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqligida laboratoriyaga jo'-natiladi.

Qand miqdorini tekshirish uchun siydik yig'ish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim.

Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi.

Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml qonservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga jo'natiladi.

Zimnitsskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab

ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00' gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydik-ning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funksional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmov-chiligidan darak beradi.

Eslatma: Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va silindrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yorliqda umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qoldig'i ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga qo'shimcha siydik miqdori deb yozib qo'yiladi.

Mustaqil ish. Tireotoksikoz, qalqonsimon bez palpatsiyasi bo'yicha amaliy ko'nikma topshirish

Uyga vazifa. 28

Amaliy mashg'ulot №9

Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsot	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlarii	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Nefritlar to'g'risida tushuncha
2. O'tkir glomerulonefritning etiopatogenezi
3. O'tkir glomerulonefritning klassifikatsiyasi
4. O'tkir glomerulonefritning klinik ko'rinishi
5. O'tkir glomerulonefritda siydik o'zgarishlar
6. O'tkir glomerulonefritning diagnostik kriteriylari
7. O'tkir glomerulonefritning zamonaviy davolash usullari va profilaktikasi
8. Surunkali glomerulonefritning etiopatogenezi
9. Surunkali glomerulonefrit klassifikatsiyasi
10. Surunkali glomerulonefritning diagnostik kriteriylari
11. Surunkali glomerulonefritni davolash va profilaktikasi
12. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rikan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
13. Surunkali glomerulonefrit klinik kechish turlari
14. Surunkali glomerulonefritda siydikdagi o'zgarishlar
15. O'tkir va surunkali glomerulonefrit qiyosiy tashxislash
16. Qon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning shikoyatlari

17. Qon kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi
18. Limfa tugunlarini palpatsiya qilishning diagnostik ahamiyati
19. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilish texnikasi
20. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilishning diagnostik ahamiyati

“Stol o'rtasida ruchka” usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o'z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o'rtasiga qo'yadi.

O'qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Амалий машгулот №10

O'tkir va surunkali glomerulonefrit

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish	Talabalar tayyorlanib turadilar

(10 daqiqa)	4.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

- 21.1. Nefritlar to'g'risida tushuncha
- 22.O'tkir glomerulonefritning etiopatogenezi
- 23.O'tkir glomerulonefritning klassifikatsiyasi
- 24.O'tkir glomerulonefritning klinik ko'rinishi
- 25.O'tkir glomerulonefritda siydik o'zgarishlar
- 26.O'tkir glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
- 27.O'tkir glomerulonefritning zamonaviy davolash usullari va profilaktikasi
- 28.Surunkali glomerulonefritning etiopatogenezi
- 29.Surunkali glomerulonefrit klassifikatsiyasi
30. Surunkali glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
- 31.Surunkali glomerulonefritni davolash va profilaktikasi
- 32.Surunkali glomerulonefrit bilan og'rikan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
- 33.Surunkali glomerulonefrit klinik kechish turlari
- 34.Surunkali glomerulonefritda siydikdagi o'zgarishlar
35. O'tkir va surunkali glomerulonefrit qiyosiy tashxislash
36. Qon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning shikoyatlari
- 37.Qon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi
- 38.Limfa tugunlarini palpatsiya qilishning diagnostik ahamiyati
39. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilish texnikasi
- 40.Taloqni palpatsiya va perkussiya qilishning diagnostik ahamiyati

“Stol o'rtasida ruchka” usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o'z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o'rtasiga qo'yadi.

O'qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Buyrak kasalliklari inson xastaligi o'zining ko'p tarqalishi bilan muhim o'rinni egallaydi. Yaqin kunlarga nefrologiya boshqa mayda mutaxassisliklardan orqada qolmoqda edi. Lekin qisqa vaqt ichida yangi tekshirish usullarining keng ko'lamda joriy qilinishi ko'p ma'lumotlar yig'ilishiga olib keldi. Zamonaviy nefrologiya ichki

kasalliklarning teng huquqli qismi sifatida 40 yil muqaddam shakllangan. Shu davr mobaynida buyrak xastaligi bilan davolash muassasalariga murosat qilish yurak-qon tomir, o'pka kasalliklariga nisbatan ancha kamaydi; bu xolat og'iz, tomoq, bodomcha bez zaralanishini chaqiruvchi bolalar infeksiyasi, hamda xomiladorlar nefropatiyasi profilaktikasi bilan bog'liqdir.

"Buyrak kasalliklari" tushunchasi klassik buyrak patologiyasidan tashqari biriktiruvchi to'qimalarning sistemli kasalliklarini, buyrakning shikastlanishini, o'tkir buyrak etishmovchiligini, renovaskulyar gipertoniyaning, buyrak o'smalarini va boshtalarni o'z ichiga oladi. Oxirgi 10-15 yillar ichida nazariy va amaliy nefrologiya sohasida katta yutuqlarga erishildi.

Buyrak faoliyatini ishonchli tarzda aniqlaydigan yangi funktsional usullar (kalavacha filtratsiyasi tezligini, kanalchalarning maksimal sekretsionini, osmatik erkin suvning klirensini aniqlash) taklif qilingan. Izotop renografiya, buyrakni skanirlash, nefroangiografiya, ultratovush tekshirish usullari keng tarqalgan. Mazkur yutuq ko'pchilik bemorlarda erta tashxis q'yishni va o'z vaqtda davolashni amalga oshirishga imkon beradi.

Yoyilgan buyrak shikastlanishini davolashda gemodializ, gemosorbtsiya, plazmaferezdan tashqari kortikosteroidlar, immunodepressantlar va immunostimulyator moddalar keng ko'lamda qo'llanilab boshlandi. Jarrohlik davolash usullari buyrak transplantatsiyasi mukammallashtirildi. Lekin zamonaviy nefrologiyaning ko'p muammolari hali echilmagan, buyrak xastaligiga chalingan bemorlarning ishgah yarusizlik darajasi yuqoriligicha

qolmoqda. Yangi nazariyalar, fikr, tadqiqotlarni mukammallashtirish va keng ko'lamda qo'llash natijasida bizning buyrak to'g'risidagi bilimimiz boyidi.

GLOMERULONEFRITLAR

Mashrulat matssadi. Talabalar quyidagilarni bilishlari kerak:

1. Bemorda xastalik belgilarini aniqlash orqali glomerulonefrit (GN) mavjudligini taxmin qilish.
2. O'tkir va surunkali GN ning klinik turlarini aniqlash.
3. Xastalik asoratlarini belgilash.
4. GN kechishi bosqichlarini, og'irlik darajasini aniqlash.
5. GN tashxisini qo'yish uchun qo'shimcha tadqiqot usullaridan foydalanish.
6. Davolash usullarini tayinlash.

Mavzu mazmuni

1. **Tarifi.** Yoyilgan (diffuzli) glomerulonefrit buyrak kalavachasi qon-tomirlari, hamda kanalchalar va oraliq to'qimalarning jarohatlanishi bilan kuzatiladigan

umumiy immun-yallig'lanish kasalligi. Xastalikning o'tkir, yarym o'tkir va surunkali turlari tafovut qilinadi.

A. O'tkir glomerulonefrit - buyrak xastaliklari orasida keng tarqalgan, aksariyat 20-40 yoshlardada erkaklarda kuzatiladi.

1. Etiologiyasi.

a. Infektsion omillar.

(1) Streptokokk, asosan, beta-gemolitik XII- tipi, A-guruhi, hamda streptokokk infeksiyasi bilan bog'liq kasalliklar (angina, murtak, surunkali tonzillit, otit, gaymorit, skarlatina, saramas).

(2) Viruslar - gepatit, uchuq toshmasi, qizilcha, adenoviruslar.

b. Noinfektsion omillar.

(1) qon zardobini va vaksinalarni (emlanadigan moddalar) takroran yuborish.

(2) Ba'zi'dori-darmonlarni nefrotoksik ta'siri.

(3) Toksik moddalar (alkogol, organik erituvchilar, simob va hokazo) ta'siri.

2. Patogenezi asosida immune-allergik nazariya yotadi.

a. O'tkir glomerulonefrit odatda infektsion kasalliklar zo'rayishi davrida sodir bo'lmay, balki xastalik buyrak to'kimalaridan streptokokkni topish imkoni bo'lmaydi. O'tkir glomerulonefritning

vujudga kelishi mexanizmini infeksiya davrida mikroblar oqsilli an-tigenlarning qonga tushishi va bunga javoban qonda antitanalar hosil bo'lishi bilan bog'laydilar. Ko'pchilik bemorlar qonida antistreptolizin, streptokokk antigialuronidazasi, ba'zan beta- streptokokka qarshi pretsipitin titrining baland topilishi buning isboti hisoblanadi. Mazkur antitanalar xujayralar parchalanishining mahsuloti bo'lishi mumkin. Antitana qonda aylanib yurib, kalavacha kapillyarlari endoteliashi tomonidan ushlanadi va bu erda xujayra ichidagi antigen bilan qo'shiladi, natijada antigen-antitana immun kompleksi hosil bo'ladi. Mazkur birikma kapillyarlarning bazal giperergik yallig'lanish jarayoni rivojlanishiga olib keladi.

b. Kalavacha shikastlanishida koagulyatsiya tizimining buzilishi muhim rol o'ynaydi. Bu holat immun kompleksi ta'sirida komplement (immun reaksiyalari qismlari) faollashuvi, trombotsitlar jipslashuvi, qon ivishida ishtirok etuvchi XII omil faollashuvi natijasida sodir bo'ladi. XII omil zardob kallikreinogenini faollashtirib, kinin miqdorini ko'paytiradi; bundan tashqari trombotsitlarning III va IV omillari ajralib chiqadi. Natijada kapillyarlar devoriga fibrin o'tirib oladi. Bunga javoban mezoteliya va endoteliya, xujayralari ko'payib fibrinni g'rab oladi. Shu tariqa gialin substansiyasining tomir devoriga cho'kishi tezlashadi.

O'tkir glomerulonefritda patologik jarayon oldyn ikkala buyrak kalavachalari kapillyarlarida joylashadi, keyin organizmning hamma kapillyarlariga tarqaladi. Shunday qilib, glomerulonefrit umumiy qon tomirlar zararlanishi ko'rinishida bo'ladi.

3. Klinik ko'rinishi. O'tkir yoyilgan glomerulonefrit uchta asosiy alomat bilan ifodalanadi: tanada shish paydo bo'lishi, son bosimining oshishi va siydikdagi o'zgarishlar. Xastalik, aksariyat, o'tkir, keskin boshalanadi, o'tkazilgan angina yoki o'choqli

streptokokk infeksiyasi bilan anits bog'liq. Bemorlar bosh o'rinishiga, darmonsizlikka umumiy lohaslikka ko'ngil aynishiga, hansirashga, yurakning tez

urishiga, yurak va bel sohalarida ogriqqa, diurez kamayishiga va siydik rangining o'zgarishiga shikoyat qiladilar.

a. Shish xastalikning dastlabki va doimiy belgilaridan biri hisoblanadi 80-90 foiz bemorlarda kuzatiladi. Shish ertalab yaqollashadi va yuzda, ayniqsa ko'z qovog'ida va ostida joylashadi, ko'z yumilib

ketadi, keyinchalik tananing hammasiga va oyoqlarga tarqaladi. Suyuqlik ko'pincha bo'shliqlarga (plevra, qorin va perikard bo'shlig'iga) yig'iladi. Tana vazni qistsa vaqt ichida 15-20 kg ga oshadi. Yashirin shishlar ham bo'lishi mumkin. Bunday bemorlar organizmida suyuqlik yirilishini muntazam ravishda bemorni tarozda tortish hamda bir kecha-kunduzda ichilgan suyuqlik va ajratilgan siydik miqdorlarini solishtirish orqali aniqlanadi. Ko'p hollarda xastalik kechishi ijobiy yakunlanadi, shishlar 2-3 xaftadan so'ng yo'qoladi. **Shish belgilarini**

vujudga keltiruvchi sabablar:

- (1) kalavacha filtratsiya faoliyatining pasayishi;
- (2) kanalchalarda natriy va suvning reabsorbtsiyasini (qayta so'rilishini) kuchayishi;
- (3) kapillyarlar o'tkazuvchanligining oshishi;
- (4) onkotik bosimning pasayishi; .
- (5) ikkilamchi giperaldosteronizm va antidiuretik gormon ko'payishi.

b. Arteriya bosimining oshishi ham o'tkir glomerulonefritning erta paydo bo'ladigan belgilaridan hisoblanadi va 70-90 foiz bemorlarda arteriya bosimi o'rtacha ko'payadi: 140-160 mm simob ustuni sistolik bosim, 95-110 mm ust.atrofida diastolik bosim, kam holarda yuqori darajaga – 220/115 - 230-130 mm sim. ust. ko'tariladi. Odatda o'tkir glomerulonefritdagi gipertenziya uzots vaqt saqlanmaydi. 2-3 xagta mobaynida meyorga pasayadi **gipertenziyani vujudga keltiruvchi sabablar:**

- (1) Natriy tuzi bilan suvning badanda to'planishi natijasida aylanib yuruvchi qon hajmining ko'payishi-gipervolemiya;
- (2) qon tomirlarining periferik qarshiligini ortishi;
- (3) Buyrak kalavachalarining shikastlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron tizimi faolligining kuchayishi;
- (4) Buyrakning depressor (tomir tarangligini pasaytirish) faoliyatining pasayishi.Arteriya qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi natijasida yurak zo'riib ishlaydi va o'tkir yurak (ko'pincha chap qorincha) etishmovchiligiga olib keladi. Tekshirishda yurakning nisbiy chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, ko'pincha yurak cho'qisisida funktsional sistolik shovqin eshitiladi, o'pka arteriyasida va aortada II tonni kuchayishi, gohida ot dupuriga o'xshash tovush paydo bo'lishi mumkin. Tomir urishi tarang, sekin. O'pkalarda quruq va nam xirillashlar eshitiladi. EKG standart ulamalarida n va T tishchalari o'zgarishi, ko'pincha q tishi chuqur va qrs kompleksi voltaji pasayganligi aniqlanadi. **v. Siydik o'zgarishlari.** Siydik miqori bir kecha-kunduzda 400-700 mlgacha kamayadi (oliguriya), ba'zan anuriya kuzatiladi. Siydik ajralishining kamayishi asosan buyrak kalavachalarining yalliglanishi oqibatida filtratsiyasining susayishi bilan bogliq, bunda siydikning nisbiy zichligi deyarli o'zgarmaydi. O'tkir glomerulonefritda siydik sindromi - proteinuriya, silindruriya,

makro va mikrogematuriya bilan ifodalanadi. **(1) Proteinuriya** - kalavachalar kapillyarlari o'tkazuvchanligining ortishi natijasida vujudga keladi, bunda qondan kapsulaga mayda dispersli albuminlardan tashqari globulinlar va fibrinogenlar ham ajralib chiqadi. Siydikda oqsillar soni 1 foizdan 10 foizgacha, ba'zan 20 foizgacha ko'payib ketishi

faqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi Deyarli katta bo'lmagan proteinuriya ba'zan xastalikning boshlanishidayoq sodir bo'ladi va uzoq vaqt saqlanishi mumkin,

(2) Gematuriya - xastalikning doimiy belgisi xisoblanadi. 13-15 foiz bemorlarda makrogematuriya (siydik go'sht seli rangida), boshqa hollarda mikrogematuri (siydik cho'kmasida eritrotsitlar. miqdori ko'rish maydonida 10-15 tacha) kuzatiladi. **(3) Silindruriya** - o'tkir glomerulonefritda kuzatilmasligi ham mumkin.

Faqat 75 foiz bemorlarning siydik cho'kmasida juda oz miqdorda gialin va donali silindrlar topiladi, **(4) Leykotsitlar** miqdori siydik cho'kmasida juda kam bazan 20-30 gacha uchraydi. qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining kamayishi (anemiya) kuzatiladi. Bu holat qon shishi (gip; remiya), hamda xastalik rivojlanishiga sabab bo'lgan izofektsiya ta'siri

natijasida vujudga keladi. EChT-oshdi (20-50 mm\s) va ma'lum darajada patologik jarayon faolligining ko'rsatkichi hisoblanadi va oqsil bo'lakchalari o'zgarishini aks ettiradi. Eozinofillar miqdori xam ko'payadi. **4. Kechishi.** O'tkir glomerulonefritning 3 xil ko'rinishida

kechishi tafovut qilinadi.

a. I - siklli (tipik) turi - keskin boshlanishi, og'ir kechishi bilan ifodalanib, buyrak va buyrakdan tashqari belgilar (shish, hansirash, bosh og'rig'i va bel oh'rig'i siydik miqdorining kamayishi, siydik tarkibida oqsil va qon bo'lishi, arteriya bosimining ko'tarilishi) bilan

namoyon bo'ladi. Shish 2-3'xafta davomida kuzatilad so'ngra xastalik kechishida burilish vujudga keladi: shish kamayishi natijasida siydik miqdori ko'payadi, art riya bosimi pasayadi, lekin oz miqdorda proteinuriya va qoldiq mikrogematuriya uzoq vaqt kuzatilishi mumkin. **b. II - cho'ziluvchan turi** - xastalikning asta-sekin rivojlanishi, shishning sust kuchayishi (gohida istisxogcha), arteriya gipertenziyasini va gemoturiyani kam ifodalanishi, nefrotik sindromining klinik laborator belgilari ustunligi bilan ifodalanadi. Xastalik kechishi davomli (6-12 oydan ortiqroq), ko'pincha surunkali glomerulonefritga o'tishi bilan yakunlanadi.

v. III - yashirin turi

Xastalik asta-sekin boshlanadi, sezilar-sezilmas hansirash va shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Kasallikning yagona tashxisiy bel-gisi - mikroproteinuriya va mikrogematuriya ko'rinyshidagi o'rta miyona va kuchsiz ifodalangan siydik sindromidir. Agar o'tkir glomerulonefritning hamma belgilari bir yil davomida mutlaqo yo'qolmasa, surunkali turiga o'tdi deb hisoblash kerak. **5. Asoratlari.**

- (1) O'tkir buyrak etishmovchiligi-anuriya, azotemiya, giperkaliemiya.
- (2) Utkir yurak etishmovchshshgi (chap qorincha yoki yalpitotal, o'pka shishi).
- (3) Eklampsiya (xush yo'grlishi, mushaklarning klonik va tonik tirishishi).
- (4) Bosh miyaga qon quyilishi.

(5) Ko'z ko'rishining o'tkir buzilishi - to'r pardasining sistarishi yoki dshshi tufayli o'tkinchi ko'rlik (so'qirlik).

6. **Tashxisi.** Xastalik anamnezi tipik bo'lsa, klinik belgilari yatstsol ko'zga tashlansa, ayniqsa yoshlarda uchrasa, streptokokk infeksiyasi bilan bog'liqligi aniqlansa o'tkir yoyilgan glomerulonefrit tashxisini so'yish deyarli siyinchilik tugdirmaydi.

7. Qiyosiy tashxisi.

a. O'tkir yurak etishmovchiligi - hansirash, shish, yurak astmasi bilan kuzatiladi. O'tkir nefrit tashxisini anitslashda xastalikning keskin rivojlanishi, yurak xastaligining ustunligini ko'rsatuvchi belgilar yo'qligi, siydik sindromining mavjudligi, ayniqsa gematuriya, hamda bradikardiyaga moyillik muhim ahamiyatga ega.

b. O'tkir pielonefrit. O'tkir glomerulonefritda yuqori leykotsituriya, bel sohasida shiddatli og'riq, badan uvishishi bilan ifodalangan yuqori harorat juda kam uchraydi, o'tkir pielonefritda shish sindromi va yurak astmasi kuzatyushaydi, onda-sonda yatstsol proteinuriya.

v. Surunkali yoyilgan glomerulonefritning zo'davrida o'tkir turidan farqlash qiyinchilik tug'diradi. Bu muddat o'tkir glomerulonefrsh

20 kun, surunkali nefritning qaytalanishida esa bir-ikki kunni tashkil qiladi. Siydik sindromi bir xil bo'lishi mumkin, lekin siydik solishtirma ogirligining- 10-15dan quyiga turgun pasayishi, siydikning filtratsion faoliyatining zaiflashishi, arteriya gipertirafiyasi boshqarilishishi, yurakning chap qorinchasi gipertrafiyasi to'r parda arteriyasini torayishi surunkali glomerulonefrit zo'rayishiga ko'proq xos.

8. Oqibati - ma'lum darajada nefritni erta aniqlashga va to'g'ri davolashga bogliq. O'lim-xastalikning o'tkir davrida kam uchraydi (0,1 foizdan oshmaydi), ko'pincha yurak va o'tkir buyrak etishmovchiligi bilan bogliq Butunlay sogayish 50-70 foiz bemorlarda kuzatiladi. Samarali davolanganda sogayish 2-4 hafta yoki 2-3 oy ichida kuzatiladi. Kasallik qaytarilmasligi uchun organizimdagi infeksiya o'choqlarini yo'qotish kerak. Bemor yil davomida sovqotish, ayniqsa, nam sovuq ta'siri bilan bog'jiq bo'lgan ishlardan o'zini asrashi lozim.

9. Davosi O'tkir geomerulonefritga chalingan bemorlar kasalxonaga yotqiziladi va quruq, illiq xonada 2-4 hafta mobaynida o'rin-ko'rpa tartibi saqlanadi. Osh.tuzi (1 2 sutkada) va suyuqlik (600-800 ml) chegaralaygan maxsus parxez taomlar tavsiya qilinadi. Boshlangich kunlari 500 g qand, 500-600 ml meva sharbati buyuriladi. Oqsil mahsulotlaridan tvorog, tuxum oqini iste'mol qilish yaxshiroq. Kaltsiy va kaliyga boy osh tuzisiz barcha taomlar (guruchli, meva-guruchli, meva-sabzavotli, kartoshkali) beriladi. Keyinchalik ovqat tarkibidagi osh tuzi va suyuqlik miqdori diurez hajmiga, arteriya bosimi darajasiga, shish mavjudligiga sarab aniqlanadi, lekin kamida 2-3 oy kam tuzli (6-8 gG`sut) taom tavsiya qilinadi **a. Simptomatik dori-darmonlar** (1) **Arteriya gipertenziyasiga qarshi gipotenziv moddalar** - rezerpin, raunatin, klofelin, adelfan, enam kristepin, kapoten, ednit qabul qilinadi. Agar qon bosimi deyarli yuqori bo'lmasa spazmolitiklar (dibazol, paraverin, eufillin) bilan chegaralanadi. (2) **Nefrotik sindromga sarshm diuretiklar** – siydik haydovchilar: furosemid, gipotiazid, uregit, verosh-piron so'llaniladi.

Shiddatli nefrotik shishlarda tomir ichiga plazma. Albumin poliglyukin eritmalari yuboriladi.

(3) **O'tkir yurak etishmovchiligida** - qon olish (400-500 ml), keyinchalik tomir ichiga yurak glikozidlari, eufillin, diuretiklarni yuborish matssadga muvofiq.

(4) **Eklampsiyada** - gipotenziv va sedativ ta'sir etadigan dorilar, xamda miya shishiga qarshi tomir ichiga eufillin, dibazol, laziks, magniy sulfat, xloralgidrot 0,5-1,0 g 100 ml suvda eritib xo'qna orqali yuboriladi. Ogir holatlarda bel umurtqalari orasidan nina sanchib orqa miya suyuqligi olinadi, venadan qon chiqariladi. (5) **Desensibilizatsiyalovchilar** - dimedrol, pipolfen, fenkarol, suprastin, tavegil, diazolin,- klaretin.

(6) **Antibiotiklar:** buyrakka ziyon qilmaydigan penitsillin, ampitsillin, eritromitsin, oleandomitsin faqsat o'tkir nefrit biror streptokokk infeksiya bilan birga kelgan taqdirdagina 10-14 kun davomida optimal (eng qulay) miqdorda beriladi. Lekin antibiotiklar kasallik kechishini zo'raytirishi xam mumkin, chunki ular allergen hisoblanadi, bemor organizmi esa sensibilizatsiyalashgan. b. **Patogenetik dori-darmonlar** xastalikning autoimmun geneziga bog'liqligiga qarshi qo'llaniladi. (1) **Kortikosteroid gormonlari** - prednizalon, triamtsinolon, deksametazon, polkortolon nefrotik sin-dromida hamda kasallikning cho'ziluvchan kechishida va simptomatik davo samarasiz bo'lganda buyuriladi. (2) **Immundearessantlari** - imuran, azatioprin, siklofosamid, leykeran xastalikning steroidlarga chidamli turlarida, gormonlar qo'llanishiga qarshilik mavjudligida va ularni qabul qilishda noxush holatlar rivojlanganda istemol qilinadi.

(3) **Antikoagulyantlar** - ko'pincha bevosita (geparin) va kam hollarda bilvosita (fenilin) ta'sir ko'rsatuvchilar qo'llaniladi. Geparin aksariyat nefrotik sindromda qo'llaniladi, chunki uning patogenezida kalava-chalarda fibrinni qatlamlanishi bilan kuzatiladig tomir ichidagi koagulyatsiyaning ko'payishi va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi katta rol o'ynaydi.

(4) **Fizioterapiya muolajalari:** bel sohasiga (elektrik isitgich, sallyuks lampasi kuniga 2 marta 30-daqiqadan, induktotermiya, detsimetrli va santimeg li to'lqin ham UVCh-ultra yuqori tezlikdagi terapiy 10. **Profilaktikasi.** a. o'tkir yuqumli kasalliklardan saqlanish va ularni vaqtida davolash.

b. o'choqli infeksiyalarni bartaraf qilish.

v. davomli va kuchli sovuq ta'siridan saqlash.

g. allergik kasalliklarga chalingak bemorlarga, eml man qilinadi,

B. Yarim o'tkir glomerulonefrit (xatarli ekstrakapill, li) nefrotik va gipertenziya sindromlarining tez rivojlanishi, jadallashuvli kechishi, buyrak etishmovchili ning barvaqt (bir necha xaftadan bir necha oygacha) vaju kelishi va o'lim oqibati bilan (1 yilgacha) ifodalanadi Xususan 15-30 yoshlarda uchraydi.

1. Etiologiyasi - to'liq aniqlanmagan.

a. Streptokokk infeksiyasi.

b. Dori-darmonlarni o'zlashtira olmaslikka javob aktsiyasi sifatida.

v. gemorragik kapillyarotoksikoz oqibati sifatida.

g. Virusli infeksiyalar.

d. Bakterial endokardit.

e. Sistemli qizil bo'richa.

j. Kimyoviy moddalar ta'siri.

z. Noma'lum etiologiyali xatarli idiopatik nefrit

2. Patogenezi. Yarim o'tkir glomerulonefritning streptokokk kasalliklaridan keyin vujudga kelishi yoki birlamchi (ilgarigi kasallarsiz) bo'lishiga nisbatan uning turi tafovut qilinadi: **(a)** o'tkir streptokkdan so'nggi glomerulonefritning xa-tarli turi sifatida baholanadi; **(b)** autoimmun kasalligi sifatida.

3. Klinik ko'rinishi. Ko'p hollarda xastalik shish gipertenziy va siydik simndromlari bilan keskin boshalanadi. Salmoqdor proteinuriya eng ko'p ifdalangan. Aksariyat bu holat plevra va perikard bo'shliqlariga suyuqlik yigilishi bilan kuzatiladi. Diurez kamaygan, siydikning nisbiy zichligi yuqori, gematuriya ko'p. Siydik cho'kmasida eritrotsitlardan tashqari har xil miqdorda leykotsitlar, silindrlar va lipoidlar topiladi, Arteriya bosimi tezda ko'tariladi. qonda oqsil miqdori kamayadi, xolesterin va leykotsitlar esa ko'payadi. EChT-tezlashadi. O'tkir va zo'raygan surunkali nefritdan farqi, yarim o'tkir turida klinika va laboratoriya belgilari kamaymaydi, tezda jadallashadi. Proteinuriya, shishlar va gipertenziya qat'iy kuchayadi. Buyrakning kontsentratsion 1Qobiliyati pasayadi, gipo so'ngra izostenuriya rivojlanadi. qon zardobida siydikchil va kreatin mitsdori keskin ortadi. Azotemiya bilan bir vaqtda nemiya ham rivojlanadi. Arteriya bosimining ko'tarilishi yurakning gipertrofiyasiga va dilatatsiyasiga, yurak etishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi.

4. Qyosiy tashxisi.

a. O'tkir glomerulonefritdan farqi xastalik jadallashuvchi, xatarli tabiatga ega bo'lib, barqaror oliguriya, giperazotemiya, anemiya bilan ifodalanadi, davo choralari samarasiz.

b. Surunkali glomerulonefritning zo'rayishi tashhisida xastalikning uzoq vaqt davom etishi, bemorning bir necha bor kasalxonada davolanganligi, birorta sindrom-ning (siydik yoki nefrotik) yatstsol ifodalanishi muxim ahamiyatga ega. **5.**

Davosi - odatda samarasiz. Immundepressantlar, glyu-kokortiko-steroidlar va antikoagulyantlar umid hosil qiladigan natija bermaydilar.

6. Oqibati - doimo nomaqbul.

V. Surunkali glomerulonefrit - uzoq vaqt davom etuvchi ikki tomonlama immunyallig'lanishli buyrak faoliyatining pasayishi, arteriya gipertenziyasi va buyrak etishmovchiligi rivojlanishi bilan ifodalanadi. Surunkali nefrit hamma terapevtik kasalliklarining 1-2 % tashkil qiladi.

1. Etiologiyasi.

a. Ko'pincha to'liq davolanmagan yoki o'z vaqtida tashxisi aniqlanmagan o'tkir glomerulonefrit oqibati.

b. Takroran sovqotish, ayniqsa nam sovuq ta'siri.

v. O'choqli infektsiya mavjudligi.

g. Turmush va ishlash sharoitining noqulayligi.

d. Alkogolni iste'mol qilish.

e. qon zardobi, vaktsinalar, ovqat antigenlari, turli zaharli moddalar ta'siri.

2. Patogenezi.

Surunkali nefrit shakllanishida giperergik reaksiya, ayniqssa autoimmun buzilishlari bilan namoyon bo'ladigan makroorganizm reaktivligining o'zgarishlari muhim rol o'ynaydi.

Mazkur kasallikning autoimmun genezligini tasdiqlovchi dalillar: bemor qonida buyrakka qarshi autoantitana topilishi, glyukosteroid, gormonlar va immunodepressantlar qo'llanilishining samaradorligi, hamda kalava bazal membranalarini shikastlanishini va yallig'lanish reaksiyasini chaqiradigan A M immunglobulinlaridan tashkil topgan kalava kapilyarlarining bazal membranalarida depozit ko'rinishdagi immun komplekslarini ajralib chiqishining mavjudligi.

3. Klinik ko'rinishi xastalikning zo'rayishida o'tkir glomerulonefrit belgilari bilan ifodalanadi. Remissiya davrida surunkali nefritning klinik ko'rinishi, kechishi xastalikning turiga bog'liq 5 xil turi tafovut qilinadi. 1 Yashirin turi 2 Nefrotik turi 3 Gipertoniya turi 4 Arakash turi 5 Gematuriya turi

4. Kechishi. Surunkali glomerulonefrit kechishida 2 bosqich tafovut qilinadi:

a. buyrak kompensatsiyasiz bosqichi - azot ajratish faoliyati saqlangan, siydik belgilari yaqol ko'rinishida turadi;

b. buyrak dekompensatsiyasiz bosqichi - azot ajratish faoliyatining etishmovchiligi vujudga keladi. Bu bosqichda siydik belgilari kam ifodalanishi mumkin, shish o'zginasi, arteriya gipertenziyasi, hamda poliuriya bilan birga gipostenuriya kuzatiladi, azotemik uremiya, ya'ni

ikkilamchi buyrak bujmayishi rivojlanishi bilan yakunlanadi.

5 Tashxisi. Agar bemor ilgari o'tkir nefrit o'tkazgan bo'lsa, hamda surunkali nefritning hamma klinik manzarasi yaqol ifodalansa, tashxis qo'yish qiyin emas. Lekin surunkali nefrit yashirin kechsa yoki gipertoniya turi bo'lsa, tashxisni aniqlash bir oz mushkullashadi.

6. Oqibati. Surunkali glomerulonefrit onda-sonda (tonzilyaektomiyadan so'ng, steroidli gormonlar qo'llanilganda) to'liq sog'ayish bilan yakunlanadi. Ko'pchilik hollarda surunkali buyrak etishmovchiligi va uremiya rivojlanishi bilan ifodalanadigan ikkilamchi buyrak bujmayishi xastalik oqibati sanaladi.

7. Profilaktikasi.

a. Bemor badanidagi patogen omillar o'chog'ini aniqlash va bartaraf qilish.

b. Sovqotish va shamollash oldini olish.

v. O'tkir glomerulonefritli bemorlarni tuzalguncha davolash.

8. Davosi, Xastalikning o'ziga xos davosi hozirchalik yo'q Davolash asosan kasalxonada o'tkaziladi, o'rin-to'shakka yotqazilib, parhez taom va dori-darmonlar qo'llanila; To'shakda davolash rejasi xastalikning zo'rayishi belgilari ifodalanishiga, buyrak faoliyati holatiga bog'liq va 2-4 xaftadan 2-3 oygacha davom etadi.

Mavzu №12. O'tkir va surunkali piyelonefrit. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyg'a vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Nefritlar to'g'risida tushuncha

2. O'tkir glomerulonefritning etiopatogenezi
3. O'tkir glomerulonefritning klassifikatsiyasi
4. O'tkir glomerulonefritning klinik ko'rinishi
5. O'tkir glomerulonefritda siydik o'zgarishlar
6. O'tkir glomerulonefritning diagnostik kriteriylari
7. O'tkir glomerulonefritning zamonaviy davolash usullari va profilaktikasi
8. Surunkali glomerulonefritning etiopatogenezi
9. Surunkali glomerulonefrit klassifikatsiyasi
10. Surunkali glomerulonefritning diagnostik kriteriylari
11. Surunkali glomerulonefritni davolash va profilaktikasi
12. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
13. Surunkali glomerulonefrit klinik kechish turlari
14. Surunkali glomerulonefritda siydikdagi o'zgarishlar
15. O'tkir va surunkali glomerulonefrit qiyosiy tashxislash
16. Qon kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari
17. Qon kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni ko'zdan kechirishda nimalarga e'tibor beriladi
18. Limfa tugunlarini palpatsiya qilishning diagnostik ahamiyati
19. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilish texnikasi
20. Taloqni palpatsiya va perkussiya qilishning diagnostik ahamiyati

“Stol o'rtasida ruchka” usuli

Butun gruppaga savol beriladi (masalan, qandli diabet simptomlari, beta-blokator gruppasiga mansub dori darmonlar, YuIK moyillik omillari). Har bir talaba o'z javobini varaqqa yozib oladi va hamsoyasiga yuboradi, ruchkani esa stol o'rtasiga qo'yadi.

O'qituvchi gruppaga ishini kontrol qiladi va umumiy variantni daftariga yozib oladi.

Mashgulot maqsadi. Talabalar quyidagilarni bilishlari kerak:

1. Bemorning siydik yo'llarida va buyrak parenximasida infeksiyon-yalliglanish jarayoni mavjudligini isbotlash.
2. Pielonefrit (PN) ning vujudga kelishiga sababchi va ko'maklashuvchi omillarni aniqlash.
3. Xastalik simptomlarini va shakllarini belgilash.
4. Klinik ko'rinishi o'xshash kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazish.
5. Spetsifik va patogenetik davolash usullarini aniqlash, hamda ularning samaradorligini baholash.

Mavzu mazmuni

1. **Tarifi.** Pielonefrit siydik yo'llari shilliq pardasining, buyrak parenximasining infeksiyon-yallig'lanishi bo'lib, aksariyat buyrakning oraliq to'qimasi, jomchasi, kosachasi shikastlanishi bilan kuzatiladi.

2. **Tarqalishi** Pielonefrit glomerulonefritga nisbatan ko'p tarqalgan, lekin klinika ma'lumotlari kasallikning haqiqiy soninin aks ettirmaydi, chunki xastalik etarli darajada aniqlanmaydi yoki boshqa kasalliklar (xafaqon kasalligi, surunkali nefrit) tashxisi bilan ifodalanadi. Autopsiya raqamlari kasallikka chalinishning yuqori

raqamlarini ko'rsatadi (9-15 foiz va undan ortiq). Pielonefrit ayollarda, erkaklarga nisbatan, 5 marta ko'p uchraydi. Xastalikning tarqalish miqdori bevosita jinsga va yoshga bog'liq.

Ayollar xayotida pielonefrit bilan kasallanishda 3 xatarli davr mavjud.

(1) **Erta bolalik** - antigigienik odat (barmoq bilan tashqi jinsiy a'zolarini o'ynash).

(2) **Erlilik bo'lish** - qizlik pardasining yirtilishi (defloratsiya) va, uretrani shikastlanishi.

(3) **Xomiladorlik** - siydik yo'llari va jomchasining kengayishi va atoniyasi natijasida siydik oqishi buzildi - dimlanadi.

3. Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchi omil sifatida ichak tayoqchasi, enterokokk, protey, stafilokokk ishtirok qiladi. Siydik florasida ko'pincha xilma-xil mikroblar uyushmasidan iborat. Tish kariesi, chipqon, mastit, osteomielit, xoletsistit, hamda siydik chiqarish yo'llari (uretrit, sistit, prostatit, adneksit) infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Asboblar bilan tekshirish o'tkazilganda (siydik pufagini katetirlash, sistoskopiya, retrogradli-pielografiya) siydik yo'llari infeksiyaga chalinishi mumkin.

4. Patogenezi. Buyrak to'qimasiga mikroblar 3 yo'l orqali kiradi:

(1) urinogen (siydik chiqaruvchi yo'llar devoridan ko'tarilishi tufayli);

(2) gematogen (uzoqda joylashgan a'zolaridagi infeksiya o'choqlaridan);

(3) limfogen (qo'shni organlardan).

5. Patologik anatomiyasi. O'tkir serozli va o'tkir yiringli pielonefrit tafovut qilinadi. O'tkir pielonefritning boshlang'ich davrida buyrak xajmi ozgina kattalashgan, buyrak jomchasini shilliq pardasi yallih'langan, shishgan, ba'zi joylari yaralangan. Siydik oqishi

buzilganda jomchada yiring to'planadi. Buyrak to'qimasining yallig'lanish infiltratsiyasi kuzatiladi, ba'zi joylarda yiring o'chog'lari aniqlanadi. Uzoq davom etuvchi pielitda buyrakda yallig'lanish uchastkalari skleroz bo'lakchalaridan ajralgan, ular o'rtasida mutlaqo

o'zgarmagan parenxima otachalari joylashgan. Yallig'lanish jarayoni oldin oraliq to'qimani, keyin kanalchalarni shikastlaydi oxirgi (terminal) bosqichda esa patologik jarayonga kalavachalar qo'shiladi. Surunkali pielonefritda shikastlangan buyrak hajmi sog'lomga nisbatan, tan katta, jomchalar kengaygan, ular elkalari qalinlashgan. Surunkali

pielonefritning ikkilamchi buyrak burishishi bosqichida uning hajmi qistqaradi, kapsulasi fibroz bilan o'zgargan va qiyinchilik bilan ajraladi. **A. O'tkir pielonefrit.**

1. Klinik ko'rinishi.

a. Isitmalash.

b. Beldagy ogriq

v. Siydik ajralishining buzilishi.

Ob'ektiv tekshirish kasallik boshlanishida o'tkir yuqumli kasalliklar belgilari namoyon bo'ladi. Pasternatskiy belgisi ijobiy. Buyrakni ushlab turish harakat qilishlik og'riqni sodir qiladi. **v Laboratoriya tekshirishlari.** (a) Siydik-nisbiy zichligi pasaygan (1012-1015), tar-kibida arzimmas darajada oqsil (0,5-1 foiz), cho'kmasida ko'p miqdorda leykotsitlar, eritrotsitlar, faol leykotsitlar - qonning vital oq xujayralari, qo'zg'atuvchi omil- bakteriyalar aniqlanadi,

(b) qon-neytrofilli leykotsitoz ($30-40 \cdot 10^9/l$), EChT-ko'paygan (40-60 mm/s), siydikchil, qoldiq azot va siydik kislotasi miqdorlari me'yorda yoki ozgina oshgan.
d. Rentgen tekshirishlari - o'tkir pielonefritni tashxisini belgilashga ko'rsatmalar bermaydi, ammo buy-rak - tosh kasalliklar, divertikulalar, anomaliyalar kabi moyil sharoitlarni aniqlaydi.

2. Kechishi. O'tkir pielonefritning quyidagi klinik shakllari tafovut qilinadi.

- (1) O'ta o'tkir turi
- (2) O'tkir turi
- (3) Yarim o'tkir yoki o'choqli turi
- (4) Latent (yashirin) turi

3. Asoratlari.

- (a) urosepsis.
- (b) buyrakda ko'pgina abstsesslar.
- (v) pionefroz.
- (g) paranesrit.

4. Tashxisi. Xastalikni aniqlashda yuqori xarorat, bel sohasidagi og'riq, siydik ajralishining buzilishidan tashtsari siydik tarkibining o'zgarishi - piuriya, bakteriuriya, faol leykotsitlar mavjudligi, poliuriya, siydikning nisbiy zichligining balandligi, ba'zan silin-druriya muxim o'rin egallaydi. **5. Qtsyosiy tashxisi.**

a. O'tkir dyffuzli (yoyilgan) glomerulonefritga arteriya gipertenziyasi, boshda, yurak va bel soxasida og'riq, hansirash, vaqti-vaqti bilan yurak astma xuruji, shish, oliguriya, gematuriya xaraterli.

b. Kollagenoz nefritida xastalik turlariga ko'pincha qizil bo'richaga xos klinik ko'rinishi namoyon bo'ladi. Organizmning sistemli shikastlanishi, "kapalak" alomati, .qokda LE xujayralari xarakterli belgi xisoblanadi. v. Buyrak sili - bel sohasida simillovchi og'riq, dizuriya, subfebril harorat, antibakterial davoga chidamli turg'un siydikda sil mikobakteriyasi aniqlaneadi Rentgen tekshiruvda jomcha-kosacha sistemasi bilan qo'shiladigan kaverna (kovak) topiladi. Anamnezda boshqa a'zolar siliga ko'rsatma mavjud.

6. Oqibati. O'tkir pielonefrit tashxisi erta aniqlanganda, 'o'z vaqtida sifatli davolanganda, taxminan 60 foiz xastalik tuzalish bilan yakunlanadi.

7. Davosi - statsionar sharoitida o'rinda yotqizib o'tkaziladi. Ovqati vitaminlarga, oqsilga, yog'ga va uglevodlarga boy bo'lishi lozim. Shish bo'lmaganligi uchun suyqlik va osh tuzi iste'moli chegaralanmaydi. **Antibakterial terapiya.**a. antibiotiklar - penitsillin, eritromitsin, tetra siklin, levomitsitin, siprolet.

b. sulfanilamidlar - biseptol, etazol, urosulfak

v. nitrofuran birikmalari - furagin, furazolid niitroksolin, nevigramon, 5-nok.

8. Profilaktikasi.

- (1) Surunkali infektsiya o'chog'ini sanatsiyalash (tozalash)
- (2) Siydik oqishiga xalaqit beruvchi sabablarni ba taraf qilish.

B. Surunkali pielonefrit - doimo tuzalmagan yoki aniqlanmagan o'tkir pielonefrit oqibati hisoblanadi. 1. Klinik ko'rinishi - turli xil. Xastalik ko'pincha asta sekin boshlanadi, uzoq vaqt yashirin kechadi, uni bemorlar payqamaydilar.

a. Shikoyati. Xastalikning boshlanrich davrida muayyan shikoyat deyarli yo'q va'borlari ham xarakterli emas. Bemor asta-sekin oza boshlaydi, kuch-quvvat

kamayaboradi Loqaydlik avj olaveradi, tez charchashlik va bosh ogrig'i bezovta qiladi. Vaqt o'tishi bilan dispepsiya buzilishlari qo'shiladi. Bemorlar yuz.terisi bo'zarishiga va shishinqrashiga, subfebryal haroratga, belda simillovchi ogrioda yoki noxush sezgiga noliydilar.

Laboratoriya tekshirish ma'lumotlari.

(1) Siydikda zo'rayish davrida ifodalangan proteinuriya (1-2 g sut), bakteriuriya, leykotsituriya, silindr uriya va kam xollarda gematuriya, ayniqsa siydik cho'kmasida "faol" (harakatchan) leykotsitlarni Shten-geymer. Malbin xujayralarini aniqlash xarakterli, Adis Kakovskiy yoki Nechiporenko uslublarida siydik cho'kmasini miqdoriy tekshirish leykotsitlarni eritrotsitlarga nisbatan ko'pligini ko'rsatadi.

Siydikni bakteriologik tekshirish: siydik cho'kmasidan oziqa muhitiga ekish, bakteriyalarni antibiotikka sezgirligini aniqlash muxim ahamiyatga ega.

Zimmitskiy uslubida siydikni tekshirish buyrak faoliyati buzshshshini ko'rsatadi. Agar patologik jarayonga buyrak kalavasi ham qo'shilsa kalava filtratsiyasi pasayadi, sonda otssil modda almashinuvi mahsulotlari ko'payadi, qonda va siydikda elektrolitlar tarkibi o'zgaradi.

Rentgen tekshirishlari jomcha va kosacha deformatsiyasi va kengayishi, siydik chiqarish yo'llari shaklining va tonusining o'zgarishi, ular rivojlanishining anomaliyasi aniqlanadi. Ekskretor urografiya va retrogradli pielografiyani qo'llash jomcha, kosacha shakli va kirri siydik chitsarish yo'llari tonusining buzilishi hamda buyrak faoliyatining assimetriyaligi to'rrisida to'la axborot beradi.

Surunkali pielonefrit turlari.

Latent (yashirin) turi xastalikning klinik belarini juda ham kam bo'lishi bilan ifodalanadi. bemorlar umumiy darmonsizlik, tez charchashlik, ba' subfebril darajagacha harorat ko'tarilishi, siydik: tez-tez kam miqdordan ajralishidan noliydilar.

Kechishi. Surunkali pielonefrit uzoq vaqt (10-15 m davom etadi, ko'pinchilik holatni yaxshilanishi bilan bo'nib turadi.

Patologik jarayon buyrakning yangi sohalarigacha tarqeshi ya'ni mahalliy o'tkir pielonefrit rivojlanishi : talikning vaqti-vaqti bilan zo'rayishyga sababchi bo'la

Tashxisi. Tipik holatlarda anamnezda o'tkazyu sistit, uretrit, pielit, buyrak sanchig'i, siydik chiqi konkrementlar ajralishi, buyrak va siydik chiqisi yo'llari rivojlanishidagi anomaliyalarga ko'rsatma tashxisni qo'yishdaqiyinchilik tug'dirmaydi.

Qiyosiy tashxisi.

- (1) Surunkali glomerulonefrit
- (2) Buyrak sili
- (3) Buyrak amiloidozida '
- (4) Xafaqon (gipertoniya)

6. Davosi. Xastalik qo'zigan davrida bemorlar kasalxonada davolanadilar. Ovqatlari har xil, yuqori kaloriyali, tarkibi oqsilga, uglevodga va vitaminlarga serob bo'lishi kerak.

(1) Bakteriyalarga sarshp.

a. Antibiotiklar:

b. Sulfanilamidlar

v. Nitrofurani birikmalari

(2) Yallirlanishga qarshi

(3) Desensibilizatorlar - dimedrol, suprastin, klaritin.

(4) Gipertenziyaga qarshi - papaverin, dibazol, pin, adelfan, gemiton, kapoten va boshqalar.

(5) Anemiyaga qarshi - temir preparatlari, fola lotasi, sionokobalamin.

(6) Immuni reaktivlikni oshirish maqsadida metrsil (4 g), pentoksil (1,2 g), levamisol

(1/2 table' kun ora), mushak orasiga prodigiozan, immunmo qo'llaniladi.

(7) Fizioterapiya muolajalari - buyrak sohasigga mikroto'ltinli terapiya, induktoterapiya fura elektroforezi ultratovush yoki amplipuls, paraq ozokerit, balchiq Applikatsiyalari

Profilaktikasi.

(1) Utkir pielonefritni uz vaqtida va tiliq davsh kerak.

(2) O'tkir pielonefritni o'tkazgan bemorlarda mun zam ravishda dispanser kuzatuvini o'tkazish va me? bilan to'rti ta'minlash-lozim.

(3) Surunkali infektsiya o'choqlarini bartaraf etish kor.

(4) Xomilador ayollarda ko'p uchraydigan yashirin bak riuriyaga ahamiyat berish kerak.

Bobojonov Sur'at Nasritdinovich - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent davlat ikkinchi tibbiyot institutining ichki kasaliklar kafedrasida professori

Mustaqil ish Buyrak amiloidozi simptomologiyasi Adisson kasalligi simptomologiyasi
Uyga vazifa. 29

Amaliy mashg'ulot №13

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
O'qitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib

O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multmediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi kasalliklari bilan bemorlarni ko'zdan kechirish

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi kasalliklari bilan bemorlarni laborator tekshirish usullari

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi kasalliklari bilan bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Sistemali qizil bo'richa.

Sistemali sklerodermiya

Sistemali dermatomiozit.

Revmatoid poliartrit

Mavzub bayoni

I. Sub'ektiv tekshirish usullari

- a. Asosiy va qo'shimcha shikoyatlari
- b. Kasallik tarixi yig'ish
- v. Hayot anamnezini yig'ish

II. Ob'ektiv tekshirish usullari

- a. Ko'zdan kechirish;
- b. Palpatsiya;
- v. Perkussiya;
- g. Auskultatsiya

III. Laborator tekshirish usullari

- a. Umumiy qon tahlili.
- b. Qonning bioximiyaviy tahlili.
- v. Siydik taxlili
- g. Citomorfologik tekshirish
- g. Morfologik tekshirish usullari.

IV. Instrumental tekshirish usullari

- a. Rentgenologik tekshirish.
- b. Ultratovush tekshiruvi.
- v. Kompyuterli tomografiya
- g. Angiografiya

Sistemali qizil bo'richa

Sistemali qizil volchanka (SKV) biriktiruvchi to'qimaning surunkali sistemali autoimmun yallig'lanish kasalligi bo'lib, barcha ichki a'zolarni (teri, bo'g'im, o'pka, yurak, buyrak, hazm tizimi, jigar, asab tizimi va h. k.) zararlanishi hamda tomirlarning zararlanishi va ularning devorlarida fibrinoid to'planib borishi hamda qonda aylanib yuradigan va keng doirada ta'sir ko'rsatadigan autoantitelolar, xususan antiyadro antitelolari hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Asosan 80% bemorlar 30 yoshgacha kasallanib, 80-90% ayollar kasallanadilar. 1875 yilda M.

Kaposhi yuz sohasida burun ustidagi toshma kapalak sindromi (140 suratga qarang) bilan birga ichki a'zolari terini 141 surat shikastlanishini yozadi.

140 surat

1895 yilda B. Osler teri zararlanishi bilan artritlarni yozadi. 1948 yilda LE hujayralari topiladi. Shuning uchun ham sistemali kasallik deb yuritiladi.



141 surat

Quyida 142 suratda og'iz bo'shlig'i (a) va yuz terisi (b) zararlanishi keltirilgan.



a 142 surat b



Mezangial lyupus-nefrit o'rtacha darajada ifodalangan klinik simptomlar bilan ta'riflanadi. 10% hollarda uchraydi va mezangial hujayralar proliferasiyasiga aloqador bo'ladi. Mezangialda doimo O immunoglobulin va komplementning uchinchi xili (SZ) depozitlari topiladi. Depozitlarning to'planib turishi mezangial

lyupus-nefrit (volchanka nefriti) ning ilk bosqichi uchun xarakterlidir, chunki filtrlanadigan immunokomplekslar tez orada mezangialga o'tirib qoladi.

O'choqli glomerulonefrit buyrak koptokchalarining qisman (50 % gacha) zararlanishi bilan kechadi, bunda buyrak koptokchalari bo'rtib, endotelial va mezangial hujayralar proliferatsiyaga uchraydi, kapillyarlarda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyalari ko'zga tashlanadi. Ba'zi joylarda fibrinoid depozitlar va intrakapillyar tromblar topiladi. O'choqli glomerulonefrit klinik jihatdan olganda mikrogematuriya va proteinuriya ko'rinishida namoyan bo'ladi.

Diffuz proliferativ glomerulonefrit volchanka nefritining hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladigan turi bo'lib, 40-50% qayd etiladi. Morfologik o'zgarishlar endotelial mezangial hujayralarning proliferatsiyaga uchrab, bazal membrana qalin tortishidan iborat bo'ladi. Ba'zan Shumlyanskiy - Bouman kapsulasi epiteliyal hujayralari proliferatsiyaga uchrab, xarakterli yarim oy hosil bo'lganini va keyinchalik koptokchalarda skleroz boshlanganini kuzatsa bo'ladi. Buyraklarning simmetrik ravishda zararlanib, barcha koptokchalarning patologik jarayonga qo'shilib ketishi xarakterlidir.

Membranoz glomerulonefrit kapilyarlar bazal membranasi qalin tortib, shu xil tomirlar endoteliysining ko'chib tushishi bilan ta'riflanadi. Yalang'ochlanib qolgan bazal membranalariga plazma oqsillari o'tib singiydi, bu narsa "sim qovuzloqlari" fenomeni degan hodisa boshlanishiga olib keladi. Bazal membranalarda immun komplekslar depozitlari to'planib boradi. Membranoz glomerulonefritda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyasi, mezangial hujayralar proliferatsiyasi singari o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu xildagi nefrit 10% hollarda uchraydi va o'zining klinikasi va morfologiyasi jihatidan olganda idiopatik membranoz glomerulopatiyaga juda o'xshash. Lyupus-nefritning tasvirlab o'tilgan shakllari patogenezida tomirlar koptokchalarida DNK-anti-DNK kompleksi (ya'ni antigen - antitelo kompleksi) ning to'planib borishi ahamiyatga egadir. Immun depozitlar endoteliy va epiteliy ostidagi mezangiyalarda topiladi. Diffuz proliferativ glomerulonefritda immun komplekslarning subendotelial ravishda joylashishi, o'tkir davriga kirgan sistemali qizil volchanka uchun xarakterlidir.

Endotelial hujayralar proliferatsiyalanib, bazal membranalar alteratsiyaga uchrashi natijasida kapillyarlarning yo'li torayib, ba'zan butunlay bitib ham ketadi (obliterasiya). Bu o'zgarishlar buyrak kanalchalarining ishemiya tufayli zararlanishiga va interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi. Patologik jarayonga qo'shilib ketgan buyrakning katta-kichikligi odatdagicha bo'lishi mumkin. Keyinchalik u kattalashib, rangi oqara boshlaydi va po'stloq qatlamida bir talay mayda-mayda qon talashlar paydo bo'ladi. Bora-bora buyrakda uning ikkilamchi bujmayishiga olib keladigan sklerotik jarayonlar boshlanadi. Sistemali qizil volchankada kanalchalar va interstitsiya ham zararlanadi. Kanalchalar orasida immun komplekslar paydo bo'lishi diffuz interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi.

Bo'g'imlar ham jarayonga qo'shilib, shish paydo bo'ladi va sinovial pardalarda nospetsifik mononuklear hujayra infiltratsiyasi boshlanadi. Subepitelial biriktiruvchi to'qimada fibrinoid nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida sinovial pardalarning giperemiyaga uchrab, qalin tortib qolgani ko'zga tashlanadi. Biroq, sinovial pardalar va bo'gim togaylarida destruksiya hodisasi kuzatilmaydi, bo'g'imlar shaklining o'zgarmay turishi, ya'ni deformatsiya hodisasi bo'lmasligi shunga bog'liq.

Taloq odatdagi kattalikda yoki sal kattalashgan, kapsulasi qalinlashgan, follikulalari giperplaziyaga uchragan bo'lishi mumkin. Pulpasi tarkibida O va M immunoglobulinlar bo'ladigan ko'pgina plazmatik hujayralar topiladi. Taloq markaziy arteriyalarining atrofida kenglik ko'rinishida o'sib chiqqan halqasimon qat-qat fibroz to'qima ko'zga tashlanadi, «so'g'onchasimon» skleroz deb shunga aytiladi.

Limfa tugunlari follikularining germinativ markazida boshlangan nospetsifik o'zgarishlar hisobiga kattalashib ketadi. Perifollikulyar zonada plazmatik hujayralar ko'zga tashlanadi. Boshqa organ va to'qimalarda mayda tomirlarida boshlangan o'tkir vaskulitlar, mononuklear infiltratsiya o'choqlari va fibrinoid depozitlari topiladi. Bosh va orqa miyada boshlangan nekrozlovchi o'tkir vaskulit va mikroinfiltratlarga, yoki mikrogemorragiyalarga olib keladi.

Klinik ko'rinishlari. Sistemali qizil volchanka ko'pincha 20-30 yashar qizlar va ayollarda boshlanadi, aksari bu kasallikka o'smir yashdagi qizlar duchor bo'ladi. Isitma ko'tarilib, bo'g'implarning shakli o'zgarmagan holda og'rib turishi, ko'krak qafasida og'riq paydo bo'lishi (plevrit hisobiga), quyosh nuriga ortiqcha sezuvchan bo'lib qolish (fotosensibilizatsiya), yuz terisida eritematoz toshmalar paydo bo'lishi («kapalaksimon» naqsh), qo'l-oyoqlar va shilliq pardalarda ham



143 surat

shunday toshmalar uchrashi xarakterlidir (143 surat). Sistemali qizil volchankada 100% hollarda va boshqa autoimmun kasalliklarda birmuncha kamroq darajada antiyadro antitelolar topiladi. DNK - anti-DNK kompleksining titri sistemali qizil volchankaning diagnostik belgisi bo'lib hisoblanadi va buyraklarning zararlanish darajasiga mos keladi. Lyupus nefrit uchun eng xarakterli bo'lgan klinik belgilar: gematuriya, proteinuriya, ba'zi hollarda esa klassik nefrotik sindromdir. Membranoz va diffuz proliferativ glomerulonefritda azotemiya bilan birga davom etib boradigan buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningoensefalit, meningoensefalomielitlar ko'rinishida ma'lum bo'ladi, bular poliradikulonevrit bilan birga o'tadi. Psixozlar bo'lishi ham tasvirlangan. Ba'zan me'da-ichak yo'lining zararlanishiga xos alomatlar: qayt qilish, darmon qurishi, ishtaha yo'qolishi singari hodisalar kuzatiladi.

Diagnostik mezonlari. Kapalak simptomi, diskoid volchanka, Peyno sindromi, allopetsiya (soch to'kilishi), fotosensibilizatsiya (quyosh nuriga sezuvchanlikni oshishi), og'izda, tomoq-burundagi og'riqsiz yaralar, deformatsiyasiz artrit, LE-hujayralar (ko'p yadroli neytrofillar), Vasserman reaksiyasini soxta musbat

bo'lishi, proteinuriya, tsilindruriya, perikardit klinikasi bo'lishi, psixoz va tutqanoq bo'lishi, gemolitik anemiya, leykotsitopeniya, trombositopeniyalar kiradi (4 tasi bo'lsa tashxis qo'yishga asos bo'ladi).

Shular bilan birga boshqa laborator o'zgarishlar, qonda fibrinogen miqdori, globulinlar miqdori (alfa va gamma) ortishi, EChT oshishi kuzatiladi

Sistemali sklerodermiya

Sistemali sklerodermiya (sistema doirasidagi skleroz) - badan terisi va ichki a'zolarida tobora zo'rayib boruvchi tarqoq fibroz paydo bo'lishi bilan ta'riflanadigan autoimmun kasallikdir. Badan terisining zararlanishi sistemali sklerodermiyaning garchi asosiy belgisi bo'lsada (95 foiz kuzatiladi), ichki a'zolar - me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak hamda ko'ndalang-targ'il muskullarning zararlanishi hayot uchun xavfli bo'lib hisoblanadi. Bu kasallik bilan asosan 30-50 yoshar ayollar kasallanadi, lekin odamning har qanday yoshda, jumladan perinatal davrda ham shu kasallik bilan og'rib qolish ehtimoldan xoli emas. Klinik ko'rinishlariga qarab sistemali sklerodermiyaning quyidagi shakllari tafovut qilinadi: 1) badan terisi bir tekis zararlanish bilan o'tadigan klassik shakldagi sklerodermiya, bunda jarayon tez zo'rayib boradi va kasallikning ilk davridayoq ichki organlar zararlanadi;

2) badan terisini cheklangan tarzda zararlanishi, asosan barmoq va yuz terisi zararlanishi bilan o'tadigan shakli (KREST-sindrom). Kaltsinoz, Reyno sindromi **144 suratga qarang**, qizilo'ngach zararlanishi, teleangiektaziya bilan o'tadigan sklerodaktiliya qo'shilishi xarakterlidir. Bunda ichki organlar jarayonga ancha kechki muddatlarda tortiladi. Bu kasallik yengil shaklda o'tadi.



Reyno sindromida barmoq kapilyarlarini o'zgarishi A, barmoqning ko'rinishi B, G, oyoqdagi o'zgarishlar V va qo'lkaftidagi o'zgarishlar

Etiologiyasi va patogenez. Bu kasallikning etiologiyasi ma'lum emas, lekin sistemali sklerodermiyani autoimmun kasalliklar guruhiga kiradi deb hisoblanadi. Kasallikning patogenezida quyidagilar muhim o'rin egallaydi: kollagen sintezining buzilishi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlari birinchi navbatda zararlanib, so'ngra o'ziga xos sklerodermik angiopatiya (obliteratsiyalovchi endarteriolit) boshlanishi xarakterli. Terida zo'rayib boradigan fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq. Bunda kollagen degradatsiyasida ishtirok etuvchi kollagenazani fibroblastlar norma uchun xarakterli bo'lgan miqdorda ishlab chiqaraveradi, shunga ko'ra kollagen sintezi kuchaygandek, ortiqcha bo'lib qoladi.

Biriktiruvchi to'qimaning ortiqcha miqdorda va sistema doirasida o'sib borishida immunologik omillar muayyan o'rin tutadi deb taxmin qilinadi. Kasallik endi boshlanib kelayotgan ilk davrda yallig'lanish infiltrati hujayralari orasida kollagenga sensibilizatsiyalangan T-limfotsitlar topiladi. Kollagenga nisbatan sekinlik bilan yuzaga chiqib boradigan o'ta sezuvchanlik reaksiyasi limfokinlar

ajralib chiqishini boshlab bersa ajab emas, ma'lumki, bu limfokinlar fibroblastlarni o'ziga tortib, kollagen sintezi kuchayishiga yo'l ochadi.

Sistemali sklerodermiya kasalligida gumoral immunitet ham izdan chiqadi. Qon zardobida ko'pincha gipergammaglobulinemiya, antinuklear antitelolar va revmatoid omil topiladi. Yaqinda antinuklear antitelolarning ikki turi aniqlandi. Ularning 5 (1-70 (skleroderma-70) deb ataladigan bir turi sistemali sklerodermiyasi tarqoq xilining 30-40% hollarida topiladi, holbuki, antisentromer antitanalar (markaziy xromatinga ta'sir o'tkazuvchi antitelolar) KREST-sindromida 50-70% hollarda aniqlanadi.

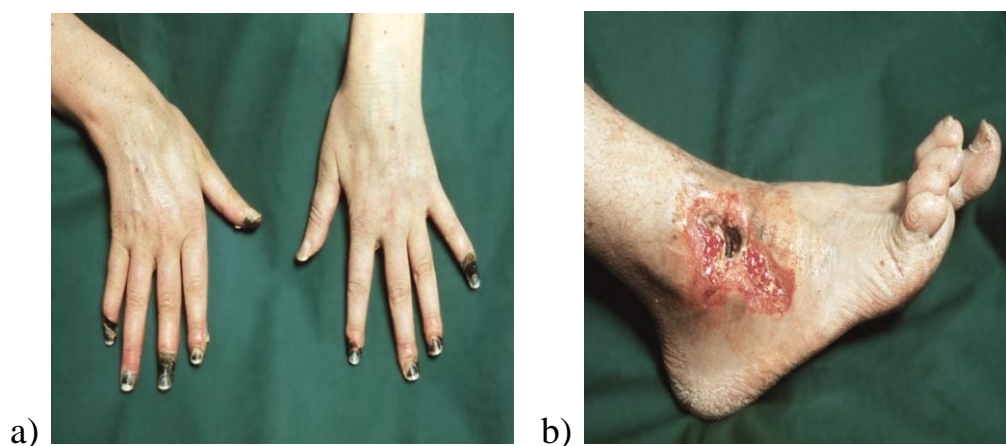
Sistemali sklerodermiya obliterasiyalovchi endarteriolitga o'xshab ketadigan va talaygina vazospastik o'zgarishlarga olib boradigan o'ziga xos tarqoq bir tomir patologiyasi deb ham hisoblanadi.

Mikrotsirkulyator o'zanning zararlanishi tomirlar endoteliysining bemorlar qon zardobida bo'ladigan tsitotoksik omili ta'sirida birlamchi tartibda zararlanishiga bog'liq deb hisoblanadi. Endoteliyning zararlanishi trombotsitlar adgeziyasi bilan agregatsiyasiga va periadventitsial fibrozga yo'l ochuvchi trombotsitar omillar ajralib chiqishiga olib keladi. Tomirlar yo'li torayib qoladi, shu narsa turli organlarning ishemiya tufayli zararlanishiga sabab bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Sistemali sklerodermiyada patologik jarayon turli organlarda avj oladi, lekin badan terisi, suyak-mushak sistemasi, me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak ko'proq zararlanadi. Teridagi o'zgarishlar barmoqlardan, qo'llarning distal bo'limlaridan boshlanadi. So'ngra jarayon qo'llarning yuqoriroq qismlariga, yelkalar, bo'yin va yuzga tarqalib boradi. Morfologik o'zgarishlarning uch bosqichi tafovut qilinadi: 1) qattiq shish bosqichi; 2) indurasiya bosqichi; 3) atrofiya bosqichi. Kasallikning **birinchi bosqichida** terida shish, bo'ladi, unda asosiy modda miqdori ko'payib, tomirlar va teri unumlari atrofida yallig'lanish infiltrasiyasi paydo bo'ladi. **Ikkinchi bosqichida** dermada skleroz boshlanib, tomirlar devorida skleroz va gialinoz paydo bo'ladi, kollagen dastalari yo'g'onlashadi, gialinoz boshlanib, teri osti kletchatkasi ham jarayonga qo'shilib ketadi. **Uchinchi bosqichi** - teri atrofiyasi, kasallik boshidan

bir necha yil o'tganidan keyin boshlanadi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida teri va teri osti kletchatkasida gialinlashgan to'qima maydonchalari va diffuz epidermis atrofiyasi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining ancha puchchayib qolgani, teri unumlarining atrofiyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Ana shu o'zgarishlar nekrozlar hamda trofik yaralar bilan birga davom etib boradi. Bundan tashqari, terida oqarib qolgan (vitiligo bo'lgan) va dog' tushib, qoraygan joylar paydo bo'ladi. Kishining yuzi niqobga o'xshab qoladi. Teri osti kletchatkasida o'choqli va tarqoq ravishda ohak to'planib qolgan joylar topiladi, KREST-sindromida bular ayniqsa sezilarli bo'ladi.

Sistemali sklerodermiyada terida ro'y beradigan o'zgarishlar ko'pincha bo'gimlar, suyaklar va muskullarning zararlanishi bilan birga davom etib boradi. Nospetsifik ekssudativ sinovit boshlanib, sinovial pardalar fibrozlanishi, keyinchalik pastda yotgan suyak so'rilib ketishi (rezorbsiya) kuzatiladi. Barmoqlar ingichkalashib, uchi o'tkirlashadi va parranda panjalariga o'xshab qoladi. Teri fibrozi ularning xarakatini cheklab qo'yadi. Barmoq uchlarining sklerotik atrofiyasi barmoqlar uchi falangalarining yo'qolib ketishi bilan tugallanishi mumkin. Qaytalanib turadigan yaralar, tomirlar bituviga aloqador surunkali ishemiya **145 a surat** barmoqlarning o'z-o'zidan tushib ketishiga amputatsiyasiga olib kelishi mumkin.



145 a va b surat

- a) Sklerodermik barmoq
- b) Oyoq terisida paydo bo'lgan yara (yara suyakkacha borgan **145 b surat**)

Periartikulyar biriktiruvchi to'qima sklerozi bo'gimlar harakatini cheklab qo'yadi. Biroq, bo'g'imlar destruksiyasi kamdan-kam kuzatiladi. Keyinchalik fibroz boshlanishiga olib boradigan o'choqli yallig'lanish infiltratlari skelet muskullarida ham paydo bo'lishi mumkin. Buning natijasida sistemali sklerodermiya bilan og'rigan kasallarda muskullar atrofiyasi boshlanadi.

O'pkada alveolalar to'siqlarida diffuz interstitsial fibroz boshlanadi, bu fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq, bu kuchayib boruvchi hansirashga olib keladi. Mayda tomirlarning devorlari tobora qalinlashib boradi. O'pkada biriktiruvchi to'qima o'sib ketishi natijasida kistalar paydo bo'lishi mumkin.

Yurakda asosan tomirlar atrofida interstitsial fibroz, limfotsitlar bilan makrofaglardan tashkil topgan perivaskulyar infiltratlar topiladi. Mayda arteriyalar va arteriolalarning devorlari qalinlashib qoladi. O'pkadagi pnevmoskleroz yurak o'ng qismining gipertrofiyaga uchrashiga olib keladi.

Me'da-ichak yo'lida shilliq parda va silliq muskullar atrofiyasi, shilliq parda orasidagi asos va seroz parda sklerozi bilan gialinozi boshlanib, eroziyalar va yaralar paydo bo'ladi. Asosan qizilo'ngach, me'da, ingichka ichak zararlanadi, yo'g'on ichakning zararlanishi kamroq uchraydi. Jigarda periduktal, perivaskulyar skleroz kuzatiladi. Bo'lakchalar ichida fibroz boshlanishi kamroq kuzatiladi. Tomirlarning devori gialinlanib, gepatotsitlar yog'li distrofiyaga uchraydi.

Buyraklarda tromboz, mikroinfarktlar, po'stloq moddasining nekrozlari topiladi, sklerodermik buyrak deb aytiladi. Mayda arteriya intimalarida kontsentrik ravishda proliferatsiyaga uchraydi, glikozaminglikanlar depozitlari topiladi, ichki elastik membrana reduplikatsiyasi va gialinoz kuzatiladi. Lekin bu o'zgarishlar gipertenziya darajasiga to'g'ri kelavermaydi. Bundan tashqari, buyraklarda arteriolalarning fibrinoid nekrozi, ko'ptokchalarning o'choqli nekrozlari topiladi, bazal membrana qalin tortib, mezangiya kattalashadi, buyrak kanalchalari epiteliysi distrofiya va nekrozga uchraydi. Kasallarning yarmidan ko'ra ko'prog'i buyrak yetishmovchiligi tufayli o'lib ketadi.

Nerv sistemasida, jumladan periferik nerv sistemasida ro'y beradigan o'zgarishlar mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining zararlanishiga bog'liq bo'ladi.

Klinik ko'rinishlari. Kasallikning sistema doirasida tobora zo'rayib boruvchi tabiatini aks ettiradi. Aksari hollarda bu kasallik Reyno kasalligiga xarakterli bo'lgan tomirlarga xos o'zgarishdan boshlanadi. Terida o'zgarishlar ro'y berishidan avval odatda tomirlarda o'zgarishlar boshlanadi. Terining tobora ko'proq kollagenlanishi qo'llarning atrofiyaga uchrab, tomirlar harakatchanligining cheklanib qolishiga, keyinchalik esa kontrakturalar paydo bo'lib, muskul harakatlari izdan chiqishiga olib keladi. Skelet muskullaridagi sklerotik jarayonlar va ularning atrofiyaga uchrashi bu o'zgarishlarni yanada kuchaytiradi. Sistemaga doir sklerodermiya bilan og'rigan barcha kasallarda tayanch-harakat apparati zararlanadi va bu - kasallarning majruh bo'lib qolishiga olib keladigan sabablardan biri bo'lib hisoblanadi. Kasallarning 80-90 % ida teri xarakterli tarzda zararlanadi, shu narsa ularning tashqi qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Kasallarning yuzi shaklan niqobga o'xshab qoladi, lablari atrofida burmalar paydo bo'ladi (Kiset simptomi, **146 suratiga qarang**), qo'l panjalarida sklerodaktiliya hodisasi kuzatiladi. Yuz va barmoqlar tomirlari kengaygan. Barmoqlar terisi taranglashgan va zichlashgan, asosan bunday bemorlarda Reyno sindromi kuzatiladi. Dard zo'rayib borgan sayin badan terisi tobora ko'proq zararlanaveradi.



146 surat

Terida sklerotik jarayonlar bilan birgalikda ba'zi joylarda rangi o'chib oqarib qolgan, rangi to'qlashib, dog' tushgan sohalar paydo bo'ladi. **Me'da-ichak yo'lining** zararlanishi qizilo'ngach peristaltikasi susayib, ovqat yaxshi o'tmay qolishi (disfagiya) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ingichka ichak shilliq pardasi tagidagi asos va muskul qavati atrofiyaga uchrab, fibrozlanishi tufayli oziq moddalarning so'rilishi izdan chiqadi.

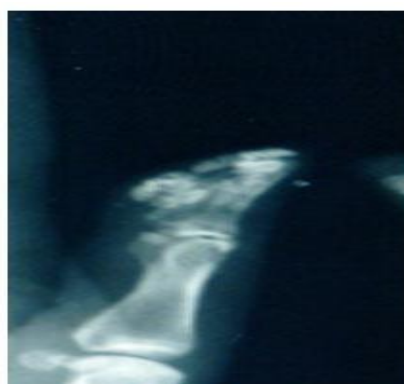
O'pkada diffuz pnevmoskleroz boshlanib, ba'zan kistalar paydo bo'ladi. Plevra fibrozi ko'zga tashlanadi, shu narsa pirovardida bronxoektazlar, emfizema boshlanishiga olib keladi. Klinik jihatdan olganda, bu o'zgarishlar doimiy yo'tal, nafas yetishmovchiligiga xarakterli simptomlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. O'pkaning zararlanishi yurak o'ng qismida yetishmovchilik boshlanishiga olib boradi.

Buyraklar odatda sistemali sklerodermiyasi yarim o'tkir va surunkali tarzda o'tib boradigan mahalda jarayonga tortilib, keyin glomerulonefrit va nefrotik sindrom boshlanadi. Buyrak chinakkam sklerodermik holiga tushganida tez orada buyrak yetishmovchiligi: azotemiya, oligouriya, anuriya, arterial gipertenziya boshlanishi xarakterlidir, shu narsa bemorlarning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Nerv sistemasida neyrotsirkulyator distoniya, polinevrit manzarasi kuzatiladi.

KREST-sindromida bemorlarda beshta xarakterli belgi: kalsinoz, sklerodaktiliya, ezofagit, Reyno sindromi va teleangioektaziya kuzatiladi (147 a va b hamda 148 a va b suratlar).



Yumshoq to'qima kalsinozi **a**



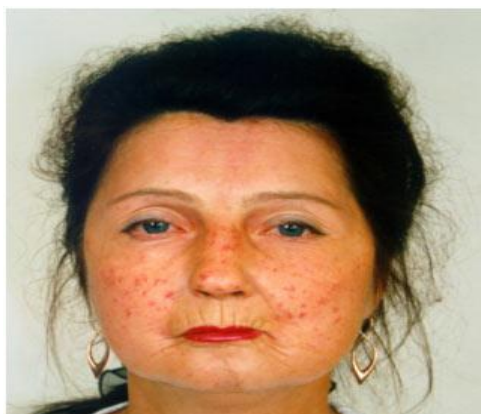
Yumshoq to'qima kalsinozini rentgenogrammasi **b**

147 a va b surat



Sklerodaktiliya

a



Teleangioektaziya va kiset simptomi

b

148 a va b surat

Shuning uchun ham bu sindromning nomi unda uchraydigan shu simptomlar lotincha nomlarining birinchi harflaridan olingan.

Kasallikning oqibati uning qay tariqa o'tishiga, o'z vaqtida aniqlab olinib, tegishli davolash qilingan-qilinmaganiga bog'liq. Kasallik surunkali tarzda o'tadigan mahallarda odatda bir qadar yaxshiroq bo'ladi, chunki jarayon sekinlik bilan avj olib boradi va badan terisi bilan sklerotik jarayonlar asta-sekin boshlanadi. Sistemali sklerodermiya o'tkir tarzda o'tadigan mahallarda, ayniqsa chin sklerodermik buyrak holati boshlanadigan hollarda kasallikning oqibati yomon, chunki buyrak yetishmovchiligi tez kuchayib borib, o'limga olib kelishi mumkin.

Amaliy mashg'ulot №14

Ichki sekretsia bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsuat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni

	kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

Endokrin tizimi kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari

Endokrin tizimi kasalliklari bilan bemorlarni sub'ektiv tekshirish

Endokrin tizimi kasalliklari bilan bemorlarni ob'ektiv tekshirish

Endokrin tizimi kasalliklari bilan bemorlarni ko'zdan kechirish

Endokrin tizimi kasalliklari bilan bemorlarni laboratorv tekshirish

Endokrin tizimi kasalliklari bilan bemorlarni instrumental tekshirish

Gipotireoz bilan bemorlarni sub'ektiv tekshirish

Gipotireoz bilan bemorlarni ob'ektiv tekshirish

Gipotireoz bilan bemorlarni ko'zdan kechirish

Gipotireoz bilan bemorlarni laboratorv tekshirish

Gipotireoz bilan bemorlarni instrumental tekshirish

Endokrin tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish sxemasi.

1. Sub'ektiv tekshirish usullari.

- a. Asosiy va qo'shimcha shikoyatlari yig'iladi.
- b. Kasallik tarixi yig'iladi.
- v. Hayot anamnezi yig'iladi.

2. Ob'ektiv tekshirish usullari.

- a. Ko'zdan kechirish.
- b. Palpatsiya.
- v. Perkussuya.
- g. Auskultatsiya

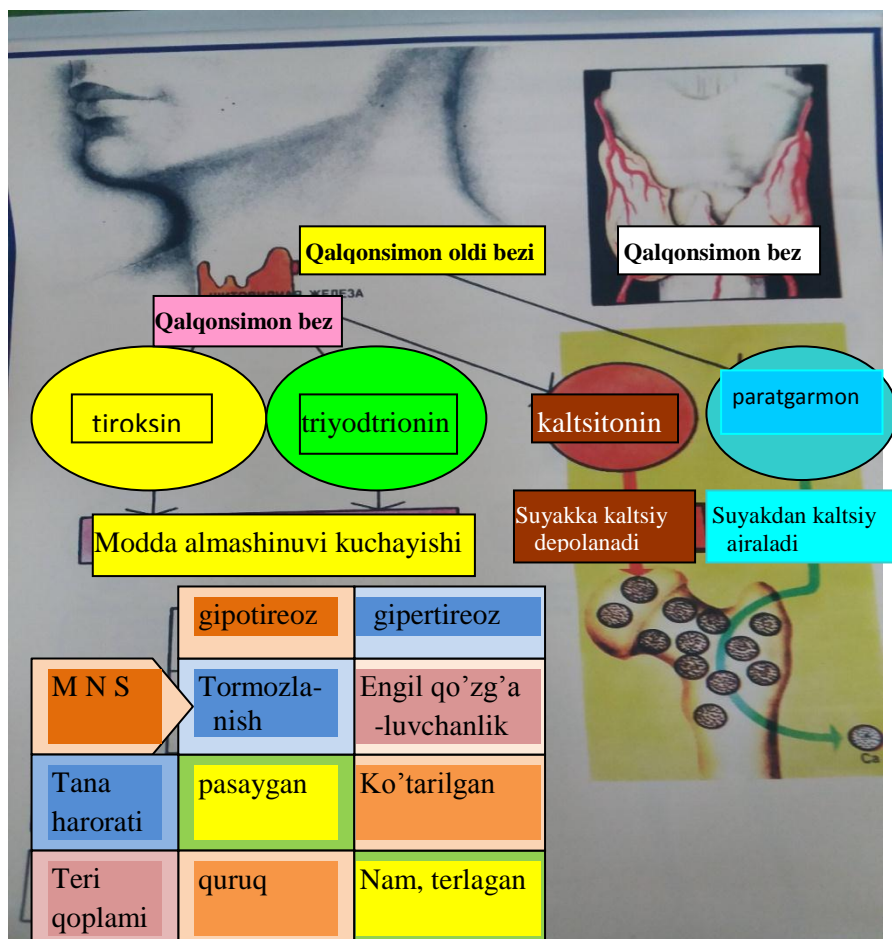
3. Laborator tekshirish usullari.

- a. Umumiy qon tahlili (gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EChT oshishi).
- b. Qonda qand miqdori aniqlanadi.
- v. Qonda keton tanachalar aniqlanadi.
- g. Oqsil bilan bog'langan yod aniqlanadi.
- d. Triyodtironin (T3), tiroksin (T4) miqdorini aniqlash.
- e. Siydikda mochevina, kreatinin, kaltsiy aniqlanadi.
- j. Siydikda qand miqdori.
- z. Najasda kaltsiy aniqlanadi (ko'payadi).

4. Morfologik tekshirish usullari: qalqonsimon bez, buyrak usti bezi, oshqozon osti bezi biopsiyasi, hujayra tarkibi.

5. Instrumental tekshirish usullari.

- a. Rentgenologik tekshirish.
- b. Radioizotop tekshirish usuli
- v. Ultratovush tekshiruvi.

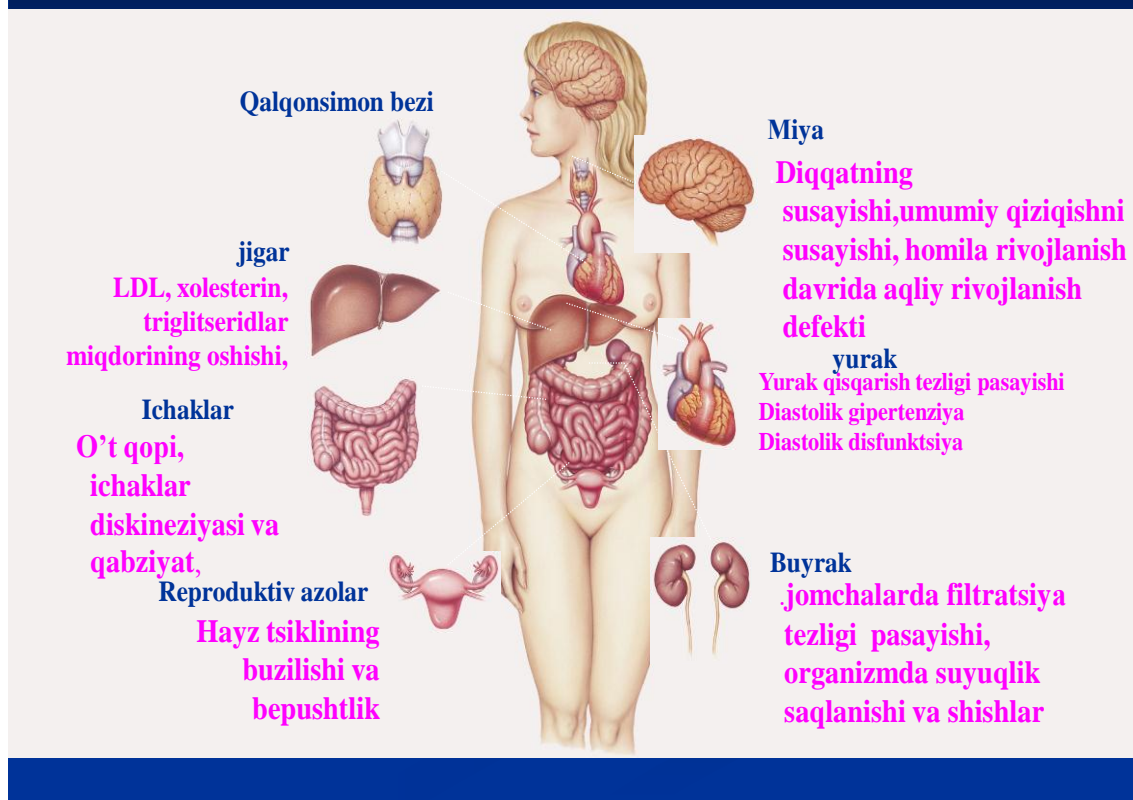


122 surat

Miksedema

“Miksedema (gipotireoz) shilimshiq shish demakdir”, Qalqonsimon bez funksiyasi yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan kasallikka aytiladi (122-123 surat). Ayollar erkaklardan ko'ra ko'proq kasallanadi. Irsiy moyillik rol o'ynaydi. Patologo- anatomik tekshiruvda bez parenximasining atrofiyalanib, qo'shuvchi to'qima bilan almashganligi aniqlanadi, organ hajmi kichraygan bo'ladi. Miksedemada boshqa endokrin bezlardan buqoq bezining kichrayib qolganligi, jinsiy bezlarning yetishmaganligi va gipofiz oldingi bo'lagining kattalashib ketganligi ko'riladi.

Gipotireozni yuzaga chiqishi va simptomlari

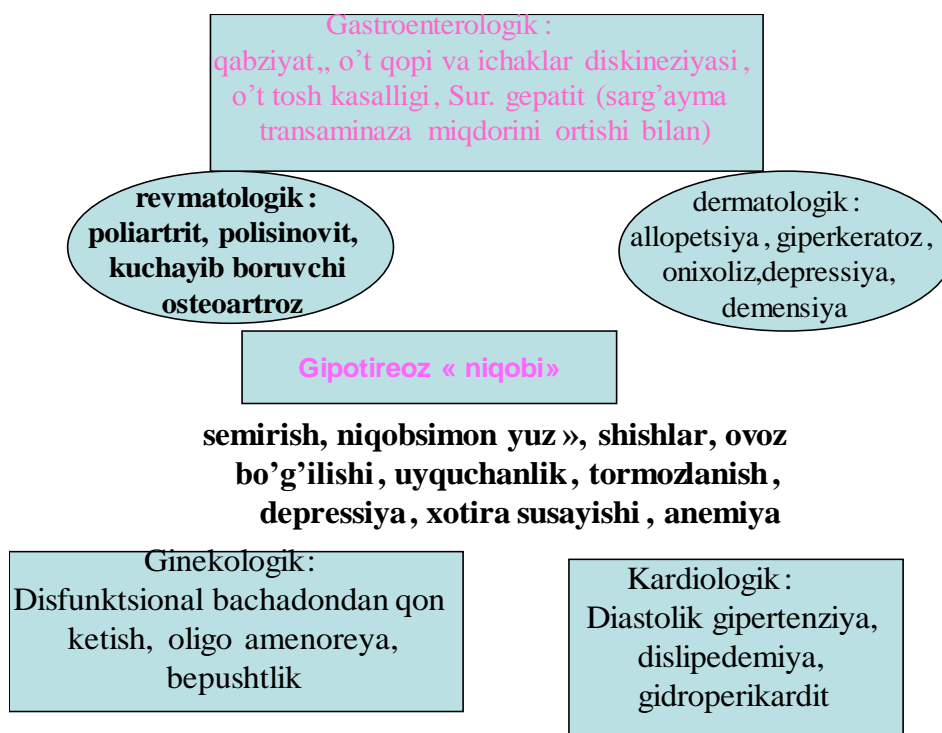


123 surat

Kasallikning klinik manzarasi (123-124 surat). Kasallar jismoniy ish qila olmaslikdan, aql-idrok va xotiraning pastligidan noliydi, ovoz xunuk bo'lib, xirillay qoladi, qiynalib gapiradi, quloq og'irlashadi, ko'z xiralashadi, og'ir holda hansiraydi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish (125 surat). Et uvishib turishi, badan terisining boshqacha bo'lib qolganligidan noliydi, Yana bir xarakterli belgisiga-shilimshiq shish, ayniqsa yuz va bo'yinda sezilib turadi hamda kasalning umumiy qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Shishgan yuz qotib qolgandek, keng bo'lib ko'rinadi, sarg'ish bo'ladi, oq, xususan peshonasiga qalin ajinlar tushadi, qovoqlar kerikib turadi va ko'z yo'riqlarini juda toraytirib qo'yadi burun bilan lablar qalinlashadi. Shish bo'yinga va o'mrov usti bo'shliqlariga tushib, go'yo bosh yelkaga kirib ketgandek bo'lib turadi. Qo'l-oyoqlar ham kattalashadi (Pretibial miksedema). Miksedemada

ko'riladigan shish odatdagi shishlarga qarshi o'laroq qattiq bo'ladi va paypaslab ko'rilganda chuqurchalar hosil qilmaydi.



124 surat

Miksedemada bo'ladigan shishlar, ba'zan nefrozda ko'riladigan shishlarga o'xshaydi (gipoproteinemiya).



a 125 surat b



Facies myxoedematica

Pretibial miksedema

Terisidagi o'zgarishlar. Kasallikning ikkinchi muhim belgisi teri, shilliq pardalar distrofiyasidir, teri quruq, serajin bo'ladi, po'st tashlab turadi, ter bezlari ishlamaydi, tirnoqlar tushadi, xira bo'ladi, soch quruq va mo'rt bo'lib, salga to'kilib

ketadi, bazan bir kechada sochlari yoki kipriklari, qoshlari to'kiladi **126 suratga** etibor bering.

LOR organlari. Ovoz va nutq (hiqildoq va tovush boylamlarini boshlab turgan shilliq pardaning shishuvi tufayli) o'zgaradi. Eshituv yo'lining terisi va yevstaxiy nayining shilliq



126 surat

pardasi shishib, qalin tortib qolganligi munosabati bilan quloq og'irlashib qoladi.

Moddalar almashinuvi buzilishi. Kasallikning tipik belgisi moddalar almashinuving keskin sekinlashib qolishidir. Asosiy almashinuv qanday bo'lmasin boshqa kasallikdagidan ko'ra ancha ko'p pasayadi (50-60% gacha). Oqsillar sust parchalanadi, uglevodlar qiyinchilik bilan singiydi. Shu munosabat bilan tana temperaturasi pasayib ketadi (34° gacha). Miksedema bilan kasallanganlarda o'tkir yuqumli kasalliklar ko'pincha normal yoki faqat arziyas darajada ko'tarilgan temperatura bilan o'tadi.

Yurak qon tomir tizimi. Ichki organlarda, xususan yurak qon tomirlar sistemasi ishining sekinlashib va susayib qolganiga xos simptomlar pulsning sekinlashuvi, arterial bosimning kamayishi, yurak qisqaruvchanligi va tonusning pasayishi ko'riladi (miokarddagi distrofik o'zgarishlar va muskul tolalarining shishib ketganligi munosabati bilan), bu yurakning kengayishi, sust qisqarishi (rentgenologik yo'l bilan tekshirishda) elektrokardiogramma tishlarining yoyilib ketishi yoki hatto yo'qolib qolishi bilan birga davom etadi. Gipotireozda kasallarda xolesterin almashinuvi buzilishi natijasida ateroskleroz bilan kasallanish va semirib ketishga (tireogen semizlik deb shunga aytiladi) moyil bo'lishini aytib o'tish kerak. Kasallik sekin o'tadi, bir necha yillar davom etadi.

Hazm tizimi. Shilliq pardalar qalinlashadi, shuning uchun til katta bo'lib qoladi (shu qadar kattalashib ketadiki, hatto og'izga sig'may qoladi, shuning uchun kasallar og'zini ochib turadi), Kasallar ichak atoniyasi munosabati bilan doim ich qotib yurishi va meteorizmdan qiynaladi. Me'da sekretsiyasi susayadi. Jinsiy azolar funksiyasi ham juda susayadi.

Laborator o'zgarishlar. Anemiya va limfotsitoz neytropeniya avj oladi. Qonda yod miqdori juda kamayib ketadi.

Amaliy mashg'ulot №15

Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari

	kuratsiya qiladilar.	daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

Tireotoksikoz bilan bemorlarni sub’ektiv tekshirish

Tireotoksikoz bilan bemorlarni ob’ektiv tekshirish

Tireotoksikoz bilan bemorlarni ko’zdan kechirish

Tireotoksikoz bilan bemorlarni laboratorv tekshirish

Tireotoksikoz bilan bemorlarni instrumental tekshirish

Qandli diabet bilan bemorlarni sub’ektiv tekshirish

Qandli diabet bilan bemorlarni ob’ektiv tekshirish

Qandli diabet bilan bemorlarni ko’zdan kechirish

Qandli diabet bilan bemorlarni laboratorv tekshirish

Qandli diabet bilan bemorlarni instrumental tekshirish

Gipertireoz (Greyvs-Bazedov kasalligi)

Diffuz toksik buqoq (Bazedov kasalligi-morbus Basedowi (tireotoksikoz)) neyrohumoral sistemada yuzaga keladigan o’ziga xos o’zgarishi, organizmdagi qon tarkibida tireoid garmonlarni miqdori ortishi bilan kechadigan kasallikka tushuniladi. Qalqonsimon bezning giperfunksiyasi to’qimalarni kislorodga bo’lgan talabini oshiradi, energetik jarayonlarni tezlashtiradi, nerv, qon – tomir va boshqa sistemalarning funtsiyasiga ta'sir qiladi. Ayollar erkaklarga nisbatan 5-10 marta ko’proq kasallanadilar.

So’rab surishtirish. Bemorlar asabiylashib bezovtalanib turadigan bo’lib qoladi, umuman holsizlanib, ko’p terlaydi, badani qizib, uyqusi buziladi, yuragi o’ynab turadi. So’zlarni to’liq aytishi ham buzilib bazan so’zlar chala gapiriladi, bir so’z tugatilmay boshqa so’zga o’tish holatlari ham bo’ladi.

Kasallik manzarasi avvalo ma'lum simptomlar triadasidan a) bezdagi o’zgarishlar (strumadagi); b) ko’zdagi o’zgarishlar v) yurak (taxikardiya) va boshqa azolardagi o’zgarishlardan iborat bo’ladi.

Ko’zdan kechirish . Bemorlar ko’p gapiradilar va ko’p kerakmas harakat qiladilar. Teri qoplamlari nam va paypaslaganda issiqdir. Teri elastikligi yuqoriligi va kech ajinlar (burma) paydo bo’lganligi munosabati bilan bemorlar yosh ko’rinadilar. Teri osti yog’ qatlami sust rivojlangan, oruqlanish kuchayishi munosabati bilan mushaklar atrofiyalanadi. Bazi bemorlarda autoimmun

mexanizmlar natijasida miksedema belgilari namoyon bo'ladi. Bu tizza oldi qismi teri qoplamlarini o'zgarishi bilan kechadi. Teri qattiqlashadi va shishadi, teri rangi o'zgaradi. Qalqonsimon bezning kattalashuvi buning asosiy simptomi hisoblanadi. Bezning kattalashuvi diffuz va tugunchali bo'lishi mumkin va palpatsiyada yumshoqdir, xususan kasallikning boshida, keyinchalik u bezda odatda qo'shuvchi to'qima paydo bo'lishi tufayli qattiqroq bo'lib qoladi. Qalqonsimon bezning kattalashuvini 5 darajasi farqlanadi. I-darajada bezning boyinchasi yutinganda paypaslanadi. II-darajada bez yaxshi paypaslanadi va yutinganda yaxshi ko'rinadi. III-darajada bez yaxshi ko'rinadi (qalin bo'yin). IV-darajada kattalashgan zob bo'yinni deformatsiyaga uchratadi. V-darajada bez juda katta razmerdadir.

Qalqonsimon bez auskultatsiyasi: bez ustida sistolik shovqin eshitilishi mumkin, bu shovqin stetoskop bilan bosganda va bemor boshini egsa kuchayadi.

Qalqonsimon bezning faqat bir bo'lagi kattalashuvi yoki struma to'sh orqasida retrosternal joylashgan bo'lishi ham mumkin, bunda faqat rentgenologik yo'l bilan tekshirish natija beradi. Ko'zning chaqchayib turishi (127 surat) ko'pincha ikkala ko'zga, bazanda bitta ko'zga bo'ladi. Bunda odam yuzi qo'rqandek, ba'zan butunlay dahshatda qolgandek ko'rinadi.



a 127 surat b



Bazedov kasalligi avj olmagan davrida, kasalning tikilib boqishi, xususan ko'zning yaltirrab turishi xarakterli.

Bemorlarda avtorlar bo'yicha quyidagi ko'z simptomlari farqlanadi;

1. Grefe simptomi: ko'z soqqasi pastga harakat qilganida ustki azolarining orqada qolish ko'riladi, shuning natijasida ko'z qorachig'i ustida sklera yo'li ko'rinib turadi;

2. Mebius simptomi- ko'zlar konvergentsiyasining yetishmovchiligi: qanday bo'lmasin buyum (barmoq) bemor ko'zlariga yaqinlashtirilganida, ko'zlar uzoq bir nuqtaga qarab turolmaydi va ko'z soqqasining bittasi yoki ikkalasi g'ayri ixtiyoriy ravishda bir tomonga og'ib ketadi;

3. Ko'zning kam va chala ochilib yumilishi, bu ustki qovoqning orqada qolishi bilan ham, ko'zning chaqchayib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi;

4. Ko'z yorug'ining katta ochilib turishi (lagoftalm), ko'z qovoqlarida pigment to'planishi-Elinek simptomi;

5. Shtelvag simptomi-kiprik harakatini chegaralanishi (kam ko'z yumilishi),

6. Koxer simptomi-ko'z kosasini yuqoriga harakat qildirganda yuqori kiprik bilan koz' sklerasi orasida oq chiziq hosil bo'lishi;

7. Mari simptomi-uzatilgan qo'llarning mayin titrashi, ekzoftalm-ko'z kosasini tashqariga chiqishi.

Ushbu ko'z simptomlari tegishli ko'z muskullarga innervatsiya qiladigan simpatik nervlar funksiyasining kuchayib ketishi munosabati bilan kelib chiqadi. Ko'zning chaqchayib turishi simpatik nervdan to'la oladigan ko'z kosasi orbital muskulining zo'r berib qisqarishiga bog'liq, deb hisoblanadi, o'sha muskul bir uchi bilan ko'z kosasining chetiga biriksa, ikkinchi uchi bilan ko'z soqqasidagi orqa qutbga birikkan bo'ladi, bundan o'sha muskul zo'r berib qisqarganida, ko'z olmasining tashqariga chiqishi kuzatiladi; Grefe simptomi ustki qovoqni ko'taradigan muskul -zo'r berib qisqarishiga bog'liq.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Bunday tanqislikni kamaytirish uchun oksidlovchi fermentlar aktivligi oshishi hisobiga oksidlanish jarayonlari kuchayadi. Oksidlanish jarayonlarini kuchayishi yog'lar va glikogenni parchalanishi hisobiga bo'ladi. Bu kompensator mexanizmlar makroergik fosfatlar

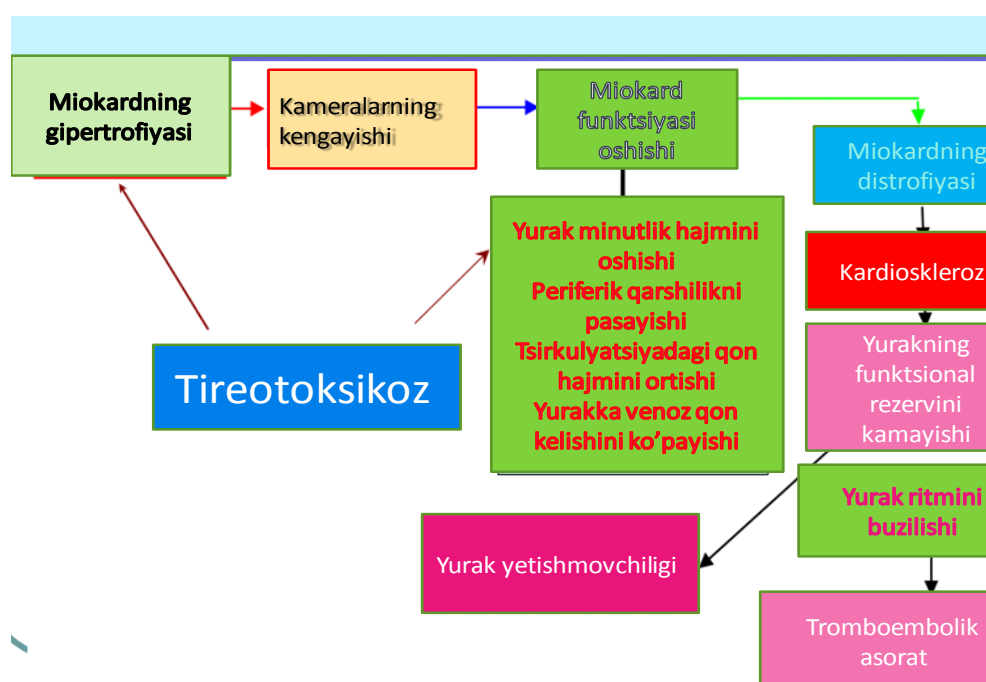
tanqisligini bartaraf qila olmaydi. Organ va azolarni ko'p ishlashini taminlash uchun oqsil kerak bo'ladi, oqsil sintezi buzilganligi munosabati bilan bu jarayon ham buziladi. Shu munosabat bilan organ va to'qimalarga distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu distrofik o'zgarishlar yurak, jigar, buyrak va boshqa azolar faoliyatini buzilishiga olib keladi.

Yurak-qon tomir tizimi (128 surat). Taxikardiya bo'ladi, simptom tariqasida ba'zan, kasallikning birdan-bir belgisi bo'ladi. Bemorlar yuragining o'ynab turishini sezadilar, puls to'la va tarang bo'ladi. Arterial bosimi biroz ko'tariladi, minimal arterial bosim pasayadi. Kapillyarlar pulsatsiyasi kuzatilishi mumkin. Qon aylanish tezligi tezlashgan, aylanib turadigan qon massasi bilan minutlik hajmi ko'payadi. Kasallikning dastlabki davrida yurak o'zgarmaydi, zarbi kuchaygan, tonlar juda kuchaygan bo'ladi. Keyinchalik yurak gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi belgilari yuzaga keladi, ritm buziladi, bo'lmalar titrashi va ekstrasistoliya ko'rinishida yuzaga chiqadi. Mitral klapan proektsiyasida funktsional shovqinlar, shu bilan birga, sistolik va ba'zan, diastolik shovqin ham eshitiladi. Tireotoksikozda yurak yetishmovchiligiga xos o'zgarishlar bo'lib, qon dimlanishi belgilari kelib chiqadi. Yurak qon tomir faoliyatini kuchli buzilishi hisobiga tireotoksik yurak vujudga keladi yani yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Bundy bemorlarda nafas olish yuzaki, tezlashgan, bu nafas olish aktida ishtirok etadigan mushaklar tonusi pasayishi hisobiga bo'ladi. Bemorlarda hansirash, quruq yo'tal paydo bo'ladi. Bu kichik qon aylanish doirasida dimlanish tufayli bo'lsa bir tomondan, ikkinchi tomondan kattalashgan qalqonsimon bez traxeya va bronxlarni qisishi hisobiga bo'ladi (retrosternal zobda). Bazedov kasalligida yurak simptomlarining kelib chiqishiga, bir tomondan, vegetativ nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va moddalar almashinuvining kuchayganligi sabab bo'lsa, ikkinchi tomondan miokarddagi distrofik o'zgarishlar sabab bo'ladi (sababi miokardning holdan toyishi va ortiqcha bez garmonining zaharli ta'sir ko'rsatishi).

Nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Ortiqcha qo'zg'alish, titrash, xususan oldinga uzatilgan qo'llarning titrashi, oyoqlar, bosh, ayrim muskul gruppalarining titrab turishi ko'riladi; bemorlar besabr, shoshqaloq bo'ladi, ba'zan psixozlar

kuzatiladi. Pay reflekslari kuchaygan bo'ladi, tireotoksik nevrалgiya, nevrillar rivojlanadi.

Qondagi o'zgarishlar. Oqsil bilan bog'langan yodning ko'pligi, qalqonsimon bezda **131I** yuqori darajada yutilish ko'rsatkichi, qonda bez garmonlari miqdori triyodtironin (T3) va tiroksin (T4) oshishi, asosiy almashinuv ko'rsatkichlarining kuchayishi namoyon bo'ladi. Qondagi nospetsifik o'zgarishlar gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EChT oshishi, siydik bilan mochevina, kreatinin ajralib chiqadi, kaltsiyni siydik va najas bilan ajralishi ko'payadi.



128 surat

Oqsillar zo'r berib parchalanadi, qand almashinuvi izdan chiqadi (qondagi qand miqdori ko'payadi, ovqat nagruzkasidan keyin esa, siydikda ham qand paydo bo'ladi), qonda xolesterin miqdori kamaygan bo'ladi, disimilyatsiya jarayonlari assimilyatsiya jarayonidan ustunroq turadi. Natijada odam basedov kasalligiga xos tarzda ozib ketadi. Odam haddan tashqari tez ozib ketishi mumkin, biroq ahvoli yaxshilanganda vazni yana tez ortib boradi.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, bu o'z navbatida tanada issiq hosil bo'lishiga va makroergik fosfatlarni

tanqisligiga olib keladi. Tana temperaturasi odatda 37,5 gacha, ahyon-ahyonda 38 gacha va bundan ortiqroq ko'tarilishga moyil bo'ladi. Kasallar badani qizib turishi va hadeb terlayverishidan qiynalib, yengil kiyinib yuradi, kechasi esa, yopinib yotadi. Zo'r berib issiq ajralib turadigan bo'lganligidan teri qizg'ish bo'lib turadi, odatda teri ham, yupqa va elastik bo'ladi keskin dermografizm kuzatiladi.

Qalqonsimon bez funksiyasi, shu bezning nishonlangan yodni tutib qolish xususiyatiga qarab tekshiriladigan bo'lsa, funktsiyasi odatda kuchaygan bo'ladi.

Hazm azolari tomonidan me'da sekretsiasining kuchayishi, ishtaha kuchayishi, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ich suyuq ketishi va qayt qilish xarakterli, bazan ichi kabziyat bilan o'tadi. Ichaklarda uglevodlar so'rilishi kuchayib qandli diabet kartinasini beradi. Jigarda yog'li infiltratsiya yuzaga kelishi munosabati bilan u kattalashadi, bilirubinni kon'yugatsiyalash funktsiyasi buzilishi tufayli toksik sariqlik yuzaga keladi. Bu kasallikning og'ir ko'rinishlari jumlasiga kiradi. Jinsiy funktsiya ko'pincha izdan chiqqan bo'ladi (hayz kamayib qoladi); ko'krak bezlarining yaxshi yetilib qolishi, jinsiy moyillik susayishi kuzatiladi, kasallikning o'tishi har xil bo'ladi va bilinmaydigan yengil formalaridan tortib (gipertireoz), o'tkir holda kechadigan og'ir jarayongacha boradi. Yurak bilan jigarda tobora zo'rayib boradigan o'zgarishlar yuzaga kelishi xavfli, bu o'zgarishlar o'limga olib borishi mumkin. Suyaklar va mushaklar tomonidan osteoporozlar kuzatiladi.

Kasallikning kechishi bo'yicha yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir shakllari tafovut qilinadi. Engil shaklida puls chastotasi 100 martagacha minutda bo'ladi, bemorlar 3-5 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30% gacha oshadi. Kasallikning o'rtacha og'irlikda kechish shaklida puls chastotasi 100-120 marta minutda, bemorlar 6-10 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30-60% gacha meyorga nisbatan oshadi. Og'ir daraja bilan kasallangan bemorlarda kaxeksiya kuzatilib, ko'p vazn yo'qotadilar, kuchli taxikardiya yurak urishi 120dan ko'payadi, asosiy almashinuv meyorga nisbatan 60% dan oshib ketadi. Bu holatda bemorlarda hilpillovchi aritmiya, yurak va buyrak usti bezi yetishmovchiligi, jigarni shikastlanish belgilari qo'shiladi.

Qandli diabet

Qandli diabet (diabetes mellitus) bu Me'da osti bezining β -hujayrasi yetishmovchiligi yoki kontrinsulyar garmonlar ko'payishi hisobiga insulin ishlab chiqarilishi kamayishi yoki uning inaktivatsiyasi tufayli moddalar almashinuvi buzilishi bilan kechadigan kasallikdir. Qandli diabet Me'da osti bezining langergans orolchalarida β -hujayralari birlamchi yoki ikkilamchi yetishmovchiligi natijasida insulin sintezi (absolyut va nisbiy) kamayishi va qonda va siydikda glyukoza miqdorini oshishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) da qayd etilishi bo'yicha, bu kasallikka asosan ovqat maxsulotlarini haddan ziyod istemol qilish, semizlik, stress va kamharakatchanlik ko'pincha sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda qandli diabet bilan kasallanish ko'payib bormoqda. Kasallanish semiz kishilarda va yoshi o'tgan odamlar orasida ko'proq uchraydi, yoshlar (bolalar) orasida uchrashi ham inkor qilinmaydi.

Uglevod almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligida glyukoneogenez va glikogenoliz jarayonlari kuchayadi va glikogen sintezi pasayadi. Uglevod almashinuvi buzilishi natijasida giperglikemiya va glyukozuriya yuzaga keladi. Bu bir tomondan glyukozaning mushaklarga sekin o'tishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ularni yog' to'qimalarga o'tishi sekinlashishi hisobiga bo'ladi. Ularning fosforlanish jarayoni sekinlashishi uning parchalanishini sekinlashtiradi, glikogen sintezi buziladi, uglevodlarni yog'larga aylanishi susayadi. Glikogen jigardan parchalanib glyukozaga aylanadi va qonga o'tadi. Glikogenli aminokislotalardan ham glyukoza hosil bo'ladi.

Oqsil almashinuvi buzilishida glikogenli aminokislotalardan glyukoza sintezi borishi, organizmdagi oqsillar parchalanishi kuchayadi, shu tufayli oqsil sintezi buzilishi kuzatiladi va trofik yaralar hosil bo'ladi, yaralarni bitishi qiyinlashadi.

Yog'lar almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligi natijasida organizmda lipoliz jarayonlari kuchayadi, qonda erkin yog' kislotalar to'planishiga olib keladi. Yog'lar oxirigacha parchalanmaydi (yonolmaydi), qonda yog'ning chala yongan maxsulotlari ko'payadi. Yog'lar almashinuvi buzilishi bu yuqori yog'

kislotalar va neytral yog'larning uglevodlardan hosil bo'lishi buziladi. Bu bemorlarni ozishiga va jigarni yog'li infiltratsiyasiga olib keladi. Bu ketozga olib kelib, qonda atseton, β -oksimoy, atsetouksus kislotalar to'planishiga olib keladi va siydik bilan ham ajraladi. Keton tanachalarni qonga to'planishi diabetik komaga olib keladi.

Suv va elektrolit almashinuvi buzilishi. Buyrak kanalchalarida osmotik bosimning ortishi suvning qayta so'rilish jarayonini sekinlashtiradi, poliuriyaga olib keladi va bu suv va elektrolit almashinuvi buzilishiga olib keladi. Siydik bilan birga ko'p miqdorda natriy, kaliy elementlari chiqib ketadi.

Insulin yetishmovchiligi vitamin B6 ning fosforillanish jarayonini buzilishiga olib keladi va bu nevrologik belgilarni polineyropatiyalar yuzaga chiqishiga olib keladi.

Patologo-anatomik o'zgarishlar. Me'da osti bezida β -hujayralarni kamayganligini, ularni degeneratsiyasini, gialinoz va fibrozli o'zgarishlarini ko'rishimiz mumkin. Tomirlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi, ko'z to'r pardasida tomirlar angiopatiyasi (retinopatiya), nerv hujayralarida (neyropatiya), buyrakda (tugunchali glomeruloskleroz, kanalchali nefroz) kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlari farq qilinadi.

4. Diabet oldi bosqichi
5. Yashirin (latent subklinik) diabet
6. Yaqqol (klinik) diabet

Uchlik simptomdan tashkil topgan bu: poliuriya-ko'p siyishdan, kechqurungi siydik miqdori va chastotasi oshishi yani nikturiya, polidipsiya-(tashnalik), polifagiya-ishtaha kuchayishidir. Giperlipidemiya (qonda to'yinmagan yog' kislotalar miqdori oshishi, lipid, xolesterin, fosfolipidlar, triglitseridlar) miqdorini oshishi. To'yinmagan yog' kislotalarni jigarga kelishi, bularni ko'p oksidlanishiga olib keladi va bu o'z navbatida atsetil-KoA hosil bo'lishiga olib keladi va bundan atsetouksus, β -oksimoy kislota, atseton hosil bo'ladi. Giperketonemiya lipid almashinuvining og'ir buzilish turi bo'lib, insulin yetishmovchiligi sharoitlarida 300-400 mg/l yetadi. Bemorlar teri qichishidan, ayollar ko'pincha tashqi jinsiy

azolari atrofi qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi. Tana massasi kamayadi, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar, yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi aterosklerotik belgilar og'irlashtirishi mumkin. Tana massasi kamayadi bu asosan suv yo'qotish, oqsil, uglevod, yog'lar katabolizmi hisobiga bo'ladi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tiralish sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin. Tomirlarni shikastlanishi juda xavfli bo'lib, o'limni va nogironlikni asosiy sababi hisoblanadi. Tomirlarni shikastlanishi, spetsifik mikroangiopatiyalar va nospetsifikda makroangiopatiyalar bo'lishi mumkin. Tomirlarni og'ir shikastlanishida ikala holat birgalikda kelishi ham mumkin. Tomirlar, kapilyarlar shikastlanishi natijasida barcha ichki azolarda o'zgarishlar bo'ladi.

Nafas olish tizimi. Nafas tizimi tomonidan organizmning immun sistemasi susayganligi tufayli tez-tez bronxit, pnevmoniya, tuberkulyoz kabi kasalliklar rivojlanadi.

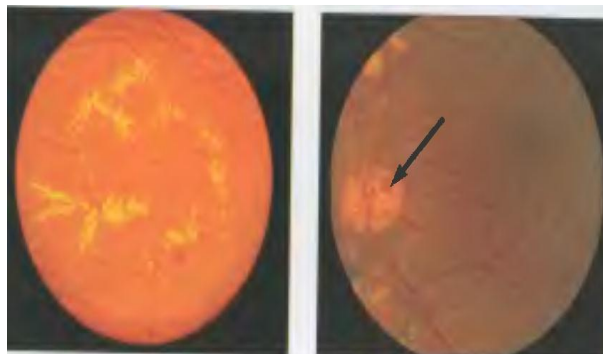
Qon-tomir tizimi: qon tomirlarda aterosklerotik jarayonlar rivojlanib kardioskleroz, stenokardiya, miokard infarkti, kapilyarlar angiopatiyasi, oyoq panjalari gangrenasi kabi kasalliklar rivojlanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan ishtaha kuchayadi (bulemiya), og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, Me'da sekretsiyasi susayib gipo va axlorgidriya kuzatiladi, jigarda yog'li distrofiya, yog'li infiltratsiyasi bo'ladi, steatogepatit kuzatiladi va tsirroz kelib chiqadi. O't qopida yallig'lanishlar, toshlarni paydo

bo'lishi, Me'da osti bezining sekretor, motor funksiyasini buzilishi kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Qizilo'ngach va ichaklar disfunktsiyasi kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimi. Deyarli 30-35% bemorlarda buyrak tomirlarida ateroskleroz va intrakapilyar glomeruloskleroz Kimmelstil-Uilson rivojlanadi. Buyrak kapilyarlarida almashinuv buziladi, buyrak ishemiyasi natijasida renin-angiotenzin faoliyati oshib qon bosimi oshadi, siydik tekshirilganda proteinuriya, tsilindruriya, mikrogematuriya, izostenuriya aniqlanadi. Bu toifa bemorlarni ko'zdan kechirilganda yuzlarida, qovoqda, oyoqda shishlar ko'rish mumkin, anemiya va EChT oshishini ko'rishimiz mumkin. Buyrak tomirlarida glomeruloskleroz kuchayadi, buyrak yetishmovchiligi boshlanib bemorlar vafot etadi. Bu vaqtda glyukozuriya ham kuzatiladi. Siydikga leykotsituriya, bakteriuriya bo'ladi. Kapilyarlardagi o'zgarishlar tufayli ushbu simptomlar: retinopatiya, gipertoniya, albuminuriya rivojlanadi. Glomerulonefrit, pielonefrit rivojlanadi.

Ko'rish azolari: Yashirin diabetda ko'pincha tomirlarni shikastlanishi diabetning klinikasidan oldin yuzaga chiqadi. Ko'z tubi kapilyarlari angiopatiyasi bo'lib, ko'rish qobilyatini pasayishini, ko'zi xiralashishini misol qilib olish mumkin. Ko'z tomonidan retinopatiya bo'lib, ko'zning to'r pardasida qon tomirlar mikroanevrizmi, venulalarni kengayishi, to'r pardada qon quyilishlar **129 suratga** qarang va eksudat yig'iladi, gemorragiya bo'lib, pigment anamaliyasi sariq dog' bo'ladi. Chandiqli o'zgarishlar, to'r parda ko'chishi, shishasimon tanada tomirlar proliferatsiyasi, gemoragik glaucoma kabi o'zgarishlar bo'ladi. Tez-tez katarakta rivojlanib turadi.



Asab sistemasi tomonidan polinevrit, polineyropatiya rivojlanadi. Yuza va chuqur sezuvchanlikni buzilishi, reflekslarni susayishi, harakatni buzilishi kuzatiladi va buning oqibatida og'riqlar paydo bo'ladi. Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi hisobiga insult rivojlanadi. Asab tizimi tomonidan markaziy nerv tizimi, nevrozga o'xshash holatlar, entsefalopatiyalar, mielopatiya shular bilan birga periferik asab

tizimi ham shikastlanadi, bosh miya, orqa miya, vegetativ neyropatiya, yurak-qon tomir, hazm tizimi, siydik ajratish tizimi innervatsiyasi buziladi. Oyoq nervlari polineyropatiyasi kuzatiladi. Klinik simptomlari nerv sistemasi shikastlanish xarakteriga bog'liq, parez, paresteziya,

sezuvchanlikni buzilishi, ataksik, vazomotor buzilishlar, mushaklarni bo'shalishi, og'riqli

129 surat

sindromlar, xotiraning susayishi va h. k. Vegetativ buzilishlar ter ajralishining buzilishi, ichak motorikasi buzilishi, erkaklar jinsiy faolligini susayishi kabi o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Tomirlarni shikaslanishi asosan kapilyarlarni ichki intima qavatida gialinlar cho'kib qolib, kapilyarlarni o'tkazuvchanligini buzadi va shu tufayli barcha a'zolarida tomirlarga bog'liq o'zgarishlar kelib chiqadi, bu tomirlarni spetsifik shikastlanishiga kiradi va tomirlar mikroangiopatiyasiga olib keladi. Misol uchun buyrak kapilyarlariga o'zgarish bo'lib, nefropatiya yoki ko'pgina a'zolarida, jumladan ko'z tubida angiopatiya ya'ni tekshirganda kapilyarlari kengayadi to'rt parda kapilyarlari angiopatiyasi va h.k. Nospetsifik o'zgarishlarga tomirlarda rivojlanadigan ateromatoz o'zgarishlar kiradi.

Kapilyarlar tomonidan kapilyarlar angiopatiyasi rivojlanadi. Bazan oyoq tomirlari shikaslanib, terisida atrofiya, arteriya dorzalis pedisda pulsatsiyaning susayishi, oyoqlarida og'riq, paresteziya bezovta qilib turadi, harakatda oqsoqlanish (oqsoqlab yurish), keyinchalik kapilyarlarda shunchalik o'zgarish bo'ladiki, almashinuv butunlay buzilib gangrena (diabetik tovon) ga olib keladi.

Suyak mushak tizimi: qandli diabetning dekompensatsiya davrida mushaklar atrofiyaga uchraydi va osteoparozlar kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qizargan, asosan yuz, yonoq sohalari va peshona sohasi. Periferik tomirlar to'rti kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, lunjlari qizarishi, peshonasi, iyak osti qizaradi (rumyanets), kapilyarlar kengayishi (rubeoz) hisobiga, vitamin A almashinuvi buzilishi hisobiga qo'l kaftlari va oyoq tovonlari sarg'ish tovlanadi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tinalish sababli), zamburug'li kasalliklar rivojlanadi, ayollarda tashqi jinsiy azolar sohasida

qichish paydo bo'ladi va teri tarangligi yo'qoladi hamda quruq, sovuq, yiringli toshmalar ko'rishimiz mumkin. Badanda va oyoqlarda qiyin bituvchi trofik yaralar hamda oyoqda gangrena ko'rish mumkin (130 a va b surat). **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar** bemorlar labi va tili quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, og'iz shilliq qavatlarida yallig'lanishlar, milklaridan yiring oqadi, gingivit va stomatit rivojlanadi, tishlari paradontozga uchrab tushib ketadi.



a) 130 surat b)



Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari: qonda glyukoza miqdorining 6 mmol/l dan ko'payishi, qonda qand miqdorining ko'payishi-giperglikemiya, siydikda qand paydo bo'lishi-glyukozuriya (normada bunday bo'lmaydi) bu qonda glyukoza miqdori 8,88 mmol/l (160mg%) bo'lganda yuzaga keladi. Siydik zichligining, miqdorining oshishi, unda keton tanachalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Diabet og'ir yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi: yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajadagi uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilgandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yo'qotadilar. Ularda diabetik koma ham rivojlanishi mumkin.

Qandli diabet tashxisi mezonlari. Tasodifan tekshirganda bemorlar qon plazmasida glyukoza miqdori 200 mg/% +diabetning klassik simptomari polidipsiya, poliuriya, polifagiya va oruqlash bo'lsa;

• Nahorda qon plazmasida glyukoza miqdari 140 mg/% ikki marta tekshirish natijasida bo'lsa;

• Nahorda qon plazmasida glyukoza 140 mg/%dan kam bo'lsa+2 marta og'iz orqali glyukozaga talerantlik proba o'tkazilganda qon plazmasida glyukoza miqdori balnd bo'lsa. Tahlil uchun olingan qon 2 soatdan so'ng va oraliq sinama 1 soatdan so'ng 75 mg glyukoza qabul qilingandan so'ng, qondagi glyukoza 200 mg/% yoki ko'proq bo'lishi kerak. Glyukozaga tolerantlikka tekshirishga zarurat yo'q, agarda bemor qon zardobida glyukoza miqdori 140 mg/% va undan ko'p bo'lsa.

Qonda glyukoza miqdori, insulin, S-peptid miqdori aniqlanadi. S-peptid Me'da osti funksional holatini aniqlaydi. Qonda glikolizlangan hemoglobin va fruktozamin (glikolizlangan albumin) miqdorini aniqlash mumkin. Bularning miqdori glyukoza miqdori bilan to'g'ri keladi. Diabetik mikroangiopatiyani aniqlash uchun teri, mushak, lunj, buyrak biopsiyasi usulidan foydalaniladi va bu bioptatlar tekshiriladi. Bundan tashqari oftalmologik hamda buyrakni funksional tekshiruvlaridan foydalaniladi. Bu usullardan tashqari glyukozaga talerantlik tekshiriladi, buning uchun nahorda 200 gr glyukoza ichishga beriladi va 2 soatdan so'ng, qonda glyukoza miqdori tekshiriladi (sog'lom kishilarda meyorga tushadi, kapillyar qonda 6,7 mmol/l (120 mg%), plazmada esa 7,8 mmol/l (140mg%)), agarda meyordan ortiq 10 mmol/l dan (180mg%) bo'lsa, proba musbat bo'lib, qandli diabet deb tashxis qo'yiladi. Bu proba 2 marta bajariladi.

Amaliy mashg'ulot №16

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni

	kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimedia, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Qonning umumiy tahlili nimani bildiradi
2. Qonning umumiy tahlili diagnostik ahamiyati
3. Qon olish texnikasi
4. Gemoglobinni aniqlash texnikasi
5. Qon shakliy elementlarini hisoblash
6. Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash
7. Leykotsitar formula nima
8. Qon umumiy tezligini normadagi ko'rsatkichlari
9. Qon yaratish organlarini punktsiya qilish
10. Gemolizni baholash
11. Kamqonlik to'g'risida tushuncha

12. Anemiyaning ko'rinishlari Anemiyalarda qonning laborator diagnostikasi

“Uch pog'onali intervyu” usuli

Har bir gruppada uchta talaba tanlab olinib, ular orasida “vrach”, “bemor” va “ekspert-UASh” rollari bo'linib beriladi. Bemor rolini tanlagan talabaga anonimno diagnozi aytiladi, va u shu diagnozga taaluqli shikoyatlar bildiradi, vrach diagnoz qo'yadi, ekspert UASh shikoyatlar va diagnoz mutanosubligini tekshiradi. Har bir guruh 10-15 daqiqa davomida konsultatsiya qilinadi, ekspert vrach faoliyatini 3 punk bo'yicha tekshiradi:

1. Nima to'g'ri qilindi
2. Nima noto'g'ri qilindi
3. Qanday qilish kerak

Guruh konsultatsiyasi xulosasini ekspert xulosasi bilan taqqoslaydilar.

Boshqa xil turi: talabalar ekspert rovida poliklinikada, haqiqiy konsultatsiyada ishtirok etib, butun guruh bilan analiz qilinadi.

QON TANACHALARINI SANASH

Qon tanachalari sanash kamerasida sanaladi. Qon tanachalarini sanash ketma-ket keladigan bir qancha manipulyatsiyalardan: 1) tekshiriladigan odam barmog'iga ukol qilish; 2) aralashtirgichga qon olish; 3) olingan qonni tegishli eritma bilan suyultirish; 4) suyultirilgan qon tomchisini hisob kamerasining to'riga tomizishdan iborat. Barmoq odatda alohida asbob — Frankignasi bilan ukol qilinadi, bu ignaning oddiy ignalardan afzalligi shuki, uning uchi barmoq to'qimasiga teri qalinligiga qarab, kerakli chuqurlikkacha kiradi; ukolni boshqa usullar bilan ham qilish mumkin. Oldin barmoq terisi bilan ignani spirt (dezinfektsiya qilish uchun) va efir bilan (quritish uchun) yaxshilab artish kerak. Ukol qilingan joydan chiqqan birinchi qon tomchisi artib tashlanadi va keyingi tomchi olinadi. Ukolni takrorlamaslik uchun ignani juda yuza sanchish yaramaydi (2-3 mm). Barmoq iliq bo'lishi lozim.

Aralashtirgichlar (melanjerlar) degan alohida pipetkalar yordami bilan qon olinadi. Aralashtirgich darajalarga bo'lingak kapillyar naydan iborat bo'lib, uchi kengayib keladi va ampula hosil qiladi; ampuladan kapillyar nay oldiniga aslidek, keyikchalik esa, birmuncha kengroq teshik bilan sal davom etadi. Qizil va oq qon tanachalariga sanash uchun har xil aralashtirgichlar ishlatiladi. Eritrotsitlarni sanash uchun mo'ljallangan aralashtirgichlarda birmuncha ingichka kalibrli kapillyar va ancha keng ampula bor; unga belgilar qo'yilgan: bitta belgi aralashtirgichning o'tkir uchi (og'zi)dan 5 daraja keyin — 0,5, ikkinchisi, ampulaga kirish oldida yana 5 darajadan keyin — 1,0, uchinchisi, ampuladan chikish joyida—101. 0,5 yoki 1,0 belgigacha qon olinadi, 101 belgigacha

suyultiruvchi eritma olinadi. Ara-lashtirgichning 101 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 100 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 200 baravar katta.

Leykotsitlar uchun mo'ljallangan aralashtirgich kapillyarining teshigi birmuncha keng bo'lib, ampulasi kichikroq; unga 0,5 yoki 1,0 degan belgilar qo'yilgan; suyultiradigan suyuqlik 11 belgiga qadar so'riladi. Demak aralashtirgichning 11 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 10 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 20 baravar katta. Qonning suyultiruvchi suyuqlik bilan aralashishi uchun ikkala aralashtirgichning ampulasida shisha sharcha bor. Aralashtirgichning to'mtoq (keng) uchiga kichkina shisha uchligi bo'lgan rezina naycha kiygiziladi, bu nay so'rish uchun xizmat qiladi. Olingan qon quyidagi eritmalar bilan suyultiriladi.

Qizil qon tanachalarini suyultirish uchun odatda oshtuzining 3% li eritmasi ishlatiladi, So'nggi vaqtda Gayem suyuqliklarni ishlatish maslahat ko'rilmoqda (5 g sulema, 10 g natriy xlorid, 37,5 g natriy sulfat suvda eritiladi ;va suyuqlik hajmi 1 l ga yetkaziladi). Gayem suyukligida eritrotsitlar uzoqroq saqlanadi. Suyultiradigan suyuqlikka bo'yoq qo'shish ham tavsiya etiladi (masalan, metilviolet yoki genitsianviolet): bo'yoq bir qancha leykotsitlarni bo'yaydi, bu hol leykotsitlarni eritrotsitlarga q o'shib sinamaslik uchun imkon beradi. Odatda, qizil qon tanachalarini sanash uchun aralashtirgichga kiyga-zilgan rezinka trubka orqali sal so'rib 0,5 belgisiga qadar qon olinadi. Shundan keyin aralashtirgichning uchi yuqorida ko'rsatilgan suyultiruvchi suyuqliklarning biri bilan to'ldirilgan kosachaga tushiriladi va suyuklik butun ampulaning 101 belgisigacha to'ldirib so'riladi (200 marta suyultirish); so'ngra aralashtirgich uch minut mobaynida har tomonga qarab kuch bilan tez chayqatiladi. Kam qonli bemorning qoni tekshirilayotgan bo'lsa, qonni 1,0 belgisigacha so'rib olgan ma'qul (100 marta suyuyatirish). Oq qon tanachalarini suyultirish uchun sirka kislotaning 5 %li eritmasi ishlatiladi. Sirka kislota qizil qon tanachalarini eritadi. Biroq bunday konsentratsiyada oq qon tanachalariga shikast yetkazmaydi, bu hol oq qon tanachalarining o'zini sanashga imkon beradi. Oq qon takachalarining birmuncha aniq ko'zga tashlanishi uchun suyultiruvchi suyuqlikka gentsianvioletning suvdagi 1 % li eritmasidan bir oz ko'shiladi, gentsianvioleg leykotsitlar yadrosini bo'yaydi. Oq qon tanachalarini sanash uchun 1,0 belgisigacha ukoldan qon olinadi, so'ngra 11 belgisigacha suyultiruvchi eritma so'rib olinadi; shunday qilib, qon 10 baravar suyultiriladi; leykotsitlar miqdori ko'p bo'lsa, qon 0,5 belgisigacha olinadi. (20 marta suyultirish). Aralashtirgich xuddi yuqorida aytilgandek qilib chayatiladi. Aralashtirgichga qon olish katta aniqlikni talab qiladi (havo pufakchalarisiz tegishli belgiga raso qilib va hokazo), aralashtirgich suyuqligi saqlanib qoladigan holatda bo'lishi kerak (uchi gazlama yoki qog'ozga tegmagan holda gorizontol holatda,

gazlama yoki qog'oz aralashtirgichdan suyuqlikning bir qismini o'ziga tortib olishi mumkin). Aralashtirgichlar nihoyatda toza va quruq bo'lishi kerak. Suyultirilgan qon tomchisi aralashtirgich suyuqligini obdon aralashtirilganidan keyingina hisob kamerasining turiga tomiziladi. Dastlabki bir nechta tomchini (kapillyar qismidagi suyuqlikni) aralashtirgichdan to'kib tashlash va ampuladagi suyuqlikdangina (va, demak, yaxshi aralashgan suyuklikdangina) foydalanish kerak. Tomchi turga yo turridan-to'g'ri (Tom-Tseyss tipidagi kamerada) tushiriladi, (tomchi bu holda tegishli kattalikda bo'lishi kerak, tomchining katta-kichikligini belgilashga faqat tajriba yordam beradi) yo bo'lmasa tsshchi to'r yonidagi maxsus chuqurchaga (ariqchaga) tushiriladi, to'r esa bunda o'z-o'zidan to'ladi (Byurker tipidagi kamera). Birinchi xil turlarga tomchi tushirilganidan keyin unga qoplag'ich shisha yopiladi. Ikkinchi xil turlarda qoplag'ich shisha oldin qo'yiladi, bunda aralashtirgichdan olingan tomchi uning chetiga keltiriladi va tomchi kapillyarlik xususiyati bilan to'rni to'ldiradi. Hisob kamerasi qalin bugom oynasidan iborat bo'lib, unga to'r yoyiltan alohida shisha plastinka o'rnatilgan yoki qisib qo'yilgan bo'ladi, To'r atrofiga (yoki ikkala yoniga) 0,1mm qalinlikdagi shisha plastinka ham qo'yilgan. To'r ustiga qo'yiladigan qoplag'ich oyna xuddi shu plastinkaga mustahkamlanadi. To'r bilan qoplag'ich oyna orasidagn bo'sh joyning balandligi, ya'ni to'rning chuqurligi shunday qilib, 0,1 mm ga baravar bo'ladi. Shlifovka qilingan, yuzasi nihoyat darajada tekis bo'lgan qoplag'ich oynalardan foydalanish kerak (odatdagi qoplag'ich oynalar ko'pincha notekis bo'ladi, bu — kameraning kerak bo'lgan balandligini buzib qo'yadi). Qoplag'ich oynalarni kameraga Nyuton halqalari (to'r atrofida yoysimon aylanadi) ko'rilgukcha zich qilib takab yopishtirish kerak. Tom-Tseyss va Byurker xilidagi hisob kameralari tafozut kilinadi.

Tom-Tseyss kamerasi ko'rsatilgan. To'r yopishtirilgan plastinka duma-loq bo'ladi; uning atrofiga torgina aylanma ioncha qoldirib, ikkinchi, birmuncha qalinroq plastinka joylashtirilgan, bu plastinkaning ustki yuzasi ichki dumaloq plastinka yuzasidan ko'tarilib turadi, shunga ko'ra. To'rli plastinka bilan shu plastnknani o'rab turadigan birmuncha qalin plastinkaning chetlari orasidagi balandlix 0,1mm ga baravar bo'ladi. Tomchi markazdagi to'rli plastavkaga tushiriladi. Ustiga oyna nyuton xapkalapi paydo bo'lguncha ishlab yopishtiriladi. Tomchining hajmi turni boshdan-oyoq bir tekis qoplay oladigai darajada bo'lishi kerak; sal ortiqcha suyuqlik qisman novchaga tushadi.

Byurker kamerasining so'nggi, birmuncha mukammal xili qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, uning markaziga shu oynaga ko'ndalang bo'lib turadigan ikkita to'r qo'yilgan, bu turlar yon tomondan va bir-birining o'rtasidan novlar bilan o'ralgan; yon novlarning tashqi chetlari ko'tarilib turadi, shunga ko'ra, to'r yuzasi bilan novcha Goryaevlar ustida ko'tarilib turadigan ustki chekkalar orasidagi balandlik

0,1 mm ga teng bo'ladi, (kameraning chuqurligi). Qoplag'ich oyna tomchi tushirilishidan oldin qo'yiladi; qoplag'ich oyna ostidan chiqib turadigan tashqi novlarning byariga aralastirgichdan tomchi tushiriladi. Kapillyarlik tufayli bu tomchi to'rni to'ldiradi. To'rlarning ikkalasidan bir xil foydalanish mumkin, unda yo bir xil kim bilan yoki ikkita har xil qon bilan to'rlar to'ldiriladi (tomchilarning har biri birinchi va ikkinchi to'rning yonidan tushiriladi). To'rlar har xil ko'rinishda bo'ladi. Lekin ularning tuzilish printsipli bir xil. Hamma to'rlar har xil qilib gruppalashtirilgan «kichik» va «katta» kvadratlardan iborat. Kichik kvadrat tomonlari 10 mm, ya'ni uning yuzi 400 mm². Kameraning balandligi -5 mm bo'lganligidan kichik kvadrat hajmi, shunday. Katta kvadrat yo 16 ta kichik kvadratdan tashkil topgan bo'ladi, yoki yuzasi hajmi jihatidak 16 ta kichik kvadratga mos keladi. Tom to'ri har biri 16 tadan kichik kvadratdan tashkil topgan 16 ta katta kvadratdan iborat; katta kvadratlar «uch qavat chiziqlar», ya'ni yana bitta chiziq bilan bo'lingan mayda kvadratlar bilan bir-biridan ajralib turadi. Shunday qilib, butun to'r har qatorda 16 va yana 4 ta bo'lingan mayda kvadratdan, ya'ni 20 qator bo'lib joylashgan (har qatorda 20 tadan kichik kvadratdan), jami 400 ta kichik kvadratdan tashkil topgan. Tom to'ri eritrotsitlarni sanash uchun kifoya qiladi-yu biroq leykotsitlarni sanash uchun kichikroq shunga ko'ra leykotsitlarni sanash uchun to'rni bir necha marta to'ldirish va sanash hamda o'rtacha raqamlarni olishga to'g'ri keladi. Tyurk to'ri markazi Tom to'ridan iborat, lekin yuzasi ancha katta bo'ladi. Chunonchi, unda shunday yuzalardan yana 8 tasi bor. Ana shu kushimcha yuzalar faqat katta kvadratlarga ajralgan. To'rda hammasi bo'lib, 9x16, har qatorda 12 tadan, jami 144 ta katta kvadrat bor. Predtechenskiy to'ri juda qulay bu to'rda 100 ta katta kvadrat bor, ularning bir qismi mayda kvadratlarga bo'lingan, bo'linganda ham to'rning har xil bo'limlarida bir tekis bo'lingan. Goryaev to'ri Predtechenskiy to'rining yanada mukammallashgan xili bo'lib, undan katta (15 ta qatorning har birida 15 tadan, jami 225 ta katta kvadratdan iborat) hozirgi vaqtda, bizda Byurker tipidagi kameralarda ishlatiladi. Byurker to'ri Tyurk to'riga o'xshaydi, u ham 144 ta katta kvadratdan iborat qon tanachalarini sanash vaqtida to'r bo'shlig'ida bir tekis tarqalgan mayda kvadratlardan foydalaniladi, bu kvadratlar katta kvadratlarni ajratib turadigan chizig'larning kesilishidan hosil bo'ladi. Goryaev to'ri hammasidan ham yaxshi. To'rda shaklli elementlar kamera tomchi bilan to'ldirilganidan keyin, 2—3 minut o'tgach, sanaladi (qon elementlarining tinishiga imkon berish uchun). Kvadrat ichida yotgan hamma hujayralar, yarmidan ko'pi mazkur kvadrat ichiga kirib turgan bo'lsa, chegara chiziqlarida turgan hujayralar ham sanaladi. Bundan tashqari chegara chiziqlari yarmidan kesib o'tgan hujayralar xazm hisobga qo'shiladi. Biroq ularning yo ustki va chapki yoki pastki va o'ng tomonidagi chiziqlarda yotganlarigina sanaladi (ya'ni kvadratni cheklab turgan 4 ta chiziqdan

ikkitasidagi hujayralar). Bitta hujayralarning o'zini ikki martadan sanab qo'ymaslik uchun shunday qilinadi. Yarmidan ko'pi mazkur kvadratdan tashqarida yotgan hujayralar shu kvadratda mutlaqo hisobga qo'shilmaydi. Qizil qon tanachalari kichik kvadratlardan sanaladi. Goryaev to'rlarida 16 ta kichik kvadratdan iborat katta kvadratlar tanlab olinadi va odatda, 5 ta katta kvadrat (ya'ni, 80 ta kichik kvadrat) sanaladi. Yaxshisi, to'rning har xil joylarida yotgan kvadratlarni tanlab olish kerak (eritrotsitlarning to'rda notekis tarqalishidan kelib chiqadigan noaniqlikni kamaytirish uchun. Byurker to'rida katta kvadratlar o'rtasida (katta kvadratlarni bo'lib turadigan bo'shliqning kesishgan joylarida) joylashgan kichik kvadratlardan foydalaniladi. Butun to'r bo'ylab bir qatorda 10 ta kichik kvadrat bo'ladi. Odatda 6 qatordagi kichik kvadratlar va yana yettinchi qatordagi qanday bo'lmasin ikkita kichik kvadrat sanaladi. Bunga ham jami 80 ta kvadrat bo'lib chiqadi.

quyidagicha bitib qilinadi: 16 ta katta kvadratga barobar bo'lgan 80 ta kichik kvadratdagya eritrotsitlar sanalganidan keyin, avvalo kichik kvadratdagi eritrotsitlarning o'rtacha soni hisoblab chiqiladi. Kichik kvadrat hajmi yuqorida aytilganidek-1-mm³ ga teng bo'lganidan eritrotsitlar sanaladigan 1 mm³ aralashmada eritrotsitlar bitta kichik-kina kvadratdagidats 4000 baravar ko'p bo'ladi. Olingan qon aralashtirgichda suyultirilgani (odatda 200 marta) sababli, kelib chiqqan sonni yana 200 ga ko'paytirish kerak. Misol. 80 ta kichik kvadratning hammasida 400 ta qizil qon tanachalarini sanadik, deb faraz qilaylik; demak bitta kichik kvadratda ular 400:80 q 5 dir; melanjerdan olingan 1 mm³ aralashmada 5X X 4000 q 20 000, 1 mm³ qonda. esa 20 000 X 200 q 4 000 000 qizil qon tanachasi bor. Am.alda 80 ta mayda kvadratda (yoki 5 ta katta kvadratda) sanab chizilgan eritrotsitlar soniga 4 ta nul qo'yiladi (ya'ni o'sha son 10 000 ga qulaytiriladi). Lenkotsitlar katta kvadratlarda sanaladi. Tom kamerasida butun to'r yuzasida (ya'ni 400 ta kichik kvadratda) yotgan leykotsitlar sanaladi; kamida 3-4 ta tomchi sanab chiqiladi. Byurker to'rida 100 ta katta kvadrat sanaladi (96 tasi 8 qatordan va 4 tasi qanday bo'lmasin katordan olinib), qatorlar birin-ketin olinmaydi. Yaxshisi Byurker to'rida to'r doirasida yotgan leykotsitlarni sanab taqish kerak. To'r hajmi 0,9 mm³ ga baravar. Modomiki shunday ekan, 1 mm³ qondagi leykotsitlar sonini olish uchun butun to'rdan sanab chizilgan leykotsitlar miqdorini 10G`9 ga va suyultirish raqamiga (10 yoki 20 ga) ko'paytirish kifoya. Goryaev to'rida ham 100 tadan katta kvadrat sanab chikiladi, odatda «bo'sh» (kichik kvadratlarga bo'linmagan) kvadratlar tanlab olinadi — ular 4 tadan qator turadi. To'rda bunday kvadratlar hammasi bo'lib 25 ta. 100 ta katta kvadratdan sanalgan leykotsitlar soni 100 ga, keyin 16 ga bo'linadi (bitta kichik kvadratga keltiriladi). Bitta kichik kvadratga to'rni keladigan leykotsitlarning o'rtacha soni 10 yoki 20 ga (1 : 10 yoki 1 : 20 suyultirilganiga qarab) va 4000 ga ko'paytiriladi.

QONDAGI GEMOGLOBIN MIQDORINI ANIQLASH

Gemoglobinni aniq uchun belgish maxsus pipetkaga barmoqan qn olinadi, pipetkaning belgisigacha bo'lgan sig'imi 20 mm³. qon Sali gemometrining alohida probirkasiga puflab tushiriladi. Gemometr (256-rasm) kolorimetrning eng oddiy xilidir. U shtativga o'rnatilgan ikkita kichkina probirkalardan iborat bo'lib, shtativning orqa tomoniga xira oyna qo'yilgan. Apparatning bitta probirkasida standart sukjli? chunonchi gematin xloridning glitserindagi bir protsentli eritmasi bor; bu probirka ikkala tomonidan kavsharlangan. So'nggi vaqtda asboblardagi shu probirka o'rniga vaqt o'tishi bilan ranggi aynib ketmaydigan qo'ng'ir tusdagi shisha tayoqchalar qo'yilmoqda. Birinchi probirka bilan bir xil kalybrda bo'ladigan ikkinchi probirka bo'sh; uning devori 140 ga bo'lingan. Tekshiriladigan qon xuddi ana shu probirkaga solinadi. Pipetkadan qonni shu probirkaga tuflab tushirishdan oldin probirkaga 10 darajasigacha xlorid kislotaning detsinormal eritmasi qo'yiladi. Pipetka bilan aniq qilib o'lchangan qon pipetka uchini suyuqlik yuzasiga tekkizib turib va suyuqlikka havo kiritmaslikka xarakat qilib, kislotaga tushiriladi (havo kirmasligi uchun so'nggi tomchini xlorid kislotada damidan sal yuqoriroqda probirka devoriga puflab tushirish, so'ngra probirkani sal engashtirib, uni yuvib olish kerak. Probirkadagi qonni xlorid, kislotada bilan obdan aralashtirib 10 mint turg'izib qo'yiladi. Shu vaqt ichida gemoglobin xlorid kislotada bilan birikib, gematin xloridga aylanadi va suyuqlik tusi jihatidan probirka yoki tayoqchanning rangiga o'xshandigan, ammo ancha to'g'riligi bilan undan ajralib turadigan rangga kiradi. Shu muddat o'tganidan keyin probirkaga undagi suyuqlik rangi standart rangn bilan baravarlashguncha suv quyila boshlaydi. Ayni vaqtda yo maxsus shisha tayoqcha bilan yoki probirkani chayqatish yo'li bilak suyuqlik aralashtirib turiladi. Tusining to'g'riligi standart bilan bir xil bo'lib kolgan suyuqlikning suyultirishdan keyiigi satxi shikastladan qarab belgilanadi; tegishli daraja gemoglobinning normada 100 deb qabul qilinadigan miqdoriga nisbatan protsent mikdorini ko'rsatib beradi.

Gemoglobinni qonning kislorod sig'imiga qarab aniqlash eng to'g'ri yo'ldir, 1,33 sm kislorod 1 g gemoglobnnga to'g'ri keladi. Normada erkaklarda 100 ml qonda 13-16, xotinlarda esa 12-15 g gomoglobin bo'ladi. Gemometrda standart, 100 raqami qo'yilgan darajasi 100 ml qondagi 16 g gemoglobinga to'g'ri keladigan qilib tayyorlangan bo'lishi kerak. Afsuski ishlab chiqarilayotgan gemometrlar juda xilma-xil, ko'pincha haddan tashqari to'q tusda bo'ladi. Shu munosabat bilan gemoglobin miqdori noaniq (ko'pincha juda past) chiqadi. Gemometrning ko'rsatishlarga «tuzatish» kiritish, qondagi gemoglobin miqdorining son qiymatlarini esa, grammlar bilan ifodalash kerak,

RANG KO'RSATKICH

Rang Ko'rsatkichi qondagi qizil qon tanachalarining soni bilan ulardagi gemoglobin miqdori o'rtasidagi nisbatdan iborat. Gemoglobin 100% va eritrotsitlar 5000000 bo'lganda, bitta eritrotsitga to'g'ri keladigan gemoglobin miqdori birlik, deb qabul qilinadi. Formula bo'yicha hisoblab chiqiladi: topilgan gemoglobinning grammlar bilan ifodalangan miqdori 16 ga bo'linib (yoki topilgan gemoglobinning protsentlar bilan ifodalangan miqdori 100 ga bo'linib), topilgan eritrotsitlarning 5 000 000 ga bo'lingan miqdoriga ko'paytiriladi. Rang ko'rsatkichi normada taxminan 1 ga teng.

Rang ko'rsatkichi avvalo muayyan holda kamqonlikning nima hisobiga ko'proq gemoglobin yetishmasligi hisobigami (rang ko'rsatkichining pastligi) yoki ko'proq qizil qon tanachalarining kam ishlanib chiqishi hisobigami (rang ko'rsatkichining balandligi) yuzaga kelganligini ko'rsatib beradi. Shu bilan birga, bu ko'rsatkich, har bir eritrotsitning gemoglobinga naqadar to'yinganligini belgilab beradi (o'rta hisobda). Normal sharoitlarda gemoglobin eritrotsitni tamom siqqunicha to'ldiradi. Bir eritrotsitdagi gemoglobin miqdori normadagidan ko'ra ko'proq bo'lib qolishi va shu yo'l bilan birga teng bo'lgan rang ko'rsatkichini ko'tarishi uchun eritrotsit uzining maydoni yoki xajmini kattalashtirishi kerak. Mana shuning uchun ham shunday qondagi qizil qon tanachalari o'rtacha normadan katta bo'lsa, rang ko'rsatkichi katta bo'lib chiqadi.

ANEMIYA

«Anemiya» yoki «kamqonlik» degan termin bilan aslida organizmda qizil qon tanachalarining miqdori kamayib ketadigan kasallik holatlarini belgilaymiz. Bundan tashqari, qizil qon tanachalarining umumiy soni kamaymasdan, balki ulardagi gemoglobin miqdori kamayishi mumkin bo'lgan holatlarni ham anemiyalar qatoriga kiritamiz. Odam qonining tarkibi fiziologik, shu bilan birga patologik sharoitlarda qarama-qarshi ta'sir etadigan faktorlar munosabatiga, bir tomondan, qon elementlarining sarflanishiga, ikkinchi tomondan, o'rnining to'lib turishiga bog'liq bo'ladi. Anemiya normal organizmga xos bo'lgan qon almashinuvi munosabatining buzilishi natijasidir. Uning buzilishiga: 1) qonning ko'p yo'qolishi: ko'mikning yomon yoki normal ishlashi hatto, zo'r berib ishlashidan qat'iy nazar; 2) ko'mak funksiyasi susaygan paytda juda oz darajada qon yo'qolishi; 3) periferik qon, garchi fiziologik doiralardan chetga chiqmaydigan miqdorda yo'qolganda, birlamchi bo'lib ko'mikning shikastlanishiga sababchi bo'lishi mumkin. Anemiyalarni klassifikatda qilishga mo'ljallangan turli xildagi boshqa printsiplar maydonga surilgan edi. Masalan, anemiyalarni shu paytgacha birlamchi va ikkilamchi anemiyalarga bo'linar edi. qanday bo'lmish biror kasallik holati boshlanmasidzn oldin yuzaga keladigan anemiyalar birlamchi anemiyalar deb atalar edi, qon oqishidan keyin yoki o'tkir yuqumli kasallik vaqtida paydo bo'ladigan anemiyalar ikkilamchi anemiyalar deb atalar edi. Bizning fikrimizcha

anemiyalarni bu xilda bo'lish o'rinli bo'lmasa kerak. Birlamchi anemiyalarning ham o'z sabablari bor. Ana shu sabablar ko'pincha qon yaratuvchi organlar qatoriga kirmaydigan organlarga (masalan, me'daga) bog'liq bo'ladi. Anemiyalarni gipoxrom va giperxrom anemiyalarga bo'lish bir muncha muhim. Gipoxrom anemiyalar deganda, rang ko'rsatgichining pasayishi bilan o'tadigan anemiyalar tushuniladi, ya'ni bu holatda eritrotsitlardan ko'ra gemoglobin ko'proq kamaygan bo'ladi. Giperxrom anemiyalar deyilganda rang ko'rsatgichi yuqori bo'ladigan anemiyalar tushuniladi, ya'ni bu holatda gemoglobin protsentiga qaraganda qizil qon tanachalarining soni ko'proq kamaygan bo'ladi. Giperxromiya eng muhim kam qonlik formalaridan birining—pernitsioz anemiyaning diagnostikasida hal qiluvchi rol o'ynaydigan belgidir (quyiga qaralsin). Patogenezigiga qarab: 1) qon oqishi, 2) qizil (qon tanachalarining zo'r berib parchalanishi (gemolitik), 3) ko'mik eritropoetik to'qimasi funksiyasining sustligi yoki shikastlanishi tufayli kelib chiqadigan giporegenerator va gipo — yoki aplastik) anemiyalar tafovut qilinadi. Garchi bunday klassifikatsiyaning e'tirozlarga duch kelishi ehtimoldan yiroq bo'lsada, ammo amaliyot nuqtai nazaridan anemiyalarni etiologik belgilariga qarab ajratadigan klassifikatsiyadan foydalanish hammadan qulaydir.

QON OQISHI TUFAYLI YUZAGA KELADIGAN KAM QONLIK

Kam qonlikning bu xilini g'oyatda ko'p uchraydi.. Juda xilma-xil ixtisosdagi vrachlar: xirurglar, terapevtlar, akusherlar, ginekologlar va boshqalar shu xildagi kam qonlikni kuzatishadi. Kam qonlikka olib keladigan qon okishning eng ko'p uchraydigan sabablariga jarohatlanish, abort yoki tug'ish, bachadon raki yoki fibromiomasi, me'da, ichaklar raki, me'da yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi, bavosil, to'qimaning zo'r berib parchalanishi binan o'tadigan boshqa o'lka kasalliklari, gemorragik diatezning turli formalari (quyiga qaralsin) kiradi. Ko'p qon yo'qotilgandan so'ng patologoanatomik jixatdan dastlabki kunlarda ko'mik ishi susayishni sababli odatda uning aktivligi kuchayib kegadi. Surunkali anemiyalarda faol ko'mik oldniga kattalashib ketadi; uning sariq joylarida qizil ochaglar gozaga keladi. Anemnyaning bir muncha og'irroq hollarida jigar, taloq va limfa tugunlarida qo'shimcha qon yaratish o'choq'lari paydo bo'ladi, keyinchalik atrofiyaga uchrab, yog' bosadi, boshqa organlardagi ikeloid ochaglar yo'qolib ketadi.

qon oqqandan keyin ko'riladigan kam qonlikning klinik manzarasi va o'tishiga qarab, uni ikki turga ajratish kerak: 1) birdan qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kam qonlik va 2) takrorly, surunkali qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kam qonlik. 1. o'tkir qon ketishi qon ko'p yo'qotilgan takdirdagina kam qonlikka olib keladi. Biroq, faloncha qon yo'qotilganida anemiya paydo bo'ladi, deb aniq aytish qiyin bo'lur edi. Ko'p narsa ko'mikning qon yaratish reaksiyasi tezligi bilan kuchiga bog'lik, bu sifatlar esa, turli odamlarda, albatta bir xil

bo'lmaydi. qon yo'qotilganidan keyin kam qonlik darajasi avval haqiqatdagidan kamroq bo'lib ko'rinadi. Gap shundaki, qon oqkanida keyin arterial bosim pasayadi va shunga javaban, tomir teshigida tezgina regulyator o'zgarishlar yuzaga keladi — tomirlar torayib, talaygina kapillyarlar qon aylanishda tamomila ishtirok qilmay qo'yadi. Shunday qilib, qolgan qon torgina tomirlar o'zagida tarqaladi va qon tarkibi yo'qotilgan qon hajmiga mos keladigan darajada anemik bo'lib ko'rinmaydi. Bir yo'la ko'p qon oqishi takroriy, ammo kam-kam qon oqishiga qaraganda og'irroq o'tadi (takroriy qon ketganida organizm hissa muddat ichida umuman ancha ko'p qon yo'qotishi mumkin). Bu tushunarli: takroriy qon ketganida ko'mik endi ta'sirlangan holatda bo'ladi va har safar yangi qon yo'qotilganida, majoz qilib aytadigan bo'lsak, unga osonroq tushadi (darrov to'xtamaydigan surunkali qon oqishi nazarda tutilmaydigan bo'lsa). Buning ustiga birdaniga talaygina qon yo'qotilganida markaziy, nerv sistemasi, yurak singari eng muhim organ va to'qimalar ko'proq dard tortadi, vaxolanki, takroran, ammo oz-ozdan qon ketganida bu organlar, kam qonlik bo'lishiga qaramasdan, o'z ishini yangi sharoitlarga moslashtirish uchun vaqtga ega bo'ladi. Birdan ko'p qon oqishi, aysari shok yoki kollapsga olib keladi, bu — qon tarkibining o'z holicha kamayishidan ko'ra patologik vazokotor reaksiyalarga ko'proq bog'liqdir. O'tkir qon yo'qotishdan keyingi kam qonlikning umumiy simptomlariga quvvatsizlik, quloq shangillashi, bosh aylanishi, xushdan ketish kiradi. Odam hansirab, yuragi o'ynaydi, kuzi xiralashadi. Bemorlar oqarib ketadi, lekin sariqlikdan asar ham bo'lmaydi; ko'z skleralari bunda och xavorang tusga kiradi. Lablari va boshqa shilliq pardalari qonsiz bo'lib ko'rinadi. Qon oqqanidan keyin puls dastlab bo'sh, kuchsiz bo'ladi tez tezlashib ketadi. Yurak uchida va chap tamondan ikkinchi qobirg'alar orasida odatda sistolik shovqin eshitiladi. Bu shovqin, ba'zan tembri jihatdan ancha qattiq bo'ladi va qon oqimining tezlashuvi, bir muncha og'ir hollarda esa, yurak muskullarida o'zgarishlar paydo bo'lishi munosabati bilan kelib chiqadi. Birinchi ton yo taqillaganga o'xshab eshitiladi (mitral stenoz sharoitlarda ko'rilganidek, qorinchalarning yaxshi to'lishmasligi) yoki bo'g'iq bo'lib qoladi (miokard shikastlanganda). Arterial bosim pasayib ketadi. Ba'zan tomirlarda tonlar eshitiladi. Kapillyarlar to'ri juda rangsiz va siyrak bo'ladi. Bu xildagi kam qonlikda aylanib turgan qon massasi umuman kamayadi. Ba'zan aylanib turgan qon hajmi birsiz ko'payib qoladi ham, chunki qon yo'qotish, odatda, suyuqlikning to'qimalardan qonga tez o'tishi bilan birga davom etadi. Bunda qon albatta juda suyulgan — gidremik bo'lib qolgan bo'ladi. Qon unchalik ko'p yo'qotilmagan bo'lsa, eritrotsitlar shakli bilan rang ko'rsatkichi odatdagicha qoladi; polixromatofillar va retikulotsitlar protsemti ko'payadi, xolos. Ko'pisi yo'qotilganidan keyin anizotsitoz va mikrotsitoz paydo bo'ladi, rang ko'rsatkichi pasayib, 0,6—0,5 gacha tushib ketadi. Qizil qon tanachalarining ranggi oqish

bo'lib qoladi. Ko'p qon yo'qotilgandan keyingi birinchi kunlarda qizil qon tarkibi kamayishda davom etishi ham mumkin. Bunday bo'lib tuyulishiga qisman sabab shuki, tomirlar olazmi asta-sekin barham topa boradi va tomirlar o'zagi kengroq bo'lib qoladi, yana bir sababi shuki, holgan qon to'qima shiralari bilan suyuqlana boshlaydi. Biroq (qon yaratuvchi apparatning o'zi ham qon ketgandan keyin bir qancha vaqtgacha muayyan holatda o'ziga kelolmay turadi: bu dastlabki kunlarda qonda retikulotsitlarning kam bo'lishi va ularning faqat keyinchalik ko'p miqdorda paydo bo'lishidan bilinib turadi. Ana shu daqiqadan boshlab, eritrotsitlar bilan gemoglobinning o'rni to'la boshlaydi va kamqonlik yo'qola boradi. Bu davrda retikuloditlar bilan bir qatorda periferik qonda bitta yarimta normoblastlar (XIII va XIV jadval) paydo bo'lishi, shuningdek leykovdtoz kuzatilishi mumkin. Og'ir hodisalarda qomatsiz holat boshlanish, odam qattiq xansiraydi, tana temperaturasi 34—33° gacha pasayib ketadi, torak tonlari arang bilinadigan bo'lib qoladi, muskullar tortishib, sianoz paydo bo'ladi. Qon yo'qotilganda paydo bo'ladigan bu og'ir o'zgarishlarning kelib chiqishi, markaziy nerv sistemasi va yurak singari organlarga kislarod yetishmay qolishi bilan bog'liqdir, albatta. Qon yo'qotishdan keyin paydo bo'ladigan kamqonlikning gipoxrom xarakteri shu bilan izohlanadiki, bunda organiemi temirni yo'qotadi va ko'mik zo'r berib yangi qizil qon tanachalarini ishlab chiqara borib qaytadan gemoglobin paydo qilish uchun yetarli materialga ega bo'lmay qoladi. Shu nuqtai nazardan qaraganda, qon ketgandan keyingi birinchi kunlarda rang ko'rsatkichining odatda normal bo'lishi va keyingi regenerator fazadagina pasayishi xarakterlidir. Qonning o'zida kislorod miqdorining kamayishi (uning partial bosimining pasayishi), aftidan, qon yo'qotishdan keyin qon elementlarining zo'r berib hosil bo'lishiga turtki bo'ladi. Ko'p qon yo'qotilgandan keyin plazmada paydo bo'ladigan va qon yaratilishini stimullashtiradigan alohida «gemopoetin»lar rolini yana tekshirish kerak.

2. Tez-tez takror-takror qon oqishi hatto bir marta juda oz qismi yo'qotilganda ham, ba'zan kamqonlikning avj olishiga olib keladi. Biroq ko'p yillargacha shu tariqa oz-ozdan qon oqib turishi, kasalda emas, kamqonlik bo'lmay, balki qizil qon tanachalari miqdorining ko'payib ketishi mumkinligini lazarda tutish kerak. Bu xilda har yili necha martalab qon oqib turishiga to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishidagi gemorroidal qon oqishi misol bo'laoladi. Bunday bemorlar dastlabki yillarda qon ketgandan keyin o'zlarini juda yaxshi sezadilar, ular qonining tarkibi esa uzoq vaqtgacha normal bo'ladi. Aftidan, ko'mik bunday sharoitlarda qon o'rmini ayniqsa tez to'ldira olish va juda jonli reaktiv holatda bo'lish qobiliyatiga ega bo'ladi. Biroq asta-sekin yangidan-yangi qon yo'qola borgan sayin ko'mikning ana shu giperfunktsiyasi susayaboshlaydi va teskari holati gipofunktsiya holati bilan almashinadi. Qizil qon tarkibi kamaya boshlaydi. Kamqonlik odatda keskin gipoxrom xarakterga ega boladi, bu tomir

yetishmovchiligiga borlikdir, ko'mikdagi temir zapasi har safar qon ketganda gemoglobin yo'qolishi tufayli kamayib koladi.

Bu davrda qizil qonda anizotsitoz, poykilotsitoz, bo'yoqning juda och chiqishi singari patodogik belgilar ko'rinadi. Qondagi retikulotsitlarga kelganda, ba'zi hollarda retikulotsitlar bir qadar ko'paygan, boshqa hollarda, aksincha kamaygan bo'ladi. Qon ketshiiga aloqador surunkali kamqonlik hodisalarida, kasallik yoyni uncha avj olmagan paytlarda, retikulotsitlarning ko'payib qolgani ko'rinadi. Bunday hollarda, ko'mik qizil qon tarkibiga kerakligicha to'ldira olmasada, har holda kamqonlikka javob bera oladi va garchi, egilmagan bo'lsada, yosh qizil qon tanachalarini ishlab chiqara oladi. Ko'mik funktsiyasi juda susayib ketgan, ko'mik hech bo'lmasa etilmagan eritrotsitlarni ortiq ishlay olmay holgan paytda qondagi retikulotsitlar miqdori pasaygan bo'lib chiqadi. Qoya oqishi tufayli yuzaga keladigan surunkali kamqonlikda oq qon bir muncha kam o'zgaradi: regenerator fazada leykotsitlar sal ko'payadi ham (chapgga so'rilib), giporegenerator fazada, keyingi davrda leykotsitlar miqdori biroz kamayadi (o'ngta so'rilib). Qon oqqanda keyin yuzaga keladigan kamqonlik iroqnozi uni keltirib chiqargan sabablarga bog'liq. Agar bu sabablarni bartaraf qilib bo'lmasa, kamqonlik og'irlashgandan og'irlashib boradi va aplastik formaga o'tadi. Agar bu sabablari bartaraf qilish .mumkin bo'lsa, ko'mik vaqt o'tishi bilan asli holiga kelishi, kamqonlik esa yo'qolib ketishi mumkin. Davolashda uchta vazifa ko'zda tutilishi kerak. Birinchi vazifa qon oqishini to'xtatishdan va, imkoni bo'lsa, uning sabablarini bartaraf qilishdan iborat. Bu vazifa davolash xususigagina emas, balki qon ketgandan keyin yuzaga keladigan kamqonlikning oldini olishga ham taalluqlidir. Gemorroidal tugunlarni bog'lash, me'da yarasini davolash, bachadon o'smasiga olib tashlash, qon oqishini to'xtatish va hokazolar ana shunday chora-tadbirlar jumlasiga kiradi. Ikkinchi vazifa yo'qolgan qon o'rnini yot qon bilan to'ldirishdan iborat. Bunga qon quyish yo'li bilan erishiladi, ayniqsa odam birdan ko'p qon yo'qtgandan keyin qon quyish tavsiya etiladi. Bunday vaqtda, odatda, katta dozada — 500 ml atrofida qon quyiladi va odamning nechog'lik ko'p qon yo'qotganligiga qarab, unga qancha qon quyish kerakligi hal qilinadi. Qon quyish odamning yetishmagan o'z gemoglobini bilan eritrotsitlari o'rnini to'ldiribgina qolmay, balki, shu bilan birga, eritropoezni jonlantirish uchun kuchli turtki ham bo'ladi. Qonning bunday ta'sir ko'rsatishiga sabab shuki, chamasi, retsipient bilan donor qon gruppalarining o'xshash bo'lishiga qaramay, kiritilgan eritrotsitlarning bir qismi har qolda yemiriladi va gemoliz mahsulotlari ko'mikka ta'sir ko'rsatadi. Yot qon bilan birga organizmga talaygina temir kiritiladi shunda u ham ko'mik tomonidan yangi qizil qon tanachalari ishlab chiqarish uchun oson o'zlashtiriladigan birikmalar hoida kiritiladi. Quyilgan jon, xususan sitrat ham, bemor qonining ivuvchanligini oshiradi, shu bilan birga takror qon ketishi xavfini kamaytiradi. Surunkasiga qon

yo'qotish natijasida yuzaga keladigan kamqonlikda qon kam miqdorda. (200—300 ml) takror quyiladi. Uchinchi vazifa ko'mik funksiyasini mustaxkamlashdan iborat. Bunga temir preparatlarini buyurish yo'li bilan erishiladi, temir gemoglobin tuzish uchun material bo'lib hisoblanadi va bundan tashqari, ko'mikni stimullaydi. Shu maqsadda, turli birikmalardan iborat mishyakdan foydalansa ham bo'ladi.

Temirning anorganik birikmalarini, xususan 0,5 dan kuchiga 3—6 marta Reggipit geyisfat berish ma'sul. Biroq, kuchsizroq bo'lsada, temirning boshqa preparatlari ham odatda yordam beradi Mishyak fovler eritmasi sifatida dastlab I—2 tomchidan kuniga uch marta beriladi, keyin bir tomchidan qo'shib boriladi va kuniga uch martadan berib, o'n tomchigacha yetkaziladi, mishyak 0,001 dan kuniga ikki martadan xobdari sifatida ham beriladi, teri ostiga — 0,2—1,0 dan 1% li eritmasi yoki 0,5—1 ml dan 5% li arrenal eritmasi sifatida buyuriladi. Toza havoda bo'lish, (sayr qilish, binoni shamollatish), engil fizkultura mashqlari qilish, kuchli ovqatlar yeyish zarur. Ovqat vitaminlarga boy bo'lishi kerak.

Amaliy mashg'ulot №17

Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini	Eshitib tayyorlanib turadil

	takshirish	
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A) Frontal usuli:

1. Kamqonlik to'g'risida tushuncha
2. Anemiyaning ko'rinishlari
3. Postgemorragik anemiya, klinik ko'rinishi
4. Temir etishmovchiligi animiyasiga xarakteristika bering
5. Temir etishmovchiligi animiyasini kelib chiqish sabablari
6. Temir etishmovchiligi animiyasini klinik ko'rinishi
7. Temir etishmovchiligi animiyasida qon tahlilidagi o'zgarishlar
8. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyasi etiopatogenezi
9. V12 (foli kislota) etishmovchiligi anemiyali bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
10. Gemolitik kamqonliklar

Mavzu bayoni

TEMIR YETISHMASLIGIDAN KELIB CHIQADIGAN GIPOXROM ANEMIYALAR ILK XLOROZ

Xloroz (chorosis) yoki «rangparlik»—ilgarilari 15 dan 20—25 yoshgata bo'lgan asabiy qizlarda uchragan kasallik. Kasallikning boshlanishi odatda jinsiy balog'atga yetish davriga bog'liq bo'ladi, ammo kasallik kattaroq yoshlarda ham qaytalab turadi. Burjuaziya va oqsuyaklar muhitidagi chiqqan ana shunday xlorotik qizlar tipi badiiy adabiyotdan bizga tanish. To'g'ri ishlab pul topish maqsadida shaharga ko'chib kelgan qishloq qizlari ham ba'zan xloroz bilan og'rikan.

Kasallikning patogenezi ichki sekretsiya va nerv nazariyalari bilan izohlanar edi, Ichki sekretsiya nazariyasiga qaraganda, tuxumdonlar normada qon yaratishni kuchaytiradigan garmon ishlab chiqaradi. Shu nuqtai nazardan qaraganda, xlorozda

tuxumdon funktsiyasi buzilgan bo'ladi va ko'mikni stimullaydigan garmonlar yetarli ishlab chiqarilmaydi. Ikkinchi nazariyaga muvofiq, xloroz nerv kasalligi. chunki u og'ir ruxiy kechirmalar ta'sirida yuzaga keladi.

So'nggi vaqtlarda ilk xloroz juda kam uchradi, bu ana shu yillar ichida yosh qizqlar hayoti va turmushida ro'y bergan, ular sichligiga, xususan psixikasiga yaxshi ta'sir ko'rsatgan o'zgarishlarga bog'liq bo'ldi (fizkultura, sport, kasb ishi), Xlorozning klinik manzarasi quyidagicha, Bemorlarning ranggi oqarib, zaxilroq bo'lib yuradi («xloroz» degan nom ham shundan kelib chiqqan) skleralarni ko'kish, terisining ranggi oppoq (hatto, xuddi alebastrdek oq) bo'ladi. Rangsiz yonoqlarda darrov qizilliq paydo bo'ladi; teri oftobda deyarli qoraymaydi. Bemorlar jismonan kamquvvat bo'lib, ruhan tez charchab qolishidan noliydi. Kayfi ruhiyati o'zgarib turadi: ertalab bemorlar odatda loqayt, lanj bo'ladi, salga achchiqlanadi, kechqurunlari, xususan sog'lom odamlar orasida esa, jonlanib ketadi va o'z dardini go'yo unutib qo'yadi. Ovqatga kelganda injiqlik qiladi. Bemorlar odatdagi ovqatlarga qaragisi ham kelmaydi lekin sarxil ovqatlar jon-jon deb yeydi: maktab yonida to'satdan bo'r, ko'mir yeyishga moyillik tug'iladi. Ovqat yeb bo'lgandan keyin zardasi qaynaydi. Ko'ngli ayniydi, to'sh osti sohasida og'riq turib, betinim qiladi. Meda tekshirib ko'rilsa gastrit belgilari topilmaydi; kislota miqdorini ko'rsatadigan raqamlar o'zgarib turadi, qabziyatga moyil bo'ladi, axlatda ko'pincha bir talay shilimshiq bo'ladi.

Vaeomotor funktsiyalar juda bekaror bo'lib qoladi: bemorlar qo'l va oyoqlarining muzdek bo'lib turishidan, barmoqlarining uvishib qolishidan, etining junjilib turishidan, boshi aylanishidan noliydi. Puls tezlashadi, yurak o'ynashi qayd qilinadi. Bo'yinturuq venasida, xususan o'ng tomondagi to'sh o'mrov muskulining oyoqchalari orasida eshitiladigan biz-bizak shovqini juda keskin va doimiy bo'ladi; bu shovqin tik turgan holatda, nafas olgan paytda yoki kallani qarama-qarshi tomonga burgan vaqtda kuchayadi («monax ayollar» shovqini).

Qonda gemoglobin miqdori kamaygan, lekin eritrotsitlar soni odatda sal pasaygan bo'ladi. Rang ko'rsatkichi juda pasayib ketadi. Gemoglobin yarmisigacha yoki bundan ko'ra ziyodroq kamaygani bilan eritrotsitlar soni odatdagicha qolgan hollar tasvir etilgan. Qizil qon tanachalari juda oqish bo'ladi. Boshqa ba'zi anemiyalarga qarshi o'laroq, xloroz uchun qondagi limfotsitlar miqdorining kamayib ketishi xarakterlidir: chamasi, limfa sistemasi holdan ketgan bo'ladi. Gemorragik hodisalar, xuddi gemolis kuchayganini ko'rsatuvchi belgilar singari, ko'rilmaydi. Jinsiy sfera sohasida katta o'zgarishlar qayd qilinadi: ko'pchilik hollarda hayz juda kam bo'lishi bilan ajralib turadi, ba'zan esa tamomila hayz kelmay ham qoladi; qorinning pastida ogriq turadi va oqchil keladi. Xomiladorlik kasallikning o'tishiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Xlaroe uzoq cho'ziladi, lekin, umuman aytganda, eson-omon o'tib ketadi.

KECHKI XLOROZ (GASTROGEN GIPOXROM ANEMIYA)

Kasallikning bu xili ham asosan ayollarda ko'riladi. Ilk xlorozga qarshi o'laroq, bu xildagi kasallik avj olishidan oldin hayz paytida talaygina qon ketgan bo'ladi. Anamnezda qayta-qayta abort qilinganligi va ayolning necha marta tuqqanligi ma'lum bo'ladi. Kasallarning yoshi xlorozga tipik bo'lgan yosh bilan aslo chegaralanib qolmaydi; kasallik ko'pincha keksaygan paytda ham avj oladi.

Kasallik mohiyatiga organizmga temirning yetarli darajada kelib turmasligi deb qaraladi. Ma'lumki, temirning so'rilishi me'dadagi xlorid kislota miqdoriga bog'liq. Uzoq davom etadigan axiliyada yoki ichak devori shikastlanib, temirning so'rilishi keskin izdan chiqqanda organizmga temir normadagidan ko'ra kamroq o'tadi. Dastlabki paytda, ko'mir gemoglobin tuzish uchun turli to'qimalardagi eski temir zapaslarini ishga solib tura oladi, biroq keyinchalik temir kamchilligi qon yaratishni tobora ko'proq cheklab qo'yadi. Me'dasi olib tashlangan odamlarning qoniga taalluqli ma'lumotlar shu qoidani tasdiqlab berishi mumkin; bunday bemorlarda ko'pincha kamqonlik yuzaga keladi. hayz vaqtida takror-takror qon ketishi (bemorlarning anamnezida ko'pincha shu hodisa ko'rsatiladi) bemorlarda temir kamchilligi tufayli eritropoez yetishmovchiligi borligini bir qadar barvaqt aniqlashga imkon beradi.

Kasallikning klinik manzarasi simptomlar triadasidan: 1) qon o'zgarishlari; 2) me'da-ichak yo'lidagm o'zgarishlar; 3) har xil tropik o'zgarishlardan tashkil topadi. 1) qon o'zgarishlari rang ko'rsatkichi past bo'lgan holda oxista o'tayotgan anemiyadan iborat. Anizotsitoz va poykilotsitoz hamda, eng muximi, mikrotsitoz ko'riladi. Retikulotsitlar soni juda kam, eritroblastlar nihoyatda bo'ladi. Ilk xlorozga qarshi o'laroq, leykotsitlar 3000—3500 gacha kamayib, kisbiy limfotsitoz yuzaga keladi. Trombotsitlar soni sal kamaygan, qonashga moyillik bo'lmaydi. Gemoliz kuchlanganligini ko'rsatadigan hech qanday belgilar topilmaydi.

Hazm yo'lidagi o'zgarishlar, avvalo me'da sekretsiasining, odatda to'la axiliya ko'rinishida buzilishidan iborat bo'ladi. Ayrim hollarda me'da sekretsiasini normal bo'lishi mumkin, lekin ingichka ichakda og'ir o'zgarishlar topiladi, xususan ich ketib turadi. Me'da-ichakka aloqador ana shu o'zgarishlardan tashqari til shilliq pardasining atrofiyasi, shuningdek aftoz yallig'lanishi ko'riladi (glossit). Kasallar xilining og'rishi va achishib turishidan noliydi. Ba'zi hollarda atrofik protsess tilgagina emas, balki qizildoq va qizilo'ngachga ham tarqaladi bu yutishning qiyinlashib qolishiga sabab bo'ladi (disfagiya).

3. Tasvir etilayotgan kasallikda ko'riladigan trofik o'zgarishlar asosan teriga taalluqli. Og'iz burchaklarida kichkina-kichkina, lekin ancha bezillab turadigan yoriqlar yuzaga keladi, barmoq terilarida ham xuddi shunday yo'riqlar paydo bo'ladi. Tirnoqlarning o'zgarib ketishi o'ziga xos simptom hisoblanadi; tirnoqlar

usti xira, mo'rt, yassi va, hatto, qoshiqchalarga o'xshab botiq bo'lib qoladi. Tishlarning kemtik bo'lib qolishi, sochning to'kilishini ham trofik o'zgarishlar jumlasiga kiritish kerak. Kasallikning o'tishi surunkali — kasallik bir necha yillarga cho'ziladi. Kechki xlorozga davo qilishda temir asosiy dori hisoblanadi. Temir katta dozalarda buyuriladi (Ferri hydrogeni 3—6 g). Bundan tashqari har qanday qilib bo'lsa ham me'da-ichak yo'li funksiyasini rostdash chorasini ko'rish zarur. Me'dada xlorid kislota bo'lmasa, temir bilan birga har kuni 30—40 tomchidan kuniga 3 marta ovqat oldidan xlorid kislota (Acidum hydrochloricum dilutum) ham buyurish zarur. Temir tishlarga yomon ta'sir qiladigan bo'lgani uchun dori ichilgandan keyin, og'izni chayqab turish muhimligini bemorga tushuntirish kerak. Temirni nahorga berish yaramaydi, chunki u me'da shilliq pardasiga ta'sir qiladi. Tegishlicha ovqatlanish yo'li bilan temirni ko'paytirish mumkin, ismaloq, so'ngra, tuxum sarig'i, go'sht, karam, olma, sabzida temir ancha ko'p bo'ladi. Askorbin kislota buyurish (ichish uchun) juda foydali, bu kislota temirning ichaklarda so'rilishiga yordam beradi. Juda keskin darajadagi anemiyada tomchi usuli bilan qon quyish buyuriladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan anemiyalarning oldini olishda: 1) qon yo'qotishni bartaraf qilish; 2) me'da-ichak yo'li funksiyasini yaxshilash (Me'da sekretsiasini kuchaytirish, gastritlar, ich ketarga davo qilish); 3) nevrotik holatlar va ayollar jinsiy sferasidagi o'zgarishlarni imkoni boricha bartaraf etish muhim rol o'ynaydi,

Revmotoidli artrit. Bo'g'im sindromi qiyosiy diagnostikasi. Bexterov kasalligi simptomologiyasi.

Uyga vazifa. 30

Amaliy mashg'ulot №11

Leykozlar simptomatologiyasi. O'tkir va surunkali (miyeloleykoz va limfoleykoz). Ichki sekretsia bezlari kasalliklarini so'rab-surishtirish (shikoyat, anamnez yig'ish, nasliy faktorlar). Umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Leykoz haqida tushuncha
2. Leykozni qanday formalarni bilasiz
3. O'tkir leykozda qanday holat bo'ladi
4. O'tkir leykozning klinik kechishi
5. O'tkir leykozda qon analizining o'zgarishi
6. Leykemik darvoza nima
7. surunkali miyeloleykoz to'g'risida tushuncha
8. surunkali miyeloleykozda patanatomik o'zgarishlar
9. surunkali miyeloleykozning klinik stadiyalari
10. surunkali miyeloleykozda qon tahlilining o'zgarishlari
11. surunkali limfoleykoz to'g'risida tushuncha

12. surunkali limfoleykoz patanatomik o'zgarishlar
13. surunkali limfoleykoz klinik belgilari
14. surunkali limfoleykoz tekshirish usullari
15. surunkali limfo va mieloleykozlarning qiyosiy tashxisoti
16. Sternal punktsiya nima
17. Sternal punktsiyaga ko'rsatma, texnikasi
18. O'tkir va surunkali leykozlarning asoratlari
19. O'tkir va surunkali leykozlarni davolash usullari
20. Leykozlarni dispanseriyasi, mehnatga layoqati

“Qor parchalari” usuli

Talabalar ikki guruhi bir muammo yoki vaziyatli masala yechimi ustida, ko'proq to'g'ri javob topish maqsadida, bahs olib boradilar. Masalan, o'tkir xolesistit belgilari, yoki qorinda og'riq sindromi bilan kechuvchi kasalliklar differensial diagnostikasi. Har bir to'g'ri javob, bir ball bilan baholanadi va shu guruhga bitta qor parchasi beriladi. Eng ko'p qor parchalar yig'gan guruh a'zolari a'lo baholar bilan baholanadi.

LEYKOZLAR (LEYKEMIYALAR)

Avvallari leykozlar leykemiya, deb atalar edi. Leykemiya (oq qonlik) deb, qonda oq qon tanachalari, jumladan, ayniqsa etilmagan oq qon tanachalarining soni keskin ko'payib ketadigan patologik formalarga aytiladi. Leykemiyalarni leykotsitozlardan ajratib turadigan eng muhim belgisi oq qon manzarasida yuzaga keladigan sifat xususiyatlaridir: leykemiyalarda, odatda oq qon leykotsitozlardagiga qaraganda ancha ko'proq «yosharishi» kuzatiladi. Leykozning etiologiya bilan patogenesi xususida uchta fikr bor: 1) leykozlarni yomon sifatli o'smalarga yaqin turadigan patologik protsess deb qarash; 2) leykozlar asosan qon yaratuvchi to'qimalarning infeksiyaga, aftidan virus infeksiyasiga javoban o'ziga xos reaksiyasi natijasida kelib chiqadi; 3) leykozlar qon yaratishning qanday bo'lmasin neyrohumoral o'zgarishlar tufayli alohida bir tarzda izdan chikishi, buzilishi natijasida paydo bo'ladi. Sichqonlarda kantserogen moddalar vositasida sarkomalar paydo qilish ustidagi tajribalar leykoz yomon sifatli o'smalarga yaqin turadigan protsessdir, degan fikrning to'g'riligini ko'rsatadi; bunda hayvonlarning bir qismida limfadenozlar (leykozlar) yuzaga keladi. Tovuqlarda filtrlanuvchi viruslar tufayli yuzaga keladigan leykemiya borligi infeksiyon nazariyani quvvatlaydi. Leykozlarning paydo bo'lishida ruhiy kechinmalar va endokrin o'zgarishlar ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadigan kuzatuvlar neyrohumoral nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi; bundan tashqari leykozlarning taloq olib tashlanganidan keyin, boshqa og'ir qon kasalliklari, misalan, agranulotsitozdan keyin paydo bo'lishi yoki

perni- sioz anemiya bilan birga uchray olishi ma'lum. Patologoanatomik jihatdan leykemiyada asosan oq qon elementlarini ishlab chiqaradigan qon yaratuvchi biror to'qimaning sistemali tarzda giperplaziyaga uchrashi ko'riladi. Bu giperplaziya muayyan turdagi (leykotsitar, limfotsitar yoki monotsitar) oq qon tanachalari qaysi to'qimalarda yuzaga keladigan yoki paydo bo'la oladigan bo'lsa, organizmdagi o'sha to'qimalarning hammasiga yoyiladi, shu bilan birga muayyan tipdagi oq qon tanachalarini fiziologik sharoitlardayoq ishlab chiqaradigan to'qimalarning o'zigina emas, balki, umuman qon yaratish xodisasi bo'lmaydigan, lekin odam organizmining embrional rivojlanish davrida shu hodisa bo'lib turgan to'qimalar yoki bir qadar sodda mezenximal elementlari qon yaratuvchi ochaglarga aylana oladigan to'qimalar ham bir vaqtning o'zida yoki bir kadar hissa muddat ichidi mana shu protsessga qo'shiladi. Shu tariqa bir to'qimalarning o'ziga yaqin bo'lgan boshqa to'qimaga aylana olishi metaplaziya deb ataladi. Leykemiya hozir oq qon tanachalarini ishlab chikaradigan butun hujayra apparatining diffuz ravishda giperplaziyaga uchrashi tufayli kelib chiqadigan kasallikdir, deb ta'riflanadigan bo'lgani uchun uning nomi o'zgardi. Hozir, biz, bu kasalliklarni leykozlar deb ataymiz. Periferik holda oq qon tanachalari sonining ko'payib ketishi leykoz belgisidir, xolos. Bu belgi mutlaqo bo'lmasligi ham mumkin, holbuki, ba'zi hollarda boshqa bir qancha sabablarga ko'ra kasallikni leykozlar gruppasiga kiritishimiz mumkin. Qonda oq qon tanachalari sonining juda – ko'payib ketishi bilan birga davom etadigan leykoz leykemik leykoz deb ataladi, oq qon tanachalarining soni ko'paymasdan o'tadigan leykoz esa, aleykemikleykoz deyiladi. Qon yaratish to'qimasi sistemalarining o'sib ketishidek hodisa turli elementlarga taalluqli bo'lishi mumkin. Bu hodisa pirovard natijada neytrofillar, eozinofillar va bazofillarni ishlab chiqaradigan leykoblastik yoki mieloid to'qimaga tarqalishi mumkin. Bunday leykozlar mielozlar deb ataladi. Mielozlar leykemik va aley-kemik bo'lishi mumkin. Limfotsitlarni ishlab chiqaradigan limfa to'qimaning birgina o'zi o'sib ketishi ham mumkin. Bunday leykozlar limfadenozlar deb ataladi. Ular ham leykemik va aleykemik bo'laoladi. Nihoyat, sistemalar giperplaziyasining monotsitlarni ishlab chiqaradigan retikuloen dotelial to'qimalarga yoyiladigan uchinchi xili ham tafovut qilinadi. Bu kasalliklar retikuloendoteliozlar deb ataladi. Ular qonda monotsitlar tipidagi hujayralarning goho ko'p, goho kamroq ortib ketishi bilan birga o'tishi, ba'zida esa, o'sha hujayralar ko'paymagan holda kechishi mumkin. Leykozlarni o'tkir va surunkali leykozlar, deb ikkita mustaqil grupaga ajratsa bo'ladi. Odatda biz o'tkir kasalliklarning surunkali kasalliklarga yoki ularning o'rtasida turadigan oraliq formalarga o'tishini kuzatar ekanmiz, o'tkir leykozlar o'limga olib beradi va surunkali leykozlarga aylanmaydi, kasallijning o'rtacha bo'lib o'tadigan xillari esa, deyarli uchramaydi. O'tkir

leykozlar o'z tabiatiga ko'ra surunkali leykozlardan yoshtacha bo'ladigan tamomila mustaqil kasallikdir, deb taxmin ham qilingan edi.

O'TKIR LEYKOZLAR

O'tkir leykozning klinik manzarasi O'tkir yuqumli kasallikka o'xshab ketadi. Kasallar tanasining temperaturasi dastlabki kunlardan oq 39—40° gacha ko'tariladi va, keyin, 1—1,5° ga pasayib, shu raqamlar atrofida turadi. Bemorning umumiy ahvoli keskin o'zgargan bo'ladi. Shunisi ham borki, qon yaratuvchi to'qima va qonda o'zgarishlar ertaroq, o'tkir aleykiyalar xususida ma'lum bo'lganidek, isitma protsessi boshlamasdan oldin ham avj olsa ajab emas. O'tkir leykozlar odatda shiddat bilan o'tadigan va murakkab klinik manzarani beradi. Mieloid to'qima (o'tkir mieloz) yoki limfa sistemasi (o'tkir limfadenoz) reaksiyaga kirishganiga qarab, o'tkir leykozlar orasidan har xil turlarini ajratsa bo'ladi. O'tkir leykozlarda odatda bevosita retikuloendotelial to'qimaning, shuningdek yanada soddaroq, diferentsiyalanmagan mezenxima elementlarining reaksiyasiga (o'tkir gemotsitoblastoz) bog'liq bo'lgan uchinchi turi ham ayniqsa ko'p uchraydi. Aksariyat gap mieloid yoki gemotsitoblastik tur ustida boradi, holbuki o'tkir limfa leykemiya istisno sifatida uchraydi, xolos. Oq qonni tekshirish o'tkir leykemiyaning ayrim turlarini ajratib olishga imkon beradi. Oq qon tanachalarining umumiy soni 200000, hatto 300 000 gacha ortishi mumkin, lekin ko'pincha har qalay o'rtacha miqdorda—1 mm³ da 20 000—30000 gacha ko'payishi ko'riladi. Ba'zi kasallarda o% qon, nuqul, deyarli mieloid kator hujayralaridan iborat bo'ladi, shunda ham ular orasida mieloblastlar (95% gacha) ustun turadi (XVI jadval); shunday qilib, mieloblastlar bilan yetuk deyor itlar o'rtasida oraliq formalar ko'pincha bo'lmaydi (hiatus leucaemicus yoki leykemik uzilish). Bunda mieloblastlar ba'zan kichkina bo'ladi (mikromieloblastlar) va, umuman, limfotsitlarga juda o'xshab ketadi. Ilgari o'tkir mielozning ko'pgina hodisalarini yanglishib, o'tkir limfadenoz hodisasi, deb xisoblanganligiga ajablanmasa ham bo'ladi. Mieloblastlarning yadrolark limfotsitlarning yadrolariga qarshi o'laroq, har holda ancha nozik strukturali xromatin turiga ega bo'ladi, shuningdek 4 dan to 6 gacha yadrochasi bo'ladi. Mieloid elementlar naftol va dimetilparafenilendiamin bilan bo'yalganda oksidazaga musbat reaksiya beradi, holbuki limfotsitlar manfiy reaksiya beradi. Hozir aytib o'tilgan fermentga qo'yiladigan reaksiyaning bir qadar diferentsiyalangan mieloid hujayralardagina (promielotsitdan boshlab) ko'rinishini, talaygina mieloblastlar, xususan ularning eng -yoshlari esa, oksidazaga musbat reaksiya bermaslidigini artib ketish kerak. Bu gap benzidin bilaya peroksidazaga qo'yiladigaya reaksiyaga ham taalluqlidir. Modomiki shunday ekan, hujayralarning mieloid qatorga aloqadorligini aniqlash ma'nosida olinganda oksidazaga (va perioksidazaga) qo'yilgan reaksiyaning faqat musbat

chiqishi ahamiyatga ega, reaksiyaning manfiy chiqishi esa tekshirilayotgan oq qon elementlarining tabiatan ko'mik elementlariga aloqadorligini hali inkor etmaydi.

Gemotsitoblastik o'tkir yoki uncha o'tkir bo'lmagan leykozda qonda diferentsiyalanmagan bir talay yosh qon hujayralari (gemotsitoblast-lar) topiladi. Juda kam uchraydigan o'tkir limfadenozda qishda katta limfotsitlar ko'p bo'ladi, bularning eng yoshlari odatda limfoblastlar, deb ataladi. Mieloblastlardagidan farqli o'laroq, ular yadrosiyadagi xromatin turi ancha dag'al bo'ladi, yadrochalari bo'lmaydi, yadrosi atrofida rosmana yorug' zo'rg'a bilinib turadi (perinuklear zona). Ayni vaqtda talaygina oddiy leykotsitlar, shuningdek loviyasimon yadroli limfotsitlar va limfoid tipidagi plazmatik hujayralar ham uchraydi. O'tkir leykozlarda ko'pchilik xollarda qizil- qon tanachalarining soni kun sayin kamayib boradi. Kondagi plastinkalar miqdori kam tez kamayadi. Kasallar juda oqarib ketadi. Terisi va shilliq pardalarida petexiyalar va qontalashlar paydo bo'ladi. Milklari, tomog'i, burni, ichki organlaridan qon keladi. O'tkir leykozlarda taloq, limfa tugunlari vajigarda yuzaga keladigan klinik belgilar uncha yaxshi biliimaydi, surunkaln leykozlarda esa, odatda ular ochiq-oydin ko'rinib turadi.

O'tkir leykozlarni differentsiatsiya qilish uchun ko'mikni tekshirish katta ahamiyatga ega o'tkir mielozda ko'mik punktatida mieloid elementlar topiladi, holbuki o'tkir limfadenozda limfatik, retikuloendoteliozda — retikuloendotelial elementlar topiladi. Ba'zan bunday vaqtda hammadan yosh hujayralar — gemotsitoblastlar ko'riladi. Tomoq ko'zdan kechirilganida yuqorida — alerkiyalar to'g'risidagi bo'limda tasvirlangan og'ir nekrotik anginaga xos belgilar topiladi. O'tkir leykoz (yarim o'tkir leykoz) oqibati yomon, davo faqat vaqtincha nafas beradi (kortizon, antibiotiklar, eritrotsitar va leykotsnttar massalar quyish).

SURUNKALI LEYIKOZLAR

Mieloz

Mizloz (myelosis)ning patologoanatomik manzarasi Ko'mikning leykoblastik to'qimasi hisobiga xiyla kattalashib ketganligini ko'rsatadi. Ko'mik kulrang-yashil tusga kirib qoladi (yiringsimon «pioid» ko'mik). Talloq bir necha baravar kattalashadi. Talloq follikulalari shu kadar kichik bo'lib qoladiki, ko'zdan kechirilganda bilinmaydigan bo'lib qoladi. Pulpasi aksincha, juda kattalashib ketadi. unda ko'mik (mieloid) to'qimasi o'sadi. Mieloid to'qima ochagchalari jigar, bazanesa limfa tugunlari, buyrak va boshqa organlarni to'ldirib qo'yadi. Ichak shilliq pardalarida bu ochagchalar ba'zan yemirilib, yara paydo qiladi. Ilikdagi eritroblastik to'qima mieloid to'qima tomonidan qisilib, xiyla atrofiyalanadi. Mielozning klinik manzarasi deykemik va aleykemik xillarida

turlicha bo'ladi. Taloqning kattalashib ketishi uning ikkala xiliga ham xos. Taloq hech qachon mielozdagidan katta bo'lmaydi. Taloq butun. Mielozda taloq qorin bo'shlig'ining 2G'z qismini egallab olishi va chanoq suyaklarining qirralariga qadar tushishi mumkin; taloq o'z ustidagi qorin qoplag'ichlarini ko'tarib, ko'pincha ko'zga tashlanib turadi. Paypaslab ko'rilganda qo'lga qattik, silliq unmaydi; o'ymasi barala chiqib turadi. Odatda jigar ham kamroq darajada bo'lsada bir qadar kattalashadi. Limfa tugunlari, aksincha, kam va bilinarbilinmas darajada kattalashadi.

Leykemik mielozda qondagi oq qon tanachalari soni juda ko'payib ketadi — 1 mm³ kondg` necha yuz minggacha (va xatto milliongacha) etadi. Normal oq elementlardan neytrofillar nihoyatda ko'payadi; eoznofillar bilan bazofillar soni ham ko'paygan bo'ladi. Limfotsitlarga kelganda, mielozlarda ularning nisbiy miqdorlari nihoyatda kamayib ketgan bo'ladi; limfotsitlar absolyut miqdorlarga aylantirib hisoblanadigan bo'lsa, normal raqamlar kelib chiqadi. Monotsitlar xususida ham shunday bo'ladi. Oq qon tanachalari orasida mieloid qatorning yetilmay qolgan bir talay formalari — metamielotsitlar, mielotsitlar, promielotsitlar va mieloblastlarning paydo bo'lishi kasallikning eng muhim belgisi hisoblanadi (XVII jadval). Neytrofil mieloditlar soni ayniqsa ko'p bo'ladi (20—40%), biroq, ba'zan eozinofil mielotsitlar ham, bazofil mielotsitlar ham ancha ko'payadi. Kasallikning surunkali hollarida mieloblastlar oq qon xujayralarining umumiy miqdoriga nisbatan 1—2% miqdorida uchraydi; kasallik boshlangan davrlarda bu xujayralar bo'lmasligi mumkin.

Qizil qon kasallik boshlangan paytda o'zgar olmaydi. Kasallik avjiga chiqqan paytda eritrotsitlar bilan gemoglobin miqdori kamaya boshlaydi va ogir davrlarida keskin anemiya yuzaga keladi. Qondagi trombositlar miqdori avval ko'p bo'lib, keyin kamayadi. Periferik qonda ahyon-ahyonda megakariotsitlar uchraydi. Ko'pchilik kasallarda remittatsiya qilib turadigan isitma ko'riladi. Leykemik isitma oq qon tanachalarining yoppasiga halok bo'lishi natijasida kelib chiqadi, deb hisoblanadi. Purin asoslari va fosforiga boy bo'lgan leykotsitlarning yemirilishi munosabati bilan mielozda yon bilan siydikda urat kislota va fosforli birpkmalar miqdori ko'payib ketadi. Kasallikning oxirgi davrida gemorragik diatez simptomlari yuzaga keladi. Bundan tashqari, ba'zan nekrotik angina paydo bo'ladi, bu angina yuqorida tasvir etilgan allergiyada yuzaga keladigan anginaga o'xshash bo'ladi. Kasallikning o'tishi zo'rayib boradi. Kasallik bir yildan o'n yilgacha, o'rtacha to'rt yil cho'ziladi. Sog'ayish ko'rilmaydi. Aleykemik surunkali mieloz ancha kam uchraydi. Leykemik xilidan shu bilan farq qiladiki, bunda qondagi oq qon tanachalari miqdori ko'paymaydi. Ko'mik, taloq va boshqa organ hamda to'qimalarda yuzaga keladigan o'zgarishlar esa, tabiatan mieloid leykemiyada ko'riladigan o'zgarishlar bilan bir

xil bo'ladi. Ba'zan xiylagina splenomegaliya kasallikning birdan-bir belgisi bo'lib xizmat qiladi; jigar ham kattalashgan bo'ladi. Qon manzarasini diqqat bilan takror-takror tekshirib ko'rish diagnoz uchun juda katta ahamiyatga ega. Garchi bu kasallikda oq qon tanachalarining umumiy miqdori ko'paymagan bo'lsada, ularning tarkibi odatda buzilgan bo'ladi; tipik hollarda ancha ko'p miqdorda mielotsitlar, shuningdek mieloblastlar uchraydi. Punktatda shu elementlar ko'p miqdorda topilsa, ko'mikni tekshirish yoki ma'lum hollarda diagnozga yordam berishi mumkin. Lekin, ba'zan ko'mik shaklli elementlarga kambag'al bo'lib chiqadi, holbuki taloqni punktsiya qilinganda mieloid to'qima ochaglari topiladi. Bunday hollarda ko'mikda qon yaratilishining kamayishiga javoban vikar reaksiya tariqasida ekstramedulyar mieloid ochaglar yuzaga keladi, deb faraz qilish ham mumkin.

Mustaqil ish. Sistemali qizil volchanka simptomotologiyasi
Uyga vazifa. 31

Amaliy mashg'ulot №12

Qalqonsimon bez kasalliklari simptomatologiyasi (gipo va giperterioz). Qandli diabet simptomatologiyasi. Diabetik va gipoglikemik koma haqida tushuncha. Tez yordam asoslari.

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Bo'g'im kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari
2. Bo'g'im kasalliklarida bemorlarni ko'zdan rish,palpatsiya
3. Labarator va diagnositik tekshirish
4. Bo'g'im kasalliklarining umumiy belgilari va lokalizatsiyasi
5. Revmatoidli artrit. Artritlarga tavsif bering
6. Revmatoidli artritning klinik ko'rinishi
7. Revmatoidli artritning aktivlik darajalari
8. Revmatoidli artritning kechishi,oqibati va davolash
9. Deformatsiyalovchi osteoartrozlarga tavsif bering
- 10.Osteoartroz etiopatogenezi
- 11.Osteoartroz diagnostikasi ,qo'shimcha tekshirish usullari
- 12.Osteoartrozlarning kechishi,davolash profilaktikasi
- 13.Sistemali qizil Yugurikning etiopatogenezi, klinikasi
- 14.SQYU ning diagnostik kriteriylari
- 15.Sistemali sklerodermiyaning etiopatogenezi klinik kechishi
- 16.Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriylari
- 17.Allergozlar haqida tushuncha
- 18.Eshakemi sabablari,klinikasi ,davolash
- 19.Kvinke shishi sabablari,klinikasi,1-yordam

20. Anafilaktik shok sabablari, klinikasi, diagnostikasi, shishilinch yordam

“Ari uyasi” usuli

Bu usulda muammo butun guruh bilan yoki ikkita kichik guruhla bilan tahlil qilinadi. Beriladigan vazifa butun guruh uhun bir, yoki ikkita guruhga har xil vazifalar berilishi mumkin. 10 -15 daqiqa ichida guruh ishtirokchilari vazifa yechimini tahlil qilib, bir birlariga doklad qiladilar. Ular ichidan eng yaxshi variant tanlab olinadi.

MIKSEDEMA

Miksedema shilimshik shish demakdir) deb, **ayrisimon** bez funksiyasi yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan kasallikka aytiladi. Bu holatning uncha avj olmagan xili gipotkrez deb a t a l a d i.

Qalkonsimon bezdagi spetsifik to'qimaning kamayishiga olib keladigan hamma sabablar, chunonchi: 1) zaxm, revmatizm, tif singari infeksiyalar; 2) bezning ba'zan arterioskleroz bilan aloqador bo'ladigan qarilik involyutsiyasya; 3) bezning tug'ma yetishmovchiligi, gipodaziyasi va gipofunksiyasi, bu — jinsiy jihatdan voyaga yetish yoki klimaks davrida ayniqsa bilinadi; 4) uzoq cho'zilgan giperfunktsiyadan keyin bezning holdan ketishi va atrofiyalanishi; 5) operatsiya qilib bezni olib tashlash; 6) bezning travmalardan shikastlanishi; 7) ayrim hollarda endemik bo'qoq kasallikka sabab bo'ladi. Nihoyat birlamchi tartibda gipofiz shikastlangani xodda ikkilamchi gipotireoz gozaga kelishi mumkinIngini nazarda tutish kerak. Ayollar erkaklardan ko'ra ko'proq kasallanadi. Irsiy moyillik muayyan rol o'ynaydi. Patologik a n a t o m ik jihatdan bezda parenzshmasining atrofiya lanib, qo'shuvchi to'qima bilan almashganligini topiladi, organ hajmi kichraygan bo'lada.

Miksedemada boshqa endokrin bezlardan bo'qoq bezining kichrayib qolganligi, jinsiy bezlarning yetishmaganligi va gilofiz oldin bo'lagining kattalashib ketganlgi ko'riladi. Kasallikning klinik manzarasi tipik hollarda juda ochiq-oydin bo'ladi. Kasallar jismoniy ish qilolmaslikdan, aql-idrok va xotiraning pastligidan noliydi ovoz bilan, xunuk bo'lib chiqadi va xirilla qoladi, qiynalib gapiradi, quloq og'irlashadi, ko'z xiralashadi. Et uvishib turishi, badan terisining boshqacha bo'lib qolganligidan nolish juda xarakterli og'ir hollarda kasallar hansirashdan shikoyat qiladi.

hammadan xarakterli belgisiga — shilimshiq shish, ayniqsa yuz va bo'yinda sezilib turadi hamda kasalning umumiy qiyofasini keskin o'zgartirib qo'yadi. Shishgan yuz qotib qolgandek, keng bo'lib ko'rinadi, sarg'ish bo'ladi, oq, xususan peshonasiga qalin ajinlar tushadi, qovoqlar kerikib turadi va ko'z yo'riqlarini juda

toraytirib qo'yadi burun bilan lablar qalinlashadi. Shish bo'yinga va o'mrov usti bo'shliqlariga tushib, go'yo bosh yelkaga kirib ketgandek bo'lib turadi. Qo'l-oyoqlar ham kattalashadi. Miksedemada ko'riladigan shish odatdagi shishlarga qarshi o'laroq qattiq bo'ladi va paypaslab ko'rilganda chuqurchalar hosil qilmaydi. Miksedemada bo'ladigan shishlar, ba'zan nefrozda ko'riladigan shishlarga o'xshaydi (gipoproteinemiya bo'lganida).

Kasallikning ikkinchi muxim belgisi teri derivatlariya shilliq pardalar distfofiyasidir, Teri quruq, serajin bo'ladi, po'st tashlab turadi, ter bezlari ishlamaydi, tirmoqlar uvalanib tushadi, xira bo'ladi, soch quruq va mo'rt bo'lib, salga to'kilib ketadi. Qoshlarning to'kilib ketishi xarakterli hisoblanadi (teri ustida). Shilliq pardalar qalin tortadi, shunga ko'ra til katta bo'lib qoladi (shu qadar kattalashib ketadiki, hatto og'izga sig'may qoladi, shuning uchun kasallar og'izni ochib turadi), ovoz va nutq (xiqildoq va tovush boylamlarini boshlab turgan shilliq pardaning shishuvi tufayli) o'zgaradi. Eshituv yo'lining terisi va evstaxiy nayining shilliq pardasi shishib, qalin tortib qolganligi munosabati bilan quloq og'irlashib qoladi.

Kasallikning tipik belgisi moddalar almashinuvining keskiya sekinlashib qolishidir. Asosiy almashinuv kanda y bo'lmasin boshqa kasallikdagidan ko'ra ancha ko'p pasayadi (50—60% gacha). Oqsillar sust parchalanadi, uglevodlar qiyinchilik bilan singadi. Shu munosabat bilan tana temperaturasi pasayib ketadi (34° gacha). Miksedema bilan og'rigan kasallarda o'tkir yuqumli kasalliklar ko'pincha normal yoki faqat arzi mas darajada ko'tarilgan temperatura bilan o'tadi. Ichki organlarda, xususan yurak qon tomirlar sistemasi ishining sekinlashib va susayib qolganiga xos simptomlar pulsning sekinlashuvi, arterial bosimning kamayishi, yurak qisqaruvchanligi va tonusning pasayishi ko'riladi (miakarddagi distrofik o'zgarishlar va muskul tolalarining shishib ketganligi munosabati bilan), bu yurakning kengayishi, sust qisqarishi (rentgenologik yo'l bilan tekshirishda) elektrokardiogramma tishlarining yoyilib ketishi yoki hatto yo'qolib qolishi bilan birga davom etadi. Anemiya va limfodatoz neytsropeniya avj oladi. Qonda yod miqdori juda kamayib ketadi. Kasallar ichak atoniyasi munosabati bilan doim ich qotib yurishi va meteorizmdan qiynaladi. Me'da sekre siyasi susayadi. Jinsiy apparat funkdiyasi ham juda susayadi.

Gipotireozda kasallarning arterioskleroz bilan og'rishga (qisman xolesterin almashinuvi buzilishi munosabati bilan) va semirib ketishga (tireogen semizlik deb shuni aytiladi) moyil bo'lishini aytib ketish kerak. Kasallik sekin o'tadi, bir necha yillar davom etadi.

D a v o s i qalqonsimon bez preparatlarini uzoq muddat yuborib turishdan iborat (o'rnini bosuvchi terapaya). Qalqonsimon bez gormona bezda tayyor holda bo'ladi (kolloidda). Shuning uchun uni organizmga kiritish uchun hayvonlardan bez

to'qimasiga — yangi yoki quritilgan to'qimani olish mumkin qalqonsimon bez preparati tireodin deb ataladi. Tireodin 0,03 g dan 0,1 g gacha kuniga 2—3 martadan buyuriladi. Tireodin ta'sirida kasallar tamomila boshqacha bo'lib qoladi: 3—4 haftadan keyin hamma o'zgarishlar yo'qolib ketadi va mehnat qobiliyati asliga keladi. Bunday kasallarga keyin ham vaqt-bavaqt qalqonsimon bez preparatini ichib yurishga to'g'ri keladi, chunki davo to'xtatib qo'yilsa kasallik simptomlari yana paydo bo'ladi. Preparat dozasi ehtiyot bo'lib tanlanadi va pulsni sanab borish yo'li bilan nazorat qilib turiladi; taxikardiya yuzaga kelib, tana ogarligi kamayganda davoni vaqtincha to'xtatib qo'yish kerak.

BAZEDOV KASALLIGI

Bazedov kasalligi (togiz Vazeyolda) neyrohumoral sistemada yuzaga keladigan o'ziga xos o'zgarish tufayli paydo bo'ladi, qalqonsimon bezning giperfunktseyasi shu o'zgarishning eng xarakterli belgisidir. Etiologiyasida quyidagi momentlar ahamiyatga ega: 1) shu kasallikka moyil bo'lgan kishilarda kasallikning avj olishiga sabab bo'ladigan ruhiy travmalar; 2) jinsiy sferaga aloqador endokrin o'zgarishlar (jinsiy funktsiyaning boshlanish davri, abort, klimaks boshlanishi); 3) qalqonsimon bezda asar «qoldirgan ba'zi yuqumli kasalliklar, shuningdek endemik bo'qoq. Konstitutsional va oilaviy moyillikning ahamiyati bor.

Astenik tuzilishdagi, nerv sistemasi ko'proq qo'zg'alib turadigan, terisi yupqa va nam, tomiri tezroq uradigan ozg'in odamlar bazedov kasalligiga moyil bo'ladi. Ayollar erkaklarga qaraganda ko'proq og'riydi. Bazedov kasalligining patogenezini uchta tasavvur ta'riflab beradi. Shulardan biriga ko'ra, kasallik mohiyati qalqonsimon bezning kattalashib, bez gormoni — tirovsin ishlab chiqarish funktsiyasi keskin darajada kuchayib ketishidan iborat. Avvalo kasallik manzarasining o'zi shu nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi, kasallik simptomlarining ko'pchilik qismiga, shubhasiz, qalqonsimon bez gormonining ortiqcha ishlanib chiqishi natijasi, deb qarash kerak; qalqonsimon bez preparatini (tireoidinni) talay miqdorda organizmga kiritish nuli bilan o'sha simptomlarni tajribada ham yuzaga keltirsa bo'ladi. Qalqonsimon bezni olib tashlash operatsiyasidan keyin, kasallik ko'rinishlarining barham topib ketishidek shakl shubhasiz vakt ham xuddi shu nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi.

Shu yaqinda olg'a surilgan ikkinchi tushunchaga muvofiq, bazedov kasallishda qalqonsimon bezning giperfunktseyasi bilan shpertosfiyasi miya ortig'i funktsiyasining o'zgarishi tufayli yuzaga keladigan ikkilamchi hodisadir, bunda miya ortig'i tireotrop gormoni, ya'ni qalqonsimon bezni sgimullaydigan gormoni ko'plab ishlab chiqarib turadi.

Uchinchi fikrga muvofiq, qalqonsimon bez funktsiyasining buzilishiga (kuchayib ketishiga) olib keladigan o'zgarishlar oraliq miyaga, jumladan kulrang do'mboqqa,

balki miyachaga ham bog'liq, chunki shu tuzilmalariga ba'zi qismlariga ta'sir ko'rsatdi yuzasidan qo'yilgan tajribalarda qalqonsimon bez giperfunksnyasiga aloqador talaygina o'zgarishlarni keltirib chiqarish, qalqonsimon bezning o'zida esa, struktura o'zgarishlarini topish mumkin bo'ldi. Bazedov kasalligining nerv nazariyasi tarixan eng eski nazariya. Avvalo, klinika tajribasi kasallikning kelib chiqishi nervlarga aloqador ekanligiga ko'rsatadi, shunda ham nerv. Sistemasi oliy bo'limlarining — miya yarim sharlari po'stloqining yetakchi ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi (modomiki shunday ekan, o'rta miyadagi tegishli tuzilmalar ishining buzilishi birlamchi hodisa bo'lmay, keyingi tartibda turadigan hodisadir). Bazedov kasalligining tabiatiga (loaqaq shu kasallikning ko'pchilik hollariga) mana shu so'ngi nuqtai nazardan qarashni hammadan to'g'ri, deb hisoblash kerak. Albatta qalqonsimon bez giperfunksiyalashning roli bu bilan mutlqo ivkor etilmaydi, balki mana shu faktor kasallik patogenezida, yuqorida aytilganidek, unga e.ng xarakterli hisoblanadi.

Qalqonsimon bezning ortiqcha miqdorda ishlab chiqaradigan gormoni sifati jihatidan o'zgargan bo'lishi mumkin (disfunksiya). Bu gormon ta'sir etganda, asosan simpatik nerv sistemasini, lekin qisman parasimpatik nerv Sistemasi ham qo'zg'atadi (chamasi, ularning markazlarini).

Patologoanatomik jihatdan odatda qalqonsimon bezning, ba'zi ,hollarda, diffuz ravishda, boshqa xollarda, tugun-tugun bo'lib kattalashgani aniqlanadi (struma). Mikroskop ostida tekshirilganda pufakchalar yassi epiteliysining silindrik epiteliyga aylanib, keskin proliferatsiyaga uchraganligi ko'riladi, natijada manzara adenomaga o'xshab qoladi follikulalar deyarli yo'qolib ketadi, kolloid esa bo'yalmay qoladi, chunki suyuqlanib, yoddan mahrum bo'lsa ajab emas. Bez qonga to'lganligi bilan ajralib turadi. Normal qalqonsimon bez parenxmatoz elezdentlarining psherplaziyasidan iborat bo'lgan xili bilan yallig'lanishi yoki sklerotik protsess natijasida oldindan o'zgarib qolgan bezning tireotoksik tarzda aynishidan iborat xili, ya'ni ikkilamchi bizedov strumasi tafovut qilinadi.

Boshqa organlardan gipofizda, shuningdek yurakda (yurak muskuli distrofiyasi) va jigarda (seroz gepatit) yuzaga kelgan o'zgarishlar ko'riladi.

Kasallikning klinik manzarasi goho bir qadar shiddat bilan, goho bir qadar sekin avj olib boradi: odam juda ham asabiylashib bezovtalanib turadigan bo'lib qoladi, umuman holi turib, ko'p terlaydi, badani qizib, uyquasi buziladi, yuragi o'ynab turadi.

Kasallik manzarasi avvalo ma'lum simptomlar triadasidan a) struma; b) kuzning chaqchayib turishi va v) taxyakardiyadan iborat bo'ladi.

Struma, ya'ni kattalashib ketgan qalqonsimon bez odatda, xususan kasallikning boshida ancha yumshoq bo'ladi (keyinchalik u bezda, odatda arzimas qo'shuvchi to'qima paydo bo'lishi tufayli, qattiqroq bo'lib qoladi). Struma ustida ba'zan

pulsator shovqinlar eshitaladi. Qalqonsimon bezning faqat bir bo'lagi kattalashuvi yoki struma to'sh orqasida joylashgan bo'lishi mumkin; u fakat rentgenologix yo'l bilan tekshirishda ma'lum bo'ladi, retrosternal struma deb shuni aytiladi. Ahyon-ahyonda qalqonsimon bez basedov kasalligida kattalashmaydi. Bez funksiyasiniig kuchayishi bilan hajmiga kattalashuvi orasida to'la muvofiqlik yo'q.

Ko'zning chaqchayib turishi ko'pincha ikkala ko'zga, ahyon-ahyonda bitta ko'zga taalluqli bo'ladi. Bunda odam yuzi qo'rqqandek, ba'zan butunlay dahshatda qolgandek bo'lib ko'rinadi. Basedov kasalligi uncha avj olmagan paytdayoq, kasalning tikilib boqishi, xususan ko'zning yaltillab turishi diqqatni o'ziga jalb qi'ladi. Bundan tashqari quyidagilar juda tipik: a) Grefe simptomi: ko'z soqqasi pastga harakat qilganida ustki azolarining orqada qolish ko'riladi, shuning natijasida ko'z qorachig'i ustida sklera yo'li ko'rib turadi; b) M e b i u s simptomi — ko'zlar kokvergeyatsiyasining yetishmovchiligi: qanday bo'lmasin buyum (barmoq) bemor ko'zlariga yaqinlashtirilganida, ko'zlar uzoq bir nuqtaga qarab turolmaydi va ko'z soqqasining bittasi yoki ikkalasi xayri ixtiyoriy ravishda bir tomonga oriy ketadi; v) ko'zning kam va chala ochilib yumilishi, bu ustki qovoqning orqada qolishi bilan ham, ko'zning chaqchayib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi; g) ko'z yorurining katta ochilib turishi (lagoftalm). Ko'z syushtomlari tegashli ko'z muskullarga innervatsiya qiladigan simpatik nervlar funksiyasining kuchayib ketishi munosabati bilan kelib chiqadi. Masalan, ko'zning chaqchayib turishi simpatik nervdan tola oladigan ko'z kosasi orbital muskulining zo'r berib qiqarishiga bog'liq, der xisoblanadi, o'sha muskul bir uchi bilan ko'z kosasining chetiga biriksa, ikkinchi uchi bilan ko'z soqqasidagi orqa qutbga biriyukan bo'ladi bundan o'sha muskul zo'r berib qisqarganida, ko'z olmasining do'ppayib chiqishi tushunarlidir; Grefe simptomi ustki qovoqli ko'taradigan muskul —zo'r berib qisqarishiga bog'liq, deb hisoblanadi.

Gipertireozda taxikardiya birinchi bo'lib, simptom tariqasida yuzaga keladi va, ba'zan, kasallikning bilinmas deb ataladigan xillarining birdan-bir belgisi bo'ladi. Avvaligi u notayin bo'ladi va, faqat, harakat vaqtida yoki hayajonlanganda ro'yobga chiqadi; keyinchalik u doimiy bo'lib qoladi va tinch holatda ham kuzatilaveradi. Kasallar yuragining o'ynab turishini sezadi; puls to'la va ba'zan, bir qadar tarang bo'ladi. Mitral klapan arterial bosim bir oz ko'tariladi, minimal arterial bosim pasayadi; amplitudasi kattalashgan bo'ladi. Mayda va yirik tomirlar tegib turadi, kapillyar puls ham kuzatilishi mumkin. Qon aylanish tezligi juda ortgan, aylanib turadigan qon massasi bilan minutli hajmi ham ko'payib qolgan bo'ladi. Kasallikning dastlabki davrida yurak o'zgarmaydi, zarbi zo'raygan, tonlar juda kuchaygan, qattik bo'ladi. Keyinchalik yurak gipertrofiyaoi va dilyatatsiyasi belgilari yuzaga keladi, ritm bo'lmalar titrashi va ekstrastoliya ko'rinishida buziladi, fukksional shovqinlar, shu bilan birga, yolg'iz sistolik shovqin emas,

balki, ba'zan, diastolik shovqin ham eshitiladi. Pirovard natijada yurak yetishmovchiligiga xos og'ir manzara paydo bo'lib, qon dimlanib qolishiga aloqador hodisalar kelib chiqadi. Bazedov kasadligida yurak simptomlarining kelib chiqishiga, bir tomondan, vegetativ nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va moddalar almashinuvining kuchayganligi sabab bo'lsa, ikkinchi tomondan miokarddagi distrofik o'zgarishlar sabab bo'ladi (miokardning holdan toyishi natijasida ham, ortiqcha bez gormonining zaharlarga ta'sir ko'rsatishi natijasida ham). Nerv sistemasiga aloqador belgilardan umuman ortiqcha qo'zqg'alish, titroklik, xususan oldinga uzatilgan qo'llarning qaltirashi, oyoqlar, bosh, ayrim muskul gruppalarining ham titrab turishi ko'riladi; bemorlar affektlarga moyil, besabr, shoshqaloq bo'ladi; .ba'zan psixozlar kuzatiladi. Asosiy almashinuv miksedomadagiga qarshio'laroq, keskin kuchaygan bo'ladi (50% gacha va bundan ko'proq). Oqsillar zo'r berib parchalanadi, qand almashiyauvi izdan chiqadi (qondagi qand miqdori ko'payadi, ovqat nagruzkasidan keyin esa, siydikda ham qand paydo bo'ladi), qonda xolesterin miqdori kamaygan bo'ladi, Disoimilyatsiyairotsesslari assimilyator protsesslardan ustunroq turadi. Natijada odam bazedov kasalligiga xos tarzda ozib ketadi. Odam haddan tash'ari tez ozib ketishi mumkin, biroq ahvoli yaxshilanganda toshi yana tez ortib boradi. Tane temleraturasi odatda 37,5 gacha, ahyon-ahyonda 38 gacha Na bundan ortiqroq ko'tarishga moyil bo'ladi. Kasallar badani qizib turishi va hadeb terlayverishidan qiynalib, yengil kiyinib yuradi, kechasi esa, ustiga yelka avvalo yopib yotadi. Zo'r berib issiq ajralib turadigan bo'lganligidan teri qizg'ish bo'lib turadi odatda teri ham, yupqa va elastik bo'ladi; keskin dermografizm ko'riladi.

qalqonsimon bez funktsiyasi, shu bezning nishonlangan yodni tutib qolish xususiyatiga qarab tekshiriladigan bo'lsa, funktsiyasi odatda xiyla zo'raygan bo'lib chiqadi. Xazm organlariga aloqador belgilardan me'da sekretsiyasining kuchaygan bo'lishi, qayt qilib turishga moyillik xarakterli bo'ladi, xususan ichning surib turishi tipik. Toksik sariqlik kasallikning og'ir ko'rinishlari jumlasiga kiradi. Jinsiy funktsiya ko'pincha izdan chiqqan bo'ladi (fayz kamayib qoladi); ko'krak bezlarining yaxshi etiladi qolishi, jinsiy moyillik susayishi ko'riladi kasallikning o'tishi har xil bo'ladi va bilinmaydigan yengil formalaridan tortib (gipertireoz), o'tkir holda kechadigan og'ir protsessgacha boradi. Kasallik odatda vaqt-vaqti bilan qaytib hamda zo'rayib, necha yillargacha cho'ziladi. Yurak bilan jigarda tobora zo'rayib boradigan o'zgarishlar yuzaga kelishi xavfli, bu o'zgarishlar o'limga olib borishi mumkin. Bazedov komasi, deb ataladigan odisa yuzaga kelishi mumkinligini ham aytib o'tish kerak, bu hodisa umuman qattiq zaharlanish, holdan ketish, qayt qilish bilan birga davom etadi. Va'zan bazedov kasalligi miksedomata aylanadi.

Davosi aosan xirurgik, ya'ni bezning kattagina kamini olib tashlash. Yurakka aloqador hodisalar operatsiya qilishga monelik kelmaydi, chunki boshqa davo vositalari naf bermaydi, operatsiyadan keyin esa qon aylanishi xiylagina va tez orada yaxshilanib qoladi. Operatsiya qilishdan oldin yodning kichik dozalari bilan davo kursi o'tkazish zarur. Yod yo lyugol eritmasi ko'rinishida 10,0) kuniga 15 tomchidan 1 — 3 marta, yoki 5% li kaliy yodiya eritmasi ko'rinishida kuniga 5 tomchidan 3 marta 3 hafta davomida beriladi. Yod bilan davolash kursidan keyin bemorlarning umumiy ahvoli odatda ancha yaxshi bo'lib qoladi, asosiy almashinuv pasayadi, kasallikning boshqa ko'rinishlari ham susayadi va operatsiya osonroq o'tadi. Yod bilan davo qilish angil hollarda kasallikning uzoq bosilib turishiga {yoki bemoryaing tuzalib ketishiga) olib kelishi mumkin.

Yod bilan davo qilish takror buyurilganida kamroq nafas berishi ma'lum bo'lgan. Yod bilan davo qilish shunga asoslanganki, qonda anorganik yod miqdori ko'payadi (organik yod miqdori esa kamayadi) va yod qaltonsimon bezda zo'r berib to'planadi. Yod o'rniga diodtirozyan qo'llanish ham tavsiya etiladi {0,05»— 0,1 g dan kuniga 3 marta).

So'nggi vaqtlarda siydikning unumi — tiouratsil bilan davolash usuli muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Davo kursi 2 hafta mobaynida 0,2 g dan ovqatdan keyin kuniga 3 marta, keyin esa 2 hafta mobaynida 0,2 g dan kuniga 2 marta va, nihoyat, 2-4 hafta mobaynida yana xuddi shunday dozada kuniga bir marta preparat ichishdan iborat, Bunday davo umumiy almashinuvning xiylagina pasayishiga, simpatik nerv qo'zg'aluvchanligining kamayishiga olib keladi; kasallikning talaygina simptomlari qaytishi boshlanadi va, ba'zan, kasallik uzoq vaqtgacha bosilib turadi. Ba'zan kichik dozada, kuniga 10 birlikdan 2 — 3 marta vnsulin bilan davolash yaxshi nafberadi. Rentgenoterapiya juda kam qo'llaniladi. Rentgenoterapiyadan maqsad — X nurlari ta'sirida qalqonsimon bez to'qimasining bir qismini yemirish. Shu usul bilan davolashda qanday dozada nurlantirish masalasi qiyinchilik tug'diradi. Odatda bezning turli maydonlariga bosim 3 — 4 marta nur beriladi. Bu usulning kamchiligi shuki, u bezda chandiq va bitishmalar paydo bo'lishiga yordam beradi, bu keyinchalik operatsiya qilishni qiyinlashtirib qo'yadi. Bazedov kasalligiga muhtalo bo'lgan bemorlarga nishonli yod yordami bilan (yod 131 bilan) davo qilishning yangi usuli juda foydali; radioaktiv yod 5 — 6 mill.ikyuridan 1 — 2 m.arta yoki kurs ko'rinishida mayda dozalar bilan beriladi. Bu usul tufayli kelajakda operatsiya usuliga hojat qolmasa kerak. Yuqorida tasvir etilganlardan tashqari, nerv sistemasini tinchlantiradigan moddalar (lyuminal, brom, xinin va boshqalar), shuningdek simpatik nerv qo'zg'aluvchanligini kamaytiradigan preparatlar (vorsenkalaridan olinadigan ergotaminni kuniga 3 marta 0,1 — 0,2 mg dan teri ostiga yuborish) ahamiyatga ega. Ovqat sut va o'simliklardan tayyorlangan, lekin mo'l va sifatli bo'lishi kerak.

Mustaqil ish. Sistemali sklerodermiya simptomologiyasi.

Uyga vazifa. 32

Amaliy mashg'ulot №13

Bo'g'im kasalligi bilan og'riqan bemorlarni tekshirish. So'rab-surishtirish. Bog'implarni ko'zdan kechirish va palpatsiya qilish. Revmatoidli artrit simptomatologiyasi. Artrozlar haqida tushuncha. Biriktiruvchi to'qima kasalligi bilan kasallangan bemorlarni tekshirish. Kollagenozlar haqida tushuncha.

Talabalarning nazariy bilimlarini baholash:

A)Frontal usuli:

1. Bo'g'im kasalliklari bilan og'riqan bemorlarning shikoyatlari
2. Bo'g'im kasalliklarida bemorlarni ko'zdan rish,palpatsiya
3. Labarator va diagnositik tekshirish
4. Bo'g'im kasalliklarining umumiy belgilari va lokalizattsiyasi
5. Revmatoidli artrit. Artritlarga tavsif bering
6. Revmatoidli artritning klinik ko'rinishi
7. Revmatoidli artritning aktivlik darajalari
8. Revmatoidli artritning kechishi,oqibati va davolash
9. Deformatsiyalovchi osteoartrozlarga tavsif bering
10. Osteoartroz etiopatogenezi
11. Osteoartroz diagnostikasi ,qo'shimcha tekshirish usullari
12. Osteoartrozlarning kechishi,davolash profilaktikasi
13. Sistemali qizil Yugurikning etiopatogenezi, klinikasi
14. SQYU ning diagnostik kriteriylari
15. Sistemali sklerodermiyaning etiopatogenezi klinik kechishi
16. Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriylari
17. Allergozlar haqida tushuncha
18. Eshakemi sabablari,klinikasi ,davolash
19. Kvinke shishi sabablari,klinikasi,1-yordam
20. Anafilaktik shok sabablari,klinikasi diagnostikasi,shishilinch

yordam

Akademik polemika" usuli

Gruppa ikki guruhga bo'linadi, har biriga vaziyatli masala topshiriladi, masalan, "konsultatsiya shifokor-bemor". Har bir guruhda 1-2 talabalar konsultatsiya yaxshi tomonlarini yozib oladilar – "advokatlar", boshqa 2 ta talaba konsultatsiyaning manfiy tomonlarini yozib oladi – "prokurorlar".

Advokatlar va prokurorlar xulosalari butun guruh bilan tahlil qilinadi.

BO'G'IM - TAYANCH TIZIMI

SHIKOYATLAR

Suyak, bo'g'im, mushak va biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari kollagenoz kasalliklar deb nomlanuvchi alohida turkum kasalliklarni tashkil qiladi. Kollagenozlarning rivojlanishida organizmda kechayotgan immunologik va autoimmunologik jarayonlar yetakchi ahamiyatga ega. Shuni alohida ta'kidlash kerakki, ayrim hollarda biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari birlamchi bo'lib, ularga xos bo'lgan simptomlar asosiy o'rinni egallaydi (aslida bir paytning o'zida boshqa organ va tizimlarda o'zgarishlar yuzaga kelgan bo'lsada). Boshqa hollarda esa suyak, bo'g'im, mushaklarning diffuz yallig'lanishi boshqa kasalliklar bilan (modda almashinuvining buzilishi, endokrin kasalliklar) birgalikda kechishi mumkin. Shuning uchun biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarini o'rganish tekshiruvchidan bu kasalliklarga xos bo'lgan yetakchi simptomakomplekslarni puxta o'rgangan holda organizmdagi hayotiy zarur a'zolar funktsional holatini ham to'g'ri baholay olishni talab qiladi.

Bo'g'im-tayanch tizimi va biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklarida bemorlarning shikoyatlari nihoyatda xilma-xil. Asosiy shikoyatlar bo'g'implarda og'riq, umurtqa pog'onasi yoki mushaklarda og'rik xarakterda bo'g'implarda shovqin (gijirlash, shitirlash), ertalablari bo'g'implarda zirqirash, ko'rinishida bo'ladi. Qo'shimcha shikoyatlar esa haroratni ko'tarilishi, varaja qilish, ko'p terlash, tez charchash, holsizlik, ozish. Shuningdek, shikoyatlar yallig'lanish jarayoniga turli tizimlar qo'shilganligi sababli ko'krak qafasida og'riq, muskullarda og'rik, boylam va paylarda og'riq, qo'l panjalarning ivishganday bo'lishi, ularni oqarishi (Reyno sindromi) ko'rinishida ham uchraydi.

Oyoq-qo'l panjalaridagi mayda bo'g'implarning simmetrik jarohatlanishi, aktiv va passiv xarakterda og'rikning yuzaga kelishi revmatoid poliartrit uchun xarakterli. Kasallikning so'nggi bosqichlarida bo'g'implarda deformatsiyalar, harakatsizlik (ankiloz) holatlari ham kuzatiladi. Bemorlarda ertalablari bo'g'implarning zirqirashi va tirishishi kuzatilib, kunning ikkinchi yarmiga borib esa bo'g'implardagi harakat yengillashadi. Deformatsiyalovchi artrozda og'riqlar asosan jarohatlangan bo'g'imda zo'riqish bo'l-gandagina yuzaga keladi, kechqurunga qarab kuchayadi. Ankilozlanuvchi spondiloartroz (Bexterev kasalligi)da og'riqlar umurtka pog'onasi va dumgaza yonbosh birikmasida joylashgan bo'lib, asosan bir holatda uzoq vakt turganda, ko'pincha tunda kuchayadi. Keyinchalik bu turdagi og'riqlar doimiy xarakterda bo'ladi.

Revmatik poliartritda og'riklar o'ziga xos ko'rinishda bo'ladi: bunda yirik bo'g'implar jarohatlanib, asimmetrik xarakterda bo'ladi, og'riqlar «ko'chib yuruvchi» ko'rinishni olib, jarayon bo'g'implarda navbatma-navbat ko'chib yuradi. Og'riq yangi bo'g'imga ko'chganda dastlabki bo'g'imdagi og'riqlar kamayib

xarakat tiklanadi. Revmatizm faolligi susayganda bo'g'imlardagi o'zgarishlar izsiz yo'qoladi.

Katta va o'rta yoshdagi erkaklarda asosan oyoq bosh barmog'i, panja bo'g'imidagi o'tkir, hurujsimon, tungi og'riqlar organizmda purin asoslari almashinuvining buzilishi natijasida (podagra) yuzaga keladi.

Mushaklardagi og'riqlar turli xil ko'rinishda bo'ladi. Tarqoq ko'rinishdagi og'riqlar patologik jarayon barcha muskullarga tarqalganligini ko'rsatadi. Oyoq ikrasimon mushaklaridagi yurganda kuchayadigan og'rik oyok tomirlari aterosklerozida obliterlovchi endoarteriitda kuzatiladi. Bu og'riqlar yurgan vaktda kuchaysada, xarakat to'xtalishi bilan og'riqlar susayadi («o'tib ketuvchi oqsoqlanish»). Mushaklarga xos og'riqlar trixinellyozda, sistitserkozda, miozidlarda, professional kasalliklarda (yuqori va pastki xarorat), turli xil jarohatlarda kuzatiladi. Bunday holatlarda og'rikning joylashgan joyiga, xarakteriga, davomiyligiga e'tibor beriladi.

Tana xaroratini ko'tarilishi, teridagi turli xil toshmalar (petixiya, eritema) biriktiruvchi to'qima diffuz kasalliklarida teri qoplamlaridagi asosiy o'zgarishlar ko'rinishida uchrab, ular mikrotsirkulyator ko'rinishidagi qon aylanishining buzilishi bilan bog'lik.

Mushaklarga xos bo'lgan kamquvvatlik (mushak gipotoniyasi) – biror bir og'ir kasallik natijasida uzoq vaqt harakatsiz to'shakda yotgan bemorlarda uchraydi. Shuningdek, ba'zi bir nevrologik kasalliklarda (miatoniya, miasteniya, kuchayib boruvchi mushak distrofiyasi) da kuzatiladi. Masalan, miasteniya dagi muskul kamquvvatligi kuyidagicha: bemor dastlab ma'lum bir xarakatni tulik bajara oladi, lekin keyingi xarakatlarda mushak kuchi kamayib borib, butunlay bajara olmaydi (yuqori qovoqni ko'tarish, yutinish harakati, chaynash harakati).

Mushaklarga xos bo'lgan faol xarakatlarning susayishi parez, xarakatni to'liq bajara olmaslik esa paralich deyiladi. Parez va paralich ko'rinishlari ularning inervatsiyasini buzilishi natijasida istalgan mushak yoki muskullar guruxida bo'lishi mumkin: monoplegiya – bitta oyoq yoki qo'lning harakatini buzilishi; paraplegiya – xar ikkala qo'l yoki oyoqning paralich bo'lishi; gemiplegiya – o'ng yoki chap tomondan oyoq va qo'lning xarakatsizlanishi; tetraplegiya – qo'l va oyoqlarni xarakatsiz bo'lishi. Paralich va parxezlar orqa miya periferik nervlarini jarohatlanishi (qisilish, o'sma) va bosh miyadagi o'choqli o'zgarishlar (qon quyilish) da kuzatiladi.

Ba'zi holatlarda bemorlar oyoq-qo'l panjalarini sovuq qotishi va oqarishiga shikoyat qiladi. Bir paytning o'zida barmoqlarda og'riq yuzaga kelib, terining sezgirliги pasayadi (Reyno sindromi). Bu o'zgarishlar qon aylanishini buzilishi, trofik o'zgarishlar natijasida kelib chiqadi.

Anamnez. bemorlardan anamneziga xos ma'lumotlar yig'ilganda quyidagilarga alohida e'tibor berish kerak:

- Kasallikning davomiyligini aniqlash uchun kasallikka xos bo'lgan dastlabki belgilarni o'rganish.
- Turli organ va tizimlarning jarohatlanganligini ko'rsatuvchi shikoyatlar xususiyatlarini o'rganish.
- Kasallikning rivojlanish tarixi xususiyatlarini o'rganish.
- O'tkazilgan davo-tadbirlar xususiyatlarini o'rganish.
- Mexnatga layoqatlik qobiliyatini o'rganish.

Ko'zdan kechirish

- Bemorlarni ko'zdan kechirganda ularning umumiy ahvoriga, teri qoplamlari va shilliq pardalarning holatiga, suyak-mushak tizimidagi o'zgarishlarga alohida e'tibor beriladi.
- Ko'zdan kechirishda bemorning qaddi-qomatiga e'tibor berish alohida ahamiyatga ega:
- Kifoz – umurtqa pog'onasida orqaga chiqqan bukrilik yoki gumbaz (gibbus).
- Lordoz – umurtka pog'onasida oldinga chiqqan bukrilik.
- Skolioz – umurtka pog'onasini yon tomonga qiysayishi
- «Exson so'rovchi» holat – umurtka pog'onasi ko'krak qafasi qismini kifozi bo'yin qismining giperlordozi bilan birgalikda kuzatiladi.
- Mushaklar. Bemorlarni ko'zdan kechirishda mushaklarning harakat kuchi darajasiga, ularning tonusiga, shuningdek, paypaslab ko'rilganda og'riq bor yoki yo'qligiga e'tibor beriladi. Mushaklarning atrofiyasi nerv tizimi kasalliklarida, paralich va parxezlarda kuzatiladi. Mushaklarni tekshirishda ulardagi ixtiyorsiz qisqarishlar borligi farqlanadi:
- Tetanik qisqarishlar – bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etuvchi muskul qisqarishlari (meningit, quturish, kokshol) ko'rinishida bo'ladi.
- Klonik qisqarishlar – ketma-ket yuzaga keluvchi mushak qisqarishlari (epilepsiya xuruji).
- Bo'g'imlar. Bemorlarni ob'ektiv ko'zdan kechirishda bo'g'imlarning konfiguratsiyasiga, mahalliy shish va og'riq borligiga, aktiv va passiv xarakterlarning hajmiga, bo'g'im ustidagi teri va yog' qatlamidagi o'zgarishlarga e'tibor beriladi.
- Bo'g'imlar konfiguratsiyasining o'zgarishi bo'g'imlarda yuzaga kelgan
- Yallig'lanish jarayonlari tufayli kuzatiladi. Bo'g'im sinovial pardasi va bo'g'im atrofi yumshoq to'qimalaridagi yallig'lanish shishi natijasida bo'g'imning hajmi ortadi, bo'g'im qirralari silliqlashadi, bo'g'im atrofida shish yuzaga keladi.
- Bo'g'imning shaklini o'zgarishi – bo'g'im yuzasida va bo'g'im tog'ay to'qimasida destruktiv o'zgarishlar natijasida bo'g'imda ankiloz, suyak o'sishlari, mushak boylam tizimining jarohatlanishi va suyak chiqishlari ko'rinishida kuzatiladi. Masalan, revmatoidli artrit kasalligida qo'l panjalari

go'yoki dengiz mushugining panjasini eslatadi: 3-4-5 barmoqlar tirsak suyagiga qarab bukiladi, shuningdek, kaft panjalari bilak suyagiga qarab ham bukilishi mumkin.

- Deformatsiyalanuvchi osteoartrozda esa panja falanga bo'g'imidagi suyak chiqishi va radial yoki ular deviatsiya (bukilish) tufayli bo'g'implarning distal qismida (Geberden tugunchalari) va proksimal qismida (Bo'shar tugunchalari) tufayli qo'l panjalarida o'ziga xos ko'rinish yuzaga keladi.
- Varus ko'rinishidagi deformatsiya (genu varus) – tizza bo'g'imida bo'g'imning medial yuzasi tog'ay qismidagi degenerativ o'zgarishlar natijasida oyoqlar O-simon kurinishni egallaydi.
- Valgus ko'rinishidagi deformatsiya (genu valgus) – tizza bo'g'imi tog'ay qismining hamma sohasidagi degenerativ o'zgarishlar tufayli oyoqlar X-simon ko'rinishni egallaydi.
- Maxalliy ko'rinishdagi shish – bo'g'im atrofi seroz pardasini yallig'lanishida kuzatiladi.
- Dyupyuitren kontrakturasi – IV-V barmoqlar pay va apanevrozining yallig'lanishi natijasida falangalararo bo'g'im proksimal qismi va kaft falanga bo'g'imi bukilgan holatni egallaydi.
- Tofuslar – podagra kasalligida purin asoslarini almashinuvining buzilishi natijasida urat krisstallari teri ostiga xar xil kattalikdagi qattik xosilalar ko'rinishida yig'iladi (tirsak, tizza bo'g'imi soxasida va falangalararo bo'g'im atrofida).

Palpatsiya

Mushak-tayanch tizimi kasalliklarida palpatsiya usuli tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumotlarni aniqlash imkonini beradi:

Teri qoplamlarini qattiqlashishi va dag'allashishi sistemali sklerodermiya va dermatomiozitda uchraydi. Reyno sindromida barmoq panjalarining oxirgi falangasi qo'lga sovuq unnaydi, shuningdek, mushakning og'riqli bo'lishi odatdagi miozitda ham uchraydi.

Bo'g'im atrofida mahalliy gipertermiya va shish bir vaqtning o'zida ushbu bo'g'imda harakatning chegaralanishi, og'riqli bo'lishi va bo'g'im deformatsiyasi bilan birgalikda kuzatiladi (revmatik artrit).

Bo'g'implar passiv xarakatini chegaralangan bo'lishi. Bo'g'im yuzasi mushak va paylarda chandiqlanish natijasida bo'g'imdagi harakatlar dastlab chegaralangan, keyinchalik esa to'liq harakatsiz ko'rinishni egallaydi.cxvv

Mushaklar tonusini aniqlash. Barcha bo'g'im va mushaklardagi nafaol xarakatlarni navbatma-navbat bajarib ko'rish natijasida mushaklarning tonusi o'rganiladi. Mushaklar tonusining periferik hara-katlantiruvchi neyron funksiyasini buzilishi bilan bog'liq bo'lgan kontraktil tonusi va miofibrillalarning ichki muhiti bilan bog'liq bo'lgan plastik tonusi tofavut qilinadi. Mushaklar tonusi pasaygan yoki oshgan bo'lishi mumkin. Mushaklar tonusi pasayganda ular qo'lga palpator yumshoq (xivillagan) ko'rinishda

unaydi; passiv harakatlarni bemorda bajartirib ko'rganda tekshiruvchi mushak karshiligini his qilmaydi. Mushaklar gipotoniyasi asosan periferik nervlar jarohatlanganda, mushaklar uzoq vaqt harakatsiz turganda kuzatiladi. Mushaklar tonusini oshishi piramida yo'llari shikastlanganda reflektor ravishda yuzaga keladi. Bunda mushaklar qattiklashadi, ularda passiv xarakatlarni o'tkazish qiyinchilikni yuzaga keltiradi.

Mushaklar plastik tonusini oshishi ulardagi passiv harakatning kuchi va tezligiga ta'sir qilmaydi, mushak istalgan xolatda gipertonus ko'rinishini saqlab qoladi. Bu xildagi o'zgarishlar aynan mushakning kasalliklarida emas, balki bosh miya markazlari (oq yadro va qora yadro) jarohatlanganda ham kuzatiladi.

Mushak kuchini aniqlash. Mushak kuchi ikki xil ko'rinishda aniqlanadi: 1. vrachning bemorni oyoq-qo'llarini yozish yoki bukish harakatlarini bajarayotganida bemor bu xarakatlarga qarshilik ko'rsatadi (statistik kuchi).

Anafilaktik shok

Anafilaktik shok tez tipdagi allergik reaksiya bo'lib markaziy asab tizimining dastlab qo'zg'alishi va keyinchalik pasayishi, bronxospazm, keskin arterial gipotoniya bilan xarakterlanadi.

Etiologiya. Anafilaktik shokning sababi bulib organizmga sensibilizatsiya chakiruvchi moddalarni kayta tushishi xisoblanadi. Bu kupincha dori moddalar penitsillin, streptomitsin, novokain, vitamin V1, boshka antibiotiklar, sulfanilamidlar, vaktinalar, zardoblar, usimlik changlari va boshkalar sanaladi. Takidlash lozimki, anafilaktik shok ilgari ishlatilgan antibiotiklarni kullanilganda (penitsillinga oz mikdorda sinov utkazishda) yoki birta shprints, nina orkali ikkinchi xil dorini takror ishlatilganda ruy beradi. Anafilaktik shokka moyilligi bulgan bemorlarni anamnezi suralganda ularda allergik reaksiyani ma'lum darajada belgilarini aniklash mumkin buladi. Odatda anafilaktik shok dorilarni parenteral va shillik kavatlarga yuborilganda yuzaga keladi. Ba'zan xasharotlar chakishida xam anafilaktik shok ruy beradi.

Patogenez. Antigenni organizmga (dori modda, vaktina va b.) birlamchi tushishida antitelo xosil bulishi, xar xil tukimalarda maxkam urnashishi kuzatiladi. Bu moddalarni organizmga takror tushishida antigen -antitelo kompleksi xosil buladi. Bunda xujayralardan kongra kup mikdorda biologik faol moddalar gistamin, bradikinin, serotonin va boshkalar chikadi, bular xar xil a'zo va tizimlarga kup tomonlama ta'sir etadi, sillik mushaklar spazmiga, kon tomir devorining utkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Antigenni sirkulyatsiyadagi antitelolar bilan boglanishi komplementni faollashuviga, anafilotoksin paydo bulishiga olib keladi. Anafilaktik shok moddalarni birlamchi tushishida xam xosil bulishi mumkin.

Klinik manzarasi. Anafilaktik shok manzarasi uziga xos xususiyatlariga ega. Kursatib utilganidek anafilaktik shok tez fursatda, allergenni organizmga tushgandan sung bir necha soniya yoki dakikada (yarim soatgacha) rivojlanadi. Birlamchi simptomi bulib bosh aylanishi, bosh ogrigi, kurkuv xissi, bezovtalik, sovuk ter bosishi, xansirash, kukrak kisilishi xissi, yutal xuruji paydo buladi. Ayrim xollarda bir vaktida teri kichishi, urtikar toshmalar, allergik shishlar, taxikardiya, korinda ogrik, kusish, ich ketish, talvasa tutishi kuzatiladi. Keyinchalik klinik belgilar uzgaradi, tez orada xalkum shishi, asfiksiya, kuchayib boruvchi gipotoniya, ichki a'zolar shishi va kon kuyilishi (ayniksa bosh miyada kon kuyilishi xavfli) yuzaga keladi. Ogir xolatlarda bemor xushini yukotadi buning okibati yomon tugaydi.

Davolash. Birinchi navbatda allergenni ta'sirini tuxtatish (dori yuborilgan joy yoki xasharot chakkan joyni yukorisidan jgut boylash, adrenalin eritmasini yuborish, antigistamin vositalar (dimedrol, suprastin), anti allergik, yalliglanishga karshi glyukokortikosteroid gormonlar (prednizolon, deksametazon) beriladi. Xar bir individual xolat uchun simptomatik davo kilinadi oksigenoterapiya, yurak glikozidlari, angiotonik vositalar va boshkalar kullaniladi.

Kvinke shishi

Allergik shish (sinonim Kvinke angionevrotik shishi) teri, shillik va shillik osti kavatini chegaralangan utib ketuvchi shishi xurujiga aytiladi

Etiologiya va patogenez. Turli xil allergenlarga nisbatan allergik reaksiya formalaridan biri sanaladi. Kon tomir reaksiyalari, kon tomir utkazuvchanligi katta axamiyat kasb etadi.

Klinik belgilari. Angionevrotik shish allergen ta'sirida bir necha soniya yoki dakika ichida dastlabki belgilersiz utkir boshlanadi. Kupincha lab, kovok, kuz atrofii va boshka a'zo (xalkum, oshkozon va xokazo) da chegaralangan shish rivojlanadi. Shishning davomiyliigi bir necha dakikadan bir necha soatgacha davom etadi. Shishning ulchamlari xar xil bulib kaft yuzasi kattaligidan oshadi. Takror allergik shishlar bir a'zoda yuzaga kelishi mumkin.

Davolash. Glyukokortikoidlar, gistaminga Karshi vositalar, kaltsiy preparatlari kullaniladi.

Muammoli masalalar

1-masala. Vazomotor riniti bor, toshma tshgan va yuqori nafas yo'llari yallig'langan bemor nafas qisishidan va quruq yo'taldan shikoyat qilgan. Tetratsiklin ichganda terisiga toshma toshib, qivhishishi aniqlangan. O'pka eshitib korilganda nafas chiqarishi cho'zilgan, yotqizib ikkala o'pka eshitib ko'rilganda hushtaksimon quruq xirillash eshitilgan. Tifno ko'rsatkichi – 50 foiz. Berotek bilan ingalyatsiya qilinganda keyin Tifno ko'rsatkichi – 55 foiz bo'lgan. Qondagi eozinofillar soni – 12 foiz, leykotsitlar $11 \times 10^9/l$ ga teng.

1. Bronxospazmaga nima sabab bo'lgan:

- a) bronxlarning qisilishi;
- b) bronxlarning quyuq balg'am bilan berkilishi;
- v) shilliq qavatlarning allergik yallig'lanishi;
- g) shilliq qavatlarning infeksiyali yallig'lanishi;
- d) hamma mexanizmlar ishtirok etgan.

2. Qanday davolash usulini to'g'ri deb hisoblaysiz:

2-masala. Surunkali obstruktiv bronxiti bor bemor bo'limda me'da yara kasalligi qaytalanishidan davolanmoqda. Bemorga atropin tayinlangan. Bemorni qiynalib ajraluvchi balg'am, yo'tal, kuchli hansirash va yuqori harorat ($37,8^{\circ}\text{C}$) bezovta qiladi. Bemorning ko'pgina dorilarga va ovqat mahsulotlariga allergiyasi bor. Surunkali bronxitni parhez va antibiotiklardan tashqari boshqa usullar bilan davolash muhokama qilinmoqda.

1. bu kasallikning davolashda qaysi davolash usulini qo'llash mumkin:

- a) tripsin bilan ingalyatsiya qilish zarur;
- b) asetilsistein bilan ingalyatsiya qilish kerak;
- v) kodein berish kerak;
- g) bromgeksin berish lozim;
- d) atropin berish kerak;

Mustaqil ish. Dermotomiozit simptomologiyasi.

Uyga vazifa. 33

Amaliy mashg'ulot texnologik xaritasi

Amaliy mashg'ulot №1

Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish

O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №2

Asosiy klinik sindromlar: hazm qilish yetishmovchiligi sindromi, ichak so'rilish yetishmovchiligi sindromi, o'tkir qorin, ovqat hazm qilish tizimidan o'tkir qon ketishlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar

	baholaydi	
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №3

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari: qizilo'ngach kasalliklari, gastritlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish	Talabalar tayyorlanib

jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №4

Yara kasalligi, mal'absorbtsiya sindromi, surunkali kolitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsuat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadilar
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediyaga, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №5

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal'patsiya, perkussiya)

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsogat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediyaga va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish

	usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlari, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadilar
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy	1. Yakunlovchi xulosa qiladi	Tinglaydi

bosqich (10 daqiqa)	2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Yozib oladi
------------------------	---	-------------

Amaliy mashg'ulot №6

Jigar va o't yo'llari. Tekshirish usullari: laborator-asbobiy tekshirish usullari).

Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlarga bo'lib
O'qitish jihozlarii	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu	Kichik guruhlarga

mashg'ulot (55 daqiqa)	bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №7

Jigar va o't yo'llari. Surunkali gepatitlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
O'qitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №8

Jigar sirrozi, surunkali xoletsistit. Oraliq nazorat № 3

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsosat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish

	usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadilar
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Buyrak va siydik ajratish tizimi. Tekshirish usullari: surab-surishtirish, fizik tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, pal`patsiya, perkussiya, laborator-asbobiy – tekshirish usullari).

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlarii	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va

	4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №10

Buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklari. Asosiy klinik sindromlar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi	Eshitib tayyorlanib turadil

(5 daqiqa)	3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №11

O'tkir va surunkali glomerulonefrit

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar,

	plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlarga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №12

O'tkir va surunkali pielonefritlarni simpto-matologiyasi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan

	jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va

	mustaqil kuratsiya qiladilar.	kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №13

Suyak-mushak va biriktiruvchi tuqima tizimi. Tekshirish usullari: so'rab-surishtirish, fizik tekshirish usullari, laborator-asbobiy tekshirish usullari. Asosiy klinik sindromlar.

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish	Talabalar tayyorlanib turadilar

(10 daqiqa)	4.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1.O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №14

Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi. Tekshirish usullari. So'rab-surishtirish, fizikal-tekshirish usullari. Laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assesment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №15

Ichki sekretiya bezlari va modda almashinuvi tizimi kasalliklari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya,

	perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №16

Qon tizimi. Tekshirish usullari. Fizik tekshirish usullari laborator-asbobiy tekshirish usullari

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsoat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov bosqichi (5 daqiqa)	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi 2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	Eshitib tayyorlanib turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va

	4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy mashg'ulot №17

Qon tizimi kasalliklari. Anemiyalar

1.1. Amaliy mashg'ulotning texnologik modeli.

Mashg'ulot soati 4 vsaat	Talabalar soni 10 gacha
Oqitish joyi	Kompyuter, multimediya va plakatlar bilan jihozlangan auditoriya
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulot rejasi	Ovqat hazm qilish tizimi. Bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish
Amaliy mashg'ulot maqsadi	Talabalarga bemorlarni tekshirish usullari, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, laborator va instrumental tekshirish usullarini o'rgatish
O'qitish uslubi	So'rov, amaliy konikmalarni bajarish, bemorlarni kuratsiya qilish
O'qitish shakli	Kichik guruhlariga bo'lib
O'qitish jihozlari	O'quv-uslubiy majmua, Darslik, multimediyalar, plakatlar, mulyaj
Baholash tartibi	Interfaol oyinlar, assessment, Wenn diagrammasi, muammoli masala va testlar bilan 100 ballik tizim bo'yicha

1.2. Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorlov	1. Auditoriya tozaligi nazorat qilinadi	Eshitib tayyorlanib

bosqichi (5 daqiqa)	2. Talabalarni davomati tekshiriladi 3. Talabalarni mashg'ulotlarga tayyorgarligini takshirish	turadil
O'quv jarayonini o'tkazish etapi (10 daqiqa)	1. Mavzu boyicha tayyorgarlik qilish 2. Kirish ma'ruza uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash, kompyuterni tayyorlash 3. Multimediya, videofilmlarni qo'yish 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Talabalar tayyorlanib turadilar
Nazariy mashg'ulot (55 daqiqa)	1. Talabalarni kichik guruhlariga bo'lib, mavzu bo'yicha savollarni Assesment, Wenn diagramma va b.q. beriladi. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 3. Slaydalar, multimedialardan foydalaniladi 4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar qatnashadilar tinglaydilar va savollarga javob beradilar
Klinik mashg'ulot (80 daqiqa)	1. O'qituvchi bilan birgalikda bemorlarni kuratsiya qilinadi 2. Talabalar har biriga bemor beriladi va ular mustaqil kuratsiya qiladilar.	Talabalar bemorlarning tahlil natijalarini va kuratsiya natijalari daftarga yozadilar
Yakuniy bosqich (10 daqiqa)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi	Tinglaydi Yozib oladi

Amaliy ko`nikmalarni bajarish texnikasi

Amaliy ko`nikma №1

1. Vazni o`lchash texnikasi.

(Zaruriy jihozlar: medistina tarozisi, bemorni nazorat qilish varakasi, medistina kulkoplari, dezinfekstion eritma saklanadigan idish, bemor oegi ostiga tushaluvchi bir martalik salftkalar eki odatdagi varak xam ishlatilishi mumkin).

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Medistina tarozisini tugri ishlashiga ishonch xosil kilish;	8
2.	Amalga oshirilanishi lozim bulgan manipulyastiya tugrisida etarli axborot berish;	6
3.	Medistina kulkoplarini va salftkani tayerlash;	7
4.	Bemor oegi ostiga bir martali salftkani eki odatiy kogosni tushash;	8
5.	Idishda dez. eritma borligiga ishonch xosil kilish va uni tayerlanish muddatini nazardan utkazish;	5
6.	Siydik pufagi va ichakni bushatish lozimligini uktirish;	15
7.	Bemorga ichki kiyimgacha echinish xamda poyafzalni echish lozimligini ta'kidlash;	15
8.	Medistina tarozisi maydonchasiga bir martalik salftkani eki oddiy kogosni eyish;	6
9.	Bemorga tarozi maydonchasi maydoni urtasiga chikishni taklif etish (tarozi shayini bush paytda);	5
10.	Tarozi shayinini ishchi xolatiga keltirish va bemor vaznini aniklash;	12
11.	Olingan natijalarni bemor xolatini nazorat qilish varakasining maxsus ajratilgan kismiga kiritish;	8
12.	Qo`lqoplarni kiyish va ishlatilgan salftka eki kogosni dez.eritma	5

	bilan namlash;	
Jami:		100

Amaliy ko`nikma №2

Bo`y o`lchash texnikasi.

Zaruriy jixozlar: medistina buy ulchagichi (rostomer), bemorni nazorat qilish varakasi, medistina kulkoplari, dezinfekstion eritma saklanadigan idish, bemor oegi ostiga tushaluvchi bir martalik salftkalar (oddiy varak xam ishlatilishi mumkin).

Bajarilish tartibi etaloni.

№	<i>Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Buy ulchagich (rostomer)ni tugri ishlashiga ishonch xosil kilish;	8
2.	Amalga oshirilanishi lozim bulgan manipulyastiya tugrisida etarli axborot berish;	7
3.	Medistina kulkoplarini va salftkani tayerlash;	7
4.	Bemor oegi ostiga bir martali salftkani eki odatiy kogozni tushash;	8
5.	Idishda dez. eritma borligiga ishonch xosil kilish va uni tayerlanish muddatini nazardan utkazish;	10
6.	Bemorga ichki kiyimgacha echinish xamda poyafzalni echish lozimligini ta'kidlash;	10
7.	Buy ulchagich plankasini kutarish va uning maydonchasi markaziga kutarilishni bemorga taklif etish xamda orkasi bilan asbob shkalasiga shunday epishishi lozimki, bunda bemorning ensasi, kuraklari, dumbasi va tovoni vertikal shkalaga maxkam tegib turishi kerak;	15
8.	Bosh shunday xolatda bulishi kerakki, bunda tashki kulok yulining	15

	yukori kirrasi va kuz burchaklari satxi bir gorizontal yunalishda bulishi shart;	
9.	Buy ulchagich plankasini bemor boshini tepa kismiga tushirish va buy ulchamini planka pastki yuzasi soxasiga tugri keladigan kursatgichga tayanib aniklash lozim;	10
10.	Olingan natijalarni bemor xolatini nazorat kilish varakasining maxsus ajratilgan kismiga kiritish;	5
11.	Kulkoplarni kiyish va ishlatilgan salfetka eki kogozni dez.eritma bilan namlash;	5
Jami:		100

Amaliy ko`nikma №3

Tana haroratini o`lchash texnikasini ko`rsating.

Zaruriy jihozlar: tibbiyot termometri, qum soat, F-003, 4. F-004 tibbiy xujjatlari

Bajarilish tartibi etaloni.

№	Harakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):	Ballar
1.	1. Termometr kuritilib artiladi, termometr kursatmasi silkitish yuli bilan 34-35 gradus darajaga tushiriladi,	10
2.	Bemorni kulay vaziyatda joylashtiriladi. Stulga utkaziladi yoki kushetkaga yotkiziladi,	10
3.	Bemorning kultik osti kuruk sochikda artiladi (kultik ostiga mone`lik kiladigan xolatlar bulmasligi kerak),	10
4.	Bemorning kuli kultigidan sal yukori kutariladi, termometrni simobli uchini bemorning kultigiga kuyiladi,	10
5.	Bemor kulini pasaytirib, termometrning bosh 2\3 kismi zich ksiladi, 8-10 minutdan sung termometrning tashki kismidan ushlanadi,	10

6.	Termometr kursatmasi yozib olinadi (simobli kismiga kul tekkizmaslik kerak)	10
7.	Termometr kursatmasi 004 – xujjatiga kayd kilinadi,	10
8.	004 – xujjatidan «T» belgisi bor xarorat darajalari, kuni va vakti kursatilgan chiziklarni topasiz va kesishgan joyidan belgi kuyasiz,	10
9.	Termometr xarorat darajasi siljitish yuli bilan pastga 34 gradus darajada tushiriladi,	10
10.	Termometr 3% li xloramin eritmasi botirilib, 20-30 minutga kuyiladi, keyin quritilib artiladi va kuruk xolda saklanadi.	10
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 4

Me`dani zondlash uchun kerakli anjomlarni yigib, zondlash texnikasini kursating

Zarur jihozlar: Me`da zondi, togora, kleyonka, b ulyon, 20 gr shprist

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Talaba zondni sterilizastiyadan utkazadi	6
2.	Bemorga muolajaning maksadi, uning xavfsizligi tushuntiriladi	6
3.	Bemor stulga, uning suyanchigiga maxkam suyanib utiradi	6
4.	Oyoklari ostiga togora yoki chelak kuyiladi	6
5.	Talaba bemorning ung tomoniga utadi	6
6.	Bemor kukragi kleyonka yoki fartuk bilan bekitiladi	6
7.	Zondni yuborishga kadar xar bir bemorda kindikdan to kurak tishlarigacha bulgan masofa ulchab belgilanadi, zond yutkiziladi	6

8.	Bemor ogzini katta ochib «a» deb tovush chikaradi va burun orkali chukur nafas oladi	6
9.	Talaba chakkonlik bilan zondni til ildizi orkasiga kiritadi	6
10.	Bemor ogzini yumadi va bir necha yutish xarakatlari kiladi	6
11.	Zondning bush uchiga 20 gr shprist kiygiziladi	6
12.	Me'da suyukligi 1 soat mobaynida 15 minutlik interval bilan 4-probirkaga tuldiriladi	6
13.	Zond orkali yana 200 ml ilik bulyon kiritiladi yoki bemorga pentagastrin utkaziladi	7
14.	Sungra me'da suyukligi xar 15 minutda 4-probirkaga bir soat ichida takroran suriladi	7
15.	Olingan me'da shirasi 8 ta probirkaga olinib, laboratoriyaga uzatiladi	7
16.	Muolaja tugagandan sung zond sekin tortib olinadi	7
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 5

Me'dani yuvish texnikasi

Zarur jihozlar: Me`da zondi, togora, kleyonka, voronka, distillangan suv, 20 gr shprist

	<i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristik):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemorni stulga utkazib, kullarini stul suyanchigiga choyshab bilan boglab, kukragiga fartuk tutib kuyiladi, xamshira va kichik tibbiy xodim xam fartuk tutib oladi.	10
2.	Bemorning yonboshida turib, avval zondning medaga tushish uzunligini ulchab olamiz. Buning uchun kurak tushlaridan-kindikkacha ulchab , unga 5 sm kushiladi.	10
3.	Bemorning boshini biroz orkaga tashlab , uning ogzini ochishi buyuriladi yoki ogiz ochishgich bilan ochiladi, kukragi biroz oldinga bukiladi.	10

4.	Ung kulidagi steril zondning ovalsimon uchini perosimon kilib ushlab, zond ilik suv bilan namlabolinadi, bemorning til ildiziga kuyib , yutinish va burundan chukur-chukur nafas olish buyuriladi.	10
5.	Bemor yutinayotganda, zond asta –sekinlik bilan me'daga kiritish kerak, agar bemor yotib, nafas olishi kiyinlashib, kukarib ketsa, zudlik bilan zondni tortib olish kerak. Bu xoll zondning nafas yuliga , xikkildok yoki traxeyaga tushib kolganini kursatadi.	10
6.	Zond kerakli belgiga etgach , uning erkin uchiga voronkani kiygizib, tezda bemorning tizzasiga tushiridadi, voronkadan me'da shirasi okib chikadi, agar chikmasa , zondni xarakatlantiriladi.	10
7.	Shu xolda voronkani bir oz kiyshaytirib , unga 1 litrgacha suv kuyiladi.	10
8.	Voronka asta-sekin tubida suv kolguncha yukoriga kutariladi, sung voronkani pastga tushiriladi, undan suv oka boshlaydi. Me'dadan chikkan suv –kuyilgan suv bilan teng bulishi kerak. Bordiyu, chikkan suv kamrok bulsa,bemordan sal kuchanishni iltimos kilinadi.	10
9.	Shu xarakat to voronkadan , ya'ni me'dadan toza suv chikkuncha takrorlanadi.	10
10.	Me'dani yuvib bulgach , voronkani olib, zondni me'dadan tortib olinadi, yaxshilab okar suvda yuvilib, distillangan suvda 30 dakika kaynatib sterillanadi.	10
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 6

Bemorlarning hazm qilish organlarini rentgenologik tekshirishga tayyorlashni ko`rsating.

<i>№</i>	<i>Xarakteristikalar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristikalar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	Kattik parhez tutiladi	10

2.	Ichaklar suyuklikdan va gazdan xoli kilinadi	10
3.	Bemorga engil xazm buladigan ovkatlar buyuriladi	10
4.	Bemorga uch kungacha moychechak damlamasi beriladi	10
5.	Bir kun avval bemor kechasi soat 20 dan ovkat kabul kilishi man etiladi	15
6.	Soat 22 da tozalash klizmasi kilinadi	15
7.	Ichaklarda gaz tuplanmasligi uchun gaz xaydaydigan naycha kuyiladi	15
8.	Ertalab bemorga yana tozalash klizmasi kilinadi	15
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 7

Duodenal zondlash texnikasini kursating

Zarur jihozlar: Duodenal zond,togora,kleyonka, distillangan suv,voronka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemor stulga joylashtirib utkiziladi	7
2.	Bemor oldiga sochik tutilib oyokka, tizza oldiga togora tutiladi	7
3.	Bemor psixologik tayyorlanadi (bemorga chukur nafas olib bezovta bulmaslik, xamshira aytganini tinch, vazmin xolatda bajarishi tayinlanadi)	7
4.	Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi	7
5.	Bemorga ogzini «a-a-a» deb ochish va tilini chikarish buyuriladi	7
6.	Bemorga ogzini yopib, zondni tishlamasdan sekin-asta yutish buyuriladi	7

7.	Bemorning shu zondni 3 ta belgisigacha yutishi, ya'ni 20-30-45 minut davom etadi	7
8.	Bemor kushetkaga ung tomoni bilan boshi pastrok kilib (yostiksiz) yotkiziladi	7
9.	Bemorning ung kovurga ostiga kattik buyum kuyilib, ilik grelka kuyiladi	7
10.	Duodenal zond ichi shtativdagi 1 chi probirkaga solinib kuyiladi (probirkalar bemorga nisbatan pastda buladi). 1 chi porstiya 12 barmok ichak suyukligi olinadi	7
11.	Shundan keyin bemor chalkancha yotkizilib, zond uchidan 50-60 ml 33% li magneziy sulfat eritmasi yuboriladi va 10 dakika zond uchi kisib kuyiladi	8
12.	Kiskich olinib 2-probirkaga ut pufagidan chikadigan suyuklik yigiladi	6
13.	Suyuklik rangining uzgarishiga karab 2 chi probirkadan zond 3chi probirkaga kuchiriladi, ya'ni 3chi porstiya yigiladi	8
14.	Duodenal zond uchidan suyuklik chikishi tuxtagandan keyin bemor urnidan turgizilib, stulga utkaziladi va zond sekin-asta tortib olinadi, olingan suyuklik tekshirishga yuboriladi (laboratoriyaga).	8

Amaliy ko`nikma № 8

Tozalovchi klizma kilib kursating.

Zarur jihozlar:

1. Esmarx krujkasi, 2. Rezina naycha jumrak bilan, 3. Vazelin, 4. Uchlik, 5. Togora
6. Ilik suv, 7. Kleyonka, 8. Kushetka, 9. Termometr

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakterlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakterlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Kerakli narsalarni tayyorlab, bemor kushetkasi yoniga kuyiladi	7
2.	Esmarx krujkasiga ilik suv tuldiriladi, suv 1-2 l gacha, 37-38	7

	darajada	
3.	Naycha ichida xavo kolmasligi uchun uchi pastga karatilib, Esmarx krujkasi yukoriga kutariladi	7
4.	Xavo chikarilgandan sung jumrak bekitiladi	7
5.	Kushetka ustiga kleyonka tushaladi	7
6.	Bemor kushetka ustiga, chetiga yakin, chap yonboshi bilan tizzalarini bukib, korniga tortib yotkiziladi	7
7.	Naycha ustiga steril vazelin yupka kilib surtiladi	7
8.	Bemorning dumbalari chap kul barmoklari yordamida kiritiladi, orka chikaruv teshigiga vazelin surtiladi	7
9.	Uchlik orka chikaruv teshigiga 8-10 sm yukoriga va oldinga karatib, keyin sal orkaga karatib, aylanma xarakat bilan kiritiladi	7
10.	Jumrak ochiladi, Esmarx krujkasi kutarilib turiladi	7
11.	Krujkada ozgina suv kolganida jumrak yopiladi	8
12.	Uchlik orka chikaruv teshigidan chikarib olinadi	6
13.	Bemor yana bir necha minutdan sung xojatxonaga borib, ichaklarni bushatadi	8
14.	Rezina naychadan uchlik ajratiladi va yukumsizlantiriladi	8
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 9

Jigarni perkussiyasi (Kurlov buyicha) texnikasini kursating

Bajarilish tartibi etaloni.

	<i>Xarakatlar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakatlar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	bemor yotgan xolda ung urta umrov chizigi buyicha perkutor tovush tumtoklashganga kadar perkussiya kilib boriladi.	10
2.	Bu 6 kovurgaga tugri keladi.	10
3.	Pastdan xuddi shu liniya buyicha kindik tugrisida timpanik perkutor	10

	tovushni tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi.	
4.	Bu 10 kovurgaga tugri keladi.	10
5.	1 vertikal liniyaning yukori nuqtasidan tanani oldingi urta chizigiga karab taxminan chizik utkazilib, kesishgan joyiga nukta kuyiladi.	15
6.	Pastdan kindikdan yukoriga karab perkutor tovush tumtoklashgunga kadar perkussiya kilinadi.	15
7.	Bu xanjarsimon usik bilan kindik urtasidagi soxasni yukorigi 3 dan 1 kismiga tugri keladi.	15
8.	chap kovurga yoyi buylab 10 kovurga soxasidan to tumtok tovush bulgunga kadar perkussiya kilib kelinadi.	15
9.	Normada 1 ulcham 10-12, 2 ulcham 8-10, 3 ulcham 5-7 sm bulishi kerak.	
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 10

Siydikni Zimmistkiy usuli buyicha tekshirish texnikasi.

Zarur jihozlar: 8 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakteristikalar ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristikalar):</i>	<i>Ballar</i>
1.	8 ta toza banka tayyorlanadi	14
2.	Xar bir bankaga yullanma yoziladi	14
3.	Bemor ertalab soat 6 da kovugini bushatadi, bu siydik tukib tashlanadi	14
4.	3 soatlik tanaffus beriladi, soat 6-9 da birinchi porstiya siydik	14

	olinadi	
5.	Shuningdek bir sutka davomida bemor 8 marta kovugini bushatadi	14
6.	Ertasi ertalab soat 6 da oxirgi porstiya yigiladi	14
7.	Siydikning 8 porstiyasi laboratoriyaga uzatiladi	16
Jami:		100

Amaliy ko`nikma № 11

Siydikni Addis-Kakovskiy usuli buyicha tekshirish texnikasini kursating.

Zarur jihozlar: 3 ta toza banka, blanka

Bajarilish tartibi etaloni.

<i>№</i>	<i>Xarakteristik ketma-ketligi (kadamba kadam bajarilishi lozim bulgan xarakteristiklar):</i>	<i>Баллар</i>
1.	Bemorning tashki jinsiy organlari yuviladi	10
2.	Siydikni yigish uchun toza idish kattarak bulishi lozim	10
3.	Siydik yigishdan oldin idishga konservant solinadi: bir necha timol ristalchasi yoki farmalkdegid tomchisi	10
4.	Siydikni uch soat ichida yigish lozim	10
5.	Soat 22 da bemor kovukni bushatadi	15
6.	Soat 22 dan to ertalab 8 gacha siydik yigiladi	15
7.	Ertalab soat 8 da siydik yigiladi va laboratoriyaga uzatiladi	15
8.	Bemorga reakstiya beruvchi moddalar	15
Jami:		100

Mustaqqil ish 1

Gastritlar. Yara kasalliklari

21. Gastritlarga tavsif bering
22. O'tkir va surunkali gastritlarning etiopatogenezi
23. Surunkali gastrit klassifikatsiyasi
24. Surunkali gastrit diagnostik usullari
5. Surunkali gastrit klinikasi,kechishi,profilaktikasi
6. Yara kasalligi etiologiyasida tahlil qilinadigan faktorlari
7. Yara kasalligi Yuzaga kelishda zamonaviy nazariyalar
8. Yara kasalligi klassifikatsiyasi
9. Yara kasalligini asosiy sabablari
10. Oshqozon va 12 b.i. yara kasalliklarida pal'pator tekshirish natijalari
11. Yara kasalliklari diagnostikasida funktsional tekshirishlar
12. Yara kasalliklarida laborator tekshirish usullarining ahamiyati
13. Yara kasalliklari klinikasi
14. Yara kasalliklari klinik kechish xususiyatlari
15. Yara lokalizatsiyasiga qarab oshqozon funktsiyasining o'zgarishi
16. Yara kasalligida rentgenologik tekshirishning ahamiyati
17. Yara kasalligining diagnostikasida EGDFSning ahamiyati
18. Yara kasalligining asorati va profilaktikasi
19. Yara kasalligini zamonaviy davolash usullari
20. Surunkali enteritning etiopatogenezi
21. Surunkali enteritning klassifikatsiyasi klinik kechishi,diagnostika
22. Surunkali kolitning etiopatogenezi
23. Kolitlarning klinik ko'rinishi,diagnostikasi
24. Koprologik tekshirish:makroskopik,mikroskopik va ximik

Mustaqqil ish 7

Surunkali gepatit” C” va “D” simptomatologiyasi

- 1) Surunkali virusli gepatit “C” nima
- 2) Surunkali virusli gepatit “C” sabablari
- 3) Surunkali virusli gepatit “C” klinikasi
- 4) Surunkali virusli gepatit “C” patogenezi
- 5) Surunkali virusli gepatit “C” dif -diagnostikasi
- 6) Surunkali virusli gepatit “C” diagnostikasi
- 7) Surunkali virusli gepatit “D” nima
- 8) Surunkali virusli gepatit “D” klinikasi
- 9) Surunkali virusli gepatit “C” “D” asoratlari
- 10) Surunkali virusli gepatit “C” “D” konservativ davosi
- 11) Surunkali virusli gepatit “C” “D” profilaktikasi
- 12) Surunkali virusli gepatit “D” patogenezi
- 13) Surunkali virusli gepatit “C” “D” uchrashi
- 14) Gepatit “C” ning latent davri diagnostikasi
- 15) Surunkali virusli gepatit “D” “C” xavf omillari

Mustaqqil ish 12

Nefritlar. Surunkali buyrak yetishmovchiligi simptomatologiyasi

1. Nefritlar to'g'risida tushuncha
41. O'tkir glomerulonefritning etiopatogenezi

42. O'tkir glomerulonefritning klassifikatsiyasi
43. O'tkir glomerulonefritning klinik ko'rinishi
44. O'tkir glomerulonefritda siydik o'zgarishlar
45. O'tkir glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
46. O'tkir glomerulonefritning zamonaviy davolash usullari va profilaktikasi
47. Surunkali glomerulonefritning etiopatogenezi
48. Surunkali glomerulonefrit klassifikatsiyasi
49. Surunkali glomerulonefritning diagnostik kriteriyalari
50. Surunkali glomerulonefritni davolash va profilaktikasi
51. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish
52. Surunkali glomerulonefrit klinik kechish turlari
53. Surunkali glomerulonefritda siydikdagi o'zgarishlar
54. O'tkir va surunkali glomerulonefrit qiyosiy tashxislash

55. **Mustaqqil ish 10-11**

56. **Buyrak amiloidozi simptomatologiyasi**

57.

58. 1) Amilaidoz nima
59. 2) Buyrak amilaidozi sabablari
60. 3) Buyrak amilaidozining klinikasi
61. 4) Buyrak amilaidozining patogenezi
62. 5) Buyrak amilaidozining differensial diagnostikasi
63. 6) Buyrak amilaidozining instrumental diagnostikasi
64. 7) Buyrak amilaidozining laborator diagnostikasi
65. 8) Buyrak amilaidozining oqibatlari
66. 9) Buyrak amilaidozining asoratlari
67. 10) Buyrak amilaidozining davolashi
68. 11) Buyrak amilaidozining profilaktikasi
69. 12) Buyrak amilaidozining uchrashi
70. 13) Buyrak amilaidozining xavf omillarini aytish
71. 14) Buyrak amilaidozining tasnifi
72. 15) Buyrak amilaidozining bosqichlari

15-mavzu

Mustaqqil ish 12

Rematoid artrit . Bo'g'im sindromi qiyosiy diagnostikasi

1. Bo'g'im kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari
2. Bo'g'im kasalliklarida bemorlarni ko'zdan rish,palpatsiya
3. Labarator va diagnsotik tekshirish
4. Bo'g'im kasalliklarining umumiy belgilari va lokalizatsiyasi
5. Revmatoidli artrit. Artritlarga tavsif bering
6. Revmatoidli artritning klinik ko'rinishi
7. Revmatoidli artritning aktivlik darajalari
8. Revmatoidli artritning kechishi,oqibati va davolash
9. Deformatsiyalovchi osteoartrozlarga tavsif bering
10. Osteoartroz etiopatogenezi
11. Osteoartroz diagnostikasi ,qo'shimcha tekshirish usullari
12. Osteoartrozlarning kechishi,davolash profilaktikasi
13. Sistemali qizil Yugurikning etiopatogenezi, klinikasi
14. SQYU ning diagnostik kriteriyalari
15. Sistemali sklerodermiyaning etiopatogenezi klinik kechishi

16. Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriylari
17. Allergozlar haqida tushuncha
18. Eshakemi sabablari, klinikasi ,davolash
19. Kvinke shishi sabablari, klinikasi, 1-yordam
20. Anafilaktik shok sabablari, klinikasi diagnostikasi, shishilinch yordam

Mustaqqil ish 13

Bexterev kasalligi simptomatologiyasi

- 1) Bexterev kasalligi nima
- 2) Bexterev kasalligining sabablari
- 3) Bexterev kasalligining klinikasi
- 4) Bexterev kasalligi patogenezi
- 5) Bexterev kasalligining differensial diagnostikasi
- 6) Bexterev kasalligining epidemiologiyasi
- 7) Bexterev kasalligining laborator diagnostikasi
- 8) Bexterev kasalligining oqibatlari
- 9) Bexterev kasalligining asoratlari
- 10) Bexterev kasalligini davolash
- 11) Bexterev kasalligining profilaktikasi
- 12) Bexterev kasalligining xavf omillari
- 13) Bexterev kasalligining instrumental diagnostikasi
- 14) Bexterev kasalligining kechishi

Mustaqqil ish 14

Sistemali qizil volchanka simptomatologiyasi

- 1) Sistemali qizil bo'richa qanday kasallik?
- 2) Sistemali qizil bo'richa sabablari
- 3) Sistemali qizil bo'richa klinikasi
- 4) Sistemali qizil bo'richa kasalligi patogenezi
- 5) Sistemali qizil bo'richa kasalligi differensial diagnostikasi
- 6) Sistemali qizil bo'richa epidemiologiyasi
- 7) Sistemali qizil bo'richa laborator diagnostikasi
- 8) Sistemali qizil bo'richa diagnostic kriteriylari
- 9) Sistemali qizil bo'richa asoratlari
- 10) Sistemali qizil bo'richa davolash
- 11) Sistemali qizil bo'richa profilaktikasi
- 12) Sistemali qizil bo'richa kasalligining teridagi o'zgarishlari
- 13) Sistemali qizil bo'richa kasalligini nevrologik belgilari
- 14) Sistemali qizil bo'richa kasalligining kechishi
- 15) Sistemali qizil bo'richa kasalligida yurak qon tomirdagi o'zgarishlar

Mustaqqil ish 15

Dermatomiozit simptomatologiyasi

- 1) Dermatomiozitlar nima
- 2) Dermatomiozit sabablari
- 3) Dermatomiozit klinikasi
- 4) Dermatomiozit patogenezi
- 5) Dermatomiozit differensial diagnostikasi
- 6) Dermatomiozit epidemiologiyasi
- 7) Dermatomiozitlar tasnifi
- 8) Dermatomiozitlar diagnostikasi
- 9) Dermatomiozitlar asoratlari
- 10) Dermatomiozitlar davolash
- 11) Dermatomiozitlar profilaktikasi
- 12) Dermatomiozitlardagi teridagi o'zgarishlar
- 13) Dermatomiozitlarda o'pka, yurak, va hazm sistemasidagi o'zgarishlar
- 14) Dermatomiozitlarning kechishi
- 15) Dermatomiozitlarning oqibatlari

Mustaqqil ish 16

Sistemali sklerodermiya simptomatologiyasi

- 1) Sistemali sklerodermiya nima
- 2) Sistemali sklerodermiyaning sabablari
- 3) Sistemali sklerodermiyaning klinikasi
- 4) Sistemali sklerodermiyaning patogenezi
- 5) Sistemali sklerodermiyaning differensial diagnostikasi
- 6) Sistemali sklerodermiyaning epidemiologiyasi
- 7) Reyno sindromi nima
- 8) Sistemali sklerodermiyaning diagnostik kriteriylari
- 9) Sistemali sklerodermiyaning asorati
- 10) Sistemali sklerodermiyaning davolash
- 11) Sistemali sklerodermiyaning profilaktikasi
- 12) Sistemali sklerodermiyaning
- 13) KREST sindromi nima
- 14) Sistemali sklerodermiyaning kechishi
- 15) Sistemali sklerodermiyaning oqibatlari.

Glossariy

<p>Agoniya (grech) borba</p> <p>Ambulatoriya (lat) podvijniy xolyachiy</p> <p>Akrosianoz (grech) krayniy samiy otdalenniy, visokiy.</p> <p>Akromegaliya (grech) krayniy samiy otdalenniy, visokiy.</p> <p>Anamnez (grech) vospominaniye</p> <p>Anasarka (grech) pristavka, oznachayushaya dvejeniyeye verx, usulennoy deystviye, obratnoy, protivopolojnoy deystviye grech.(myaso)</p> <p>Antropometriya (grech) chelovek grech. (mera)</p> <p>Artrit (grech). Sustav chastitsa</p> <p>Astenik (grech) bessiliye, slabost</p> <p>Assit (grech) bryushnaya vodyanka</p> <p>Auskultasiya (lat) vislushivat</p> <p>Bolezn (grech) nedug, bolezni</p> <p>Vezikula (lat) umenshitelno, puzir</p>	<p>Olim arafasida ro'y beradigan xolat</p> <p>Davolash profilaktik muassasi bo'lib, shifoxonadan tashqari tibbiy yordan ko'rsatishga mo'ljallangan. Tarkibida ko'pi bilan 5 ta vrachlik shtati bo'ladi.</p> <p>Odam tanasi distal qismlari, tirnoqlar, burun uchi, quloq pastki uchlarining ko'kimtir tusga kirishi</p> <p>Gipofiz va gipotalamus shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan neyroendokrin kasallik bo'lib, qo'l-oyoq panjasi, yuz skeleti suyaklari, ichki organlarning kattalashishi va moddalar almashinuvining buzilishi bilan ifidalanadi.</p> <p>Bemordan bemorning o'zi haqida va kasallikning paydo bo'lishi va rivojlanishi to'g'risida surishtirish</p> <p>Butun teri osti kletchatkasining shishib ketishi, tarqalgan shish</p> <p>Odam gavdasining turli qismlari, vazni va bo'yini o'lchash</p> <p>Bo'g'imning yallig'lanishi</p> <p>Gavda bo'y o'lchovlarining ko'ndalang o'lchovlariga nisbatan haddan tashqari katta bo'lishini xarakterlovchi odam tuzilishining turi.</p> <p>Qorin bo'shlig'ida erkin syuqlikning yig'ilishi</p> <p>Tovush hodisalarini ularning eshitilishi bilan bog'liq bo'lgan eshitib ko'rishga asoslangan ichki organlarning asosiy usuli</p>
---	---

Vitiligo (lat) porok, porcha	Organizmning zararlanishiga javoban reaksiyasi
Gimeplegiya (grech) poluudar	Seroz ekssudat bilan to'lgan (diametri 5 mm gacha bo'lgan) pufakcha holiday toshmaning birlamchi morfologik elementi
Paraplegiya	Terida katta-kichikligi va turlari har xil bo'lgan pigmentsizlangan oq dog'larning paydo bo'lishi
Tetraplegiya	Gavda bir bo'lagi mushaklarining falaji (yarim, bir tomonlama). Qo'l-oyoqlarining (ko'ndalang) falaji.
Gerpes (grech) polzuchaya	
Gigantizm (grech) velikan, gigant	Barcha qo'l-oyoqlarining falajlanishi
	Barcha qo'l-oyoqlarining falajlanishi
Gigiyena (grech) prinosyashiy zdorovye, selebniy. Boginya zdorovya (u drevnix grekov)	Teri va shilliq pardalarga pufakchalar ko'rinishida toshmalar toshishi (uchiq)
Giperpigmentatsiya (grech) pristavka, nad, sverx, chrezmernoeye povisheniye, uvelichenie chego-libo	Klinik sindrom bo'lib bo'yni xaddan tashqari o'sib ketishi bilan xarakterlanadi (erkaklar 200 sm dan, ayollar 180 sm dan baland bo'ladi) yoki tana ayrim qismlarining juda ham kattalashib ketishi.
Giperstenik (grech) sila	Tashqi muxit omillarning odam sog'ligiga ta'sirini o'rganadigan axoli yashaydigan joylarni, odamlarning turmush va ishlash sharoitlarini sog'lomlashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar.
Gospital (lat) gostepriimniy	Teri qoplamlari va shilliq pardalarning qoramtir rangga zo'r berib bo'yalishi.
Gospitalizirovat	Gavda ko'ndalang o'lchovlarining bo'ylama o'lchovlariga nisbatan katta bo'lishi va to'sh suyagi osti burchagining o'tmas bo'lishi bilan xarakterlanadigan kishi tanasining tuzilishi tipi
Gipertermiya (grech) teplota	

<p>Gipertermiya (grech) pristavka, oznachayushaya: pod, nije, snizu, ponijeniye, umensheniye nedostatochnost, slabaya virajennost</p> <p>Gorb (lat) bugor</p> <p>Depigmentatsiya (lat) oznachayushaya: prekrashenie, udaleniye, ustraneniye, izbavleniye ot chego-libo; dvijeniye vniz</p> <p>Deontologiya doljnoe nadlejashee nauka, ucheniye. Vrachebnoe deontologiya</p> <p>Diagnoz raspoznavaniye (grech)</p> <p>Diagnostika sposobnost raspoznavat (grech)</p> <p>Dinamika sila, deystviye (grech)</p> <p>Irradiatsiya boley ozaryat, ocveshat (let)</p> <p>Kaxeksiya istosheniye, xudosochniye (grech)</p> <p>Klinika—grech</p> <p>Klonicheskiy smyatenie, sutoloka</p>	<p>Harbiy xizmatchilarni stasionar davolashga mo'ljallangan davolash muassasi (shifoxona)</p> <p>Bemorni tekshirish va davolash uchun shifoxona (kasalxona) ga yotqizish</p> <p>Gavda harorati oshgan holda organizmning issiqlab ketishi</p> <p>Tana haroratining pasayishi</p> <p>Ro'yi-rost ifodalangan kifoz bilan xarakterlanadidan ko'krak qafasi va umurtqa pag'onasaning qiyshtayib qolishi (deformatsiyasi), bukirlik.</p> <p>To'qimalarning qisman yoki tamomila pigmentsizlanishi</p> <p>Shifokorning burchi va vazifalari haqidagi ta'limot axloq etik qonun -qoidalari bemorlar va hamkasblari bilan o'zaro munosabatlarini o'z ichiga oladigan vrachning o'zini qanday tutish haqidagi ilm-fan</p> <p>Gavda normal qismi shaklining biror organining o'zgarishi (aynishi) turi, formasi. Kasallikning og'ir- yengilligini aniqlash</p> <p>Kasallik jarayonini aniqlash</p> <p>Birorta harakatning, masalan, kasallikning rivojlanish bosqichlari</p> <p>Og'riqlarning patologik o'choq chegarasidan tashqarida tarqalishi</p>
---	---

(grech)	Xaddan tashqari ozib ketish darajasi
Koylonixiya	Davolashdan tashqari, ilmiy tekshirish va pedagogik o'tkaziladigan davolash (stasinar) muassasi
Koma spyachka (grech)	Mushaklarning tez-tez qisqarishi
Konstitutsiya	Tirnoqlar shaklining qoshiqsimon o'zgarishi
Kretinizm	Es-hush susayishining og'ir darajasi bo'lib, bunda markaziy nerv sistemasi qattiq zararlanib es-hush tamomila yo'qoladi, reflekslar bo'lmaydi va hayotiy muxim funksiyalar izdan chiqadi
Krizis-resheniye (grech)	Odam gavdasining tuzilishi va shakli, tashqi sharoit, sotsioal muxit ta'sirida kishida paydo bo'ladigan irsiy, morfologik va fiziologik xususiyatlar yig'indisi.
Krapivnitsa	Gipofiz oldi bo'lakchasi faoliyatining susayishi natijasida aqliy va jismoniy jihatdan o'smay qolish bilan xarakterlanadigan endokrin kasallik.
Kuratsiya- vedeniye, polzovaniye (lat)	Potologik jarayon kechishining keskin o'zgarishi (masalan, isitmaning keskin pasayishi)
Lixoradka- povishenie temperaturi (lat)	Terida kamroq shilliq pardalarda cheklangan yoki diffuz holda joylashadigan qizil dog'lar, bular qichish bilan davom etib, pufakcha holida ko'tarilib turadi.
Postoyannaya lixoradka	Bemorlarni kuzatib borish
Poslablyayushaya lixoradka	Tana xaroratining ko'tarilishi bilan ifodalanadigan organizm reaksiyasi
Peremejayushaya lixoradka	Xaroratning doimiy yuqori bo'lishi. Ertalab va kechqurun harorat o'rtasidagi farq 1 C
Istoshayushaya ili rekticheskaya	

lixoradka	dam oshmaydi.
Volnoobraznaya lixoradka	Ertalab va kechqurun harorat o'rtasidagi farq 1C dan ortiq bunda ertalab harorat kamida 37 C dan oshiq bo'ladi.
Vozvratnaya lixoradka	
Obratnaya ili izvrashennaya lixoradka	Haroratning bir kunlik farqlanishi 1C dan oshiq bunda ertalab harorat norma atrofida bo'ladi
Lordoz	Kechki va ertalabki harorat 3-4C farq qiladi, bunda ertalabki harorat norma atrofida yoki normadan pastroq bo'ladi. Ko'pincha odamning madorini quritadigan terlash va uvishishi bilan davom etadi.
Medisiya lechu lechit, vrach, vrachebnoe iskustva	Harorat vaqti-vaqtida ko'tarilib va tushib turadi
Monoartrit	Bir necha kun isitmalash davri isitmasiz davr bilan almashib turadi
Nanizm	Harorat ertalab kechqurunga qaraganda yuqori bo'ladi
Nozologiya- nauka obolezni (grech)	Umurtqa pag'onasining oldingi qiyshayishi
Normosteniya	Kasallikning aniqlashda davolash va uning oldini olishga, odamlar salomatligini saqlash va mustahkamlashga, qobiliyatina oshirish va umrini uzaytirishga qaratilgan ilmiy bilimlar va amaliy chora tadbirlar sistemasi
Osmotr	Faqat bitta bo'g'imning yallig'lanishi
Ortopnoe	Endokrin kasallik bo'lib, bo'yi nixoyatda past bo'lishi, jinsiy jixatdan voyaga yetmaslik bilan namoyon bo'ladi
Obratnoe raspolojenie vnutrennix organov	
Nalpasiya	
Papula-uzelok (grech)	Ayrim kasalliklar haqidagi ta'limot

Paralich- rasslablenie (grech)	Kishining gavda tuzilishi to'g'ri proporsional bo'lishi bilan farq qiladigan tipi
Patogenez- stradanie, bolezn (grech) vozniknovenie	Ko'zdan kechirish, tekshirish
Patognomonichniy sindrom-utkazatel	Bemorlarning oyoqlarini pastga tushirib turgan majburiy o'tirgan holati
Patalogiya- stradanie, bolezn (grech)	Ichki organlarning butunlay almashinib joylashishi
Perkussiya	Asosiy tekshirish usuli bo'lib bunda bemor paypaslab ko'riladi
Poliklinika	Bu teri toshmalaridan bo'lib teridan biroz ko'tarilgan qattiq tugunchadir
Petexii	Ish faoliyatining buzilishi natijasida organlarning falajlanishi
Propedvtika- obuchat predvfritelno (grech)	Kasallikning rivojlanish va paydo bo'lish mexanizmini o'rganuvchi meditsina bo'limi
Prognoz medisinskiy (grech) znanie napered, predskazanie	Muayyan kasallikni ko'rsatuvchi simptom
Profilaktika- preduppeditelniy, predoxranitelniy (grech)	Kasalliklar haqidagi ta'limot
Rubsi posle beremennosti	Bemorni tikillatib ko'rish yo'li bilan tekshirish metodi
Rozeola	Ixtisoslashtirilgan davolash-profilaktika muassasasi bo'lib, u murojaat qilib kelgan bemorlarga va uyida tibbiy yordam ko'rsatadi
Rezistentnost	Bosib ko'rilganda yo'qolmaydigan nuqta-nuqta holiday teri ostiga qon quyilishi (petexiyalar)
	Bu talabalarga kasalliklarning tekshirish usullarini, aniqlashni belgilarga asosan

Remissiya umenshenniye, oslablenie	o'rgatuvchi boshlang'ich fandır.
Sanasiya- otsyuda sanitarniy, sanatoriy	Kasalliklarning kelajak natijalarini oqimini belgilaydi
Semiotika, simptomatologiya, semiologiya (grech)	Kasalliklarning oldini olish
Simptom- sovpadenie, priznak (grech)	Xomiladorlikda qorin devor terisining ustki qavati cho'zilib yirtiladi, natijada mayday-mayda chandiqlar qoladi.
Sindrom	Bosib ko'rilganda yo'qolib ketadigan pushti rang dumaloq shakldagi mayday dog'lar
Skolioz- krivoy, izognutniy (grech)	Organlarning qarshilik ko'rsatishi, paypastlab ko'rib aniqlash. Organizmning patogen omillar ta'siriga bo'lgan chidamliligi.
Sopor- spyachka	Mikroblarning antibiotiklarga, sulfanilamidlarga va boshqa ximioterapevtik vositalarga nisbatan chidamliligi
Status nastoyashiy	Kasallik hodisalarining vaqtinchalik susayishi
Stetoskop	Sog'lomlashtirish
Striya	Kasalliklar simptomlari, alomatlari haqidagi fan
Stupor	Kasallik belgilarining bir alomati
Sip	Kasallik xolatini, kelib chiqishini belgilovchi simptomlar yig'indosi
Terminalnoy sostoyanie	Umurtqa pag'onasining biror yon tomonga qiyshayishi
Termometriya (grech) tepliy, mera	Reflekslar saqlangan xushsiz holat
Trofika- pitaniye (grech)	
Alimentarnaya distrofiya pisha,	

eda	
Turgor	Ahvol, holat Bemorni ko'zdan rechirayotganda bo'lgan ahvol
Fonendoskop	Odam organizmida paydo bo'luvchi tovushlarni eshitadigan asbob-uskuna
O'rtikarnaya sip	Teridagi chiziqlari
Sianoz	Karaxtlik bilan ifodalanadigan es-hushning izdan chiqishi
Epikriz	Teri va shilliq qavatlardagi har xil, alohida, ba'zan bir-biri bilan qo'shilib ketadigan dog'lar, tugunchalar, pufakchalar va boshqa belgilar.
Eritema	
Endoartering	O'sal holat o'lim oldi holati
Etiologoya	Haroratni o'lchash
Yatrogeniya- vrach, lecheniya (grech)	Oziqlanish, ovqatlanish. Ovqatlanishning buzilishi
	Ochlik natijasida ovqatlanishning (distrofiya)
	Teri tarangligi va elastikligi
	Odam organizmida paydo bo'ladigan tovushlarni kuchaytirib eshittiradigan moslamasi bor asbob-uskuna
	Eshakemi
	Teri qoplamlari va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalarning ko'kimtir rangda bo'lishi
	Kasallikning oqibati haqidagi xulosa
	Terining qizarishi
	Qon tomir devorlarining organik o'zgarishi

Kasalliklarning paydo bo'lishi sabablari va shart-sharoitlari haqidagi fan

Shifokor sababchi bo'lgan kasallik

Nafas sistemasi.

Absess legkogo	O'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishi
Apnoe	Nafasning to'xtab qolishi
Astma	Nafas qisish kasalligi diqqi nafaslik, bo'g'ilish holati.
Atelektaz	O'pka biror bo'lagining havo sig'imini yo'qolib, puchayib qolishi.
Amforichtskoye dixaniye	Agar o'pka to'qimasining ko'krak qafasiga yaqinroq yerida devorlari tekis katta bo'shliq, Bronx yo'llarida ochilgan bo'lsa, u holda amforik nafas yoki og'zi tor butilkaga puflaganda eshitiladigan tovushga o'xshaydi
Bradipnoz	Haddan tashqari siyrak nafas olish
Bronxialnaya astma	Bronxial astma. Bu kasallikda bo'g'ilish asosiy o'rin tutadi, allergik va infeksiyon tabiatdagi kasallik bo'g'ilish natijasida paydo bo'ladi. Bunda ayniqsa nafas chiqarish vaqti-vaqti bilan takrorlanib turadi.
Bronxit	
Bronxografiya	Bronxlar (shilliq qavati) yallig'lanishi Bronxlarga nur o'tkazilmaydigan kontrast modda yuborilib, ularni rentgen apparati yordamida suratga olib tekshirish
Bronxoskopiya	Bronx va shilliq qavatini bronxoskop yordamida tekshirish
Bronxjfoniya	
Bronxoektaziya	Ko'krak qafasini eshitib ko'rganda bronxlardan o'tayotgan havo tovushini eshitish

Visipaniya	Bronxlar ayrim qasmlarining kengayishi. Bronxoektazlar silindrsimon, qopsimon, g'altaksomon shaklda bo'ladi.
Gangrene	Lab va burun atrofidagi uchuqlar
Temoptoz	O'pka to'qimasining chirishi
Gemotoraks	Qon tupurish
Gidropnevmtoraks	Plevra bo'shlig'ida qon to'planishi
Giperkapniya	Plevra bo'shlig'ida bir vaqtning o'zida suyuqlik va havoning to'planishi
Gidrotoraks	Qonda karbonat angidridning to'planishi. Bu hodisa o'pka ventilyatsiyasi susayishi bilan davom etadigan kasalliklarda kuzatiladi.
Gipoksemiya	Suyuqlikning plevra bo'shlig'ida yig'ilishi
Gipoksiya	Qonda kislorod konsentrasiyasining kamayishi
Diapedez	To'qimalarning kislorod yetishmovchiligi
Dixaniya Biota	Qon elementlarning tomirlar devori orqali atrofdagi to'qimaga o'tishi
Dixaniya Kussimulya	Nafas ritmining bir necha sekundga to'xtashi (nafas olish normal bo'lganda) . meningitlarda va boshqa kasalliklarda uchraydi
Dixaniya Cheyn- stoksa	Kuchli shovqinli siyrak nafas olish xarakterli. Bu Kusmaul nafasi. Bunday holat komada kuzatiladi.
Kaverna	Nafas ritmining o'zgarishi. Bunda nafas to'liqsimon kuchaya boradi va nafas amplitudalari kamayib, o'rtasida pauzalar bo'ladi. Bu holat takrorlanib turadi.
Kislorodnaya emkost krovi	CHeyn- stoks nafasi og'ir kasalliklarda

Kifoz	sog'lom odam uxlagan vaqtda ham ro'y berishi mumkin
Kompressiya	Kavak, bo'shliq o'pka silida, o'pka gangrenasi va o'pka to'qimasining yiringligi kasalliklarida oson hosil bo'ladi.
Krepitasiya	Qonning kislorod bilan to'yinish hajmi
	Umurtqa pag'onasining orqa tomonga qiyshayishi
Kashel	Ko'krak qafasining ezilishi (buzilishi)
	G'ijirlash – bu qo'shimcha nafas tovushi bo'lib, sochlarni bir-biriga ishqalaganda chiqadigan ovozni eslatadi. Zotiljam, o'pka silida va og'ir yurak yetishmovchiligida eshitiladi. O'pka alveolarida paydo bo'ladi. Krepitasiya nafas olish avjida yaxshi eshitiladi.
Krovoxarkanie	
Lordoz	Yo'tal reflektor himoya akti bo'lib aksari nafas yo'llariga yot narsalar tushganda (balg'am, shilliq, qon, ovqat qoldiqlari) paydo bo'ladi
Pueril	Qon tupurish nafas yo'llari yoki o'pka to'qimasi qon tomirlarining yorilishi natijasida yuzaga keladi.
Oprelelenie golosovogo drojaniya	
Piatoraks	Umurtqa pag'onasining oldinga qarab qiyshayishi
Plevrit	Pueril nafas olish (yosh bolalarga uchraydi) Ko'krak suyaklarining ko'krak qafasidan ancha uzoq turishi
Pnevmoniya	Bu metod ko'krak qafasi a'zolari kasalliklarini aniqlash uchun qo'llaniladi
Pnevmoskleroz	Yiringning plevra bo'shlig'ida to'planishi Plevra varaqchalarining yallig'lanishi, quruq va ekssudativ plevritlar farq qilinadi.

Pnevmetaxometriya	Xarakteriga ko'ra plevritlar seroz seroz-fibrinoz, gemorragik yiringli va aralash plevritlarga bo'linadi.
Pnevmetoraks	O'pka to'qimasining yallig'lanishi
Pulmonologiya	O'pkalarda biriktiruvchi to'qimaning haddan tashqari o'sib ketishi oqibatida zichlashmalar hosil bo'lishi
Sakkadirovannoy ili prerivistoe dixanie	Nafas olish va nafas chiqarish tezligini o'lchash Tashqi nafas funksiyasini pnevmetaxometr yordamida o'rganiladi. Pnevmetaxometriya usuli nafas muskullari kuchini aniqlashga yordam beradi.
Spirografiya	Havoning plevra bo'shlig'ida to'planishi
Taxipnoz	Nafas organlari kasalliklarini o'rganadigan fan
Tomografiya legkix	Bu vezikiulyar nafasning bir turi bo'lib niteks, to'xtab- to'xtab eshitiladi. Bunday nafas ,ba'zi mayda bronxlarda shilliq to'planganda yoki shilliq qavati shishganda havo noteks harakat qilganligi sababli eshitiladi
Flyuorografiya	Spirograf moslamasi yordamida tashqari nafasni tekshirib ko'rish va yozib olish
Xripi	Nafasning tezlashuvi
Shvarti	Ko'krak qafasi organlarini qavatma-qavat qilib rentgenografiya qilish
Transsudat	Dispanserizasiya maqsadida yoppasiga tekshiruv o'tkazish uchun qo'llaniladi. Bu metod tekshiriluvchini rentgen apparati ekraniga mahkamlangan flyuorograf yordamida rasmga tushirishdan iborat.
Ekssudat	Xrillashlar bronxlar kasalliklari (o'tkir va surunkali bronxoektazlar va bronxopnevmoniya) da eshitiladi.

Emfizema	<p>Plevra varaqalarining qalinlashuvi</p> <p>Yallig'lanishi belgilari bo'lmagan suyuqlik, qon dimlanishi natijasida qon tomirlari devrlaridan bo'shliqqa sezilib chiqqan suyuqlik. Tarkibida 3 dan kam oqsil solishtirma og'irligi 1006-dan 1012 gacha bo'ladi.</p> <p>Yallig'lanish tufayli hosil bo'lgan suyuqlik. To'qimalarning yallig'lanishi natijasida qon tomirlar o'tkazuvchanlik xususiyatining ortishi. Buning natijasida qonning suyuq qismi to'qimalarga va bo'shliqlarga tushadi. Ekssudatda 3 dan 6 % gacha oqsil bor (solishtirma og'irligi 1015 dan ortiq)</p> <p>O'pka to'qimalari elastiklik holatining buzilishi natijasida havo qoldig'ining ko'payib, o'pka hajmining kengayib ketishi</p>
----------	--

QON AYLANISH SISTEMASI

Alloritmiya	Yurak qisqarishlari ritmining vaqti-vaqtida (ritmik) izdan chiqishi
Anevrizma	Yurak qorinchalari va qon tomir devori muayyan bo'limlarining kengayishi. Ana shu kengaygan joy tomirga o'xshab urib turadi.
Aortalgiya	Uzoq davom etuvchi ko'krak og'rig'i. aorta zararlanganda kuzatiladi.
Aortit sifiliticheskiy	Zahm kasalligi natijasida yuzaga kelgan aortaning yallig'lanishi. Bu kasallik odatda aorta klapanlarining yetishmovchiligiga olib keladi.
Aritmiya	Yurak faoliyati ritmining izdan chiqishi
Ballistokardiografiya	Ballistikardiograf apparati yordamida

	yurakning qisqarishi natijasida qonning aortaga va o'pka arteriyalariga tananing harakatiga bog'liq holda o'tishi grafik tarzda yozib olinadi.
Bigeminiya	Yurakning har bir normal qisqarishidan so'ng takrorlanadigan ekstrasistoliya
Blokaya	Yurakning o'tkazuvchi sistemasi orqali qo'zg'alish impulsining vaqtincha yoki butunlay o'tkazilmasligi. Blokadalar to'liq va to'liqmas bo'ladi
Bradikardiya	Yurak qisqarishining siyraklashuvi (1 minutiga 60 dan kam)
Bol	Yurak sohasidagi og'riqlar yurak kasalliklarida paydo bo'lishi ehtimol
Biche serdse	Yurak chegarasining har tomonga kengayishi. Bu gipertoniya, yurakning aortal poroklarida kuzatiladi.
Vektorkardiografiya	Bektorkardiograf yordamida yurakning elektr magnet maydonini o'lchash
Vinujdennoy polojeniye	Yurak va qon tomirlarning og'irlashgan kasalliklarida ko'riladi, bunda bemor dardini yengillashtiradigan holatni egallaydi
Gidroperikardit	Yurak xaltasida suyuqlik yig'ilishi
Gipertrofiya	Yurakning zo'riqib ishlashi natijasida mushaklarining yo'g'onlashuvi
Gipertenziya	Qon bosimining oshishi
Gipotenziya	Qon bosimining pasayishi
Dekompensasiya	Tiklanish qobiliyatining yo'qolishi. Biror organ yoki fiziologik sistemaning o'z ishi qobiliyatini yo'qotishi. Yurak

Dekstrokardiya	dekompensasiyasi yurak kasalliklarida yurak ishining zaiflashishi, o'z vazifasini bajara olmasligi.
Diastola	Ko'krak qafasida yurakning o'ng tomonida joylashishi (tug'ma nuqson)
Dispnoe	Yurak mushagining bo'shishi, yurakning qon bilan to'lish davri diastola deb ataladi
Infark	Xansirash, xarsillash, entirish va nafas olishning qiyinlashuvi
Zatyajnoy septicheskiy endokardit	Yurak tojtomirlarining ma'lum bir qismida qon harakatining buzilishi, yurak mushagining chirishi miokard infarkti deyiladi
Kapillyaroskopiya	Endrokarditning cho'zilgan yiringligi yallig'lanishi. Kapilliyaroskop apparati yordamida kapilliyarni va kapilliyarlarda qon aylanishi tekshirish usuli.
Kardiologiya	Kapilliyaroskopiya asosan barmoqlarning tirnoq qismida o'tkaziladi
Kardioskleroz	Yurak tomir sistemasi kasalliklarini o'rganadigan fan
Tetrageminiya	Yurak mushaklarining kasalligi bo'lib, bunga chandiqli to'qima paydo bo'lishi sabab bo'ladi. Kardioskleroz, aterosklerotik va miokardiotik turlar tafovut qilinadi
Koshache murlikane	Yurak har uch marta qisqargandan keyin takrorlanadigan ekstrasistologiya
Kompensasiya	Mushuk xurillashi, yurah soxasi paypaslab ko'rilganda seziladigan titrash, dirillash . Bu xodisa qonning topaygan teshik orqali o'tishi natijasida paydo bo'ladi. (Masalan, mitral va

<p>Kofe s molokom</p> <p>Mersatelnaya aritmiya</p>	<p>aortal teshik stenozida)</p> <p>Biror organda funksional yoki organic kamchilik bo'lsa, uni shu organning boshqa qismlari tomonidan to'la yoki qisman bajarilishi. Natijada kamchilik bilinmay yoki ancha kamayadi. Masalan, yurak poroklarida yurak faoliyatining moslashuvi bosqichi</p>
<p>Miokardit</p>	<p>Yurak endrokardining yiringli yallig'lanishida terining randi kofeli sut rangini eslatadi</p>
<p>Mitralnoye liso</p>	<p>Yurakning o'tkazish va qo'zg'alish holatining buzilishidan kelib chiqadi. Puls ushlab ko'rilganda to'lqin navbatlanishi biror tartibni aniqlab bo'lmaydi, yzunligi, shuningdek qattaqligi jihatidan puls to'lqinlari xilma xil bo'ladi. Miltillovchi aritmiyada puls tezlashishi texisistolik bradisistolik yoki normosistolik bo'ladi</p>
<p>Oksigemometriya</p>	<p>Yurak mushagining yallig'lanishi</p> <p>Bugun va yonoq terisining kapalak qanotlari va qorniga o'xshash ko'kimtir rangga kirishi. Mitral teshikning torayishi uchraydi.</p>
<p>Oksigeniterapiya</p>	<p>Van-Slayka va oksigemometriya apparati yordamida qonning kislorodga to'yinishi darajasini aniqlash. Normada qon tomir 94-100% venada qon 70-75% kislorodga to'yingan bo'ladi.</p>
<p>Ossilografiya</p>	<p>Kislorod bilan davolash</p>
<p>Otyoki</p>	<p>Ossilograf apparati yordamida qon tomirlar tebranishlarini rafik qayd qilish metodi</p>
<p>Pankardit</p> <p>Paroksizmalnaya taxikardiya</p>	<p>Yurak, qon-tomir kasalliklari</p>

<p>Perikardit</p>	<p>og'irlashganda oyoqlarga, ba'zan butun tana bo'ylab shishlar kuzatiladi</p> <p>Yurak barcha qavatlari (endokard, miokard va epikard) ning bir yo'la yallig'lanishi</p>
<p>Peremejayushaya xromota</p>	<p>Yurak qisqarishining keskin tezlashishi. Yurakning qisqarishlari soni minutiga 150-240 g gacha yetishi mumkin</p>
<p>Polikardiografiya</p>	<p>Yurak xaltasining yallig'lanishi. Perikarditlar quruq va ho'l (ekssudatli) bo'ladi</p> <p>Bu holat obliterasiyalovchi endoartritda oyoqda kuchli og'riq bo'ladi. Shu sababli bemor to'xtab-to'xtab yuradi. Yurishda to'qimalarning qon bilan taminlanishi buziladi.</p>
<p>Poliserozit</p>	<p>Muayyan bir vaqtda EKG, FKG va uyqu arteriyasining sfigomogrammasini</p>
<p>Porok</p>	<p>polikardiograf apparati yordamida yozib olish. Bu metod qorinchalar</p>
<p>Porok serdsa</p>	<p>sistolosining qancha davom etishini ko'rsatib, yurak vuskullarining qisqarishi imkoniyatini belgilashga yordam beradi</p>
<p></p>	<p>Bo'shliqlarda suyuqlik to'planishi</p>
<p></p>	<p>Nuqson, kamchilik</p>
<p>Puls</p>	<p>Yurak poroklarida yurak klapan apparatining nuqsoni tufayli kelib chiqqan kasallik. Yurak poroklaritug'ma va ortirilgan bo'ladi. Ortirilgan yurak</p>
<p>Revmatizm</p>	<p>porogi klapanlari tuzilishining o'zgarishidir. Tug'ma porok yurak qon tomir sistemasining embrional taraqqiyoti vujudga kelgan nuqsonlar natijasida bo'ladigan kamchiliklardir</p>

<p>Revmoendokardit</p>	<p>Tomir urishi, yurakdan chiqqan qon harakati natijasida qon tomir devorining tebranishi</p>
<p>Reografiya</p>	<p>Revmatizm deb, organizmdagi biriktiruvchi to'qimalarning (ayniqsa yurakgadi biriktiruvchi to'qimalarning) yallig'lanishi bilan keladigan infeksiyon allergic kasallikka aytiladi. Bu kasallikda yurakning hamma qavatlari, bo'limlari, seroz qavatlari va boshqa organlarining yallig'lanishi kuzatiladi.</p>
<p>Refrakterniy period</p>	<p>Revmatizm kasalligi tufayli yurak ichki endokard va o'rta (miokard) to'qimasining yallig'lanishi</p>
<p>Ritm galapa</p>	<p>Qon aylanishiga oid funksiyalarni tekshirish usuli bo'lib, organizm tirik to'qimalardan elektr toki o'tkazilganda ko'rsatiladigan qarshilikni maxsus egri chiziqlar-reogrammalar bilan ifodalashga asoslanga usul</p> <p>Yurak mushagining qo'zg'almay turgan davri</p>
<p>Ritm perepelki</p>	<p>Tuyoq ritmi-uch bo'g'inli ritm bo'lib, u fiziologik 3-4-tonlarning kuchayishidan kelib chiqib, yugurib ketaotgan otning tovushini eslatadi. Obrazsov bu ritmni diastolic ritm deb atashni taklif qildi, tuyoq ritmi paydo bo'lish vaqtiga ko'ra, presistolik va summasion ritmlarga bo'linadi. U yurakning uch qismida eshitiladi.</p>
<p>Sistola</p> <p>Stenoz</p> <p>Stenokardiya</p>	<p>Bedana ritmi. U kuchaygan I va II tonga qo'shimcha tovush qo'shilishidan paydo bo'ladi. Mitral stenoz kasalligida</p>

	klapanlar ochilishi paytida, diastola boshlanishida klapanlar tebranishidan iborat bo'ladi
Sfigmografiya	Yurak mushagining qisqarishi yoki qon haydash davri sistola deyishadi
Taxikardiya	Teshik torayishi, ya'ni yurak klapanlarining to'liq ochilmasligi
Tonus	Ko'krak qisish kasalligi, yurak muskullari biror bo'limida qonning birdan kamayib ketishi yoki vaqtincha qonning kelmay qolishi natijasida og'riq paydo bo'lishi
Tregeminiya	Tomir urishini grafik usulda yozish
Fonokardiografiya	Yurak urishining tezlanishi (minutiga 80 dan ortiq)
Ekstasistoliya	Muscul taranlashishining muayyan darajasi
Elektrokardiografiya	Har ikkita yurak qisqarishidan keyin takrorlanuvchi ekstrasistoloya
Emboliya	Yurakda yuz berayotgan tovushlarni fonokardiograf yordamida yozib olish
	Yurakning nav,atdan tashqari qo'shimcha qisqarishi
	Yurakda paydo bo'ladigan elektr hodisalarini grafik usulda qayd qilish
	Periferik qon tomirlariga yot narsalar (havo gaz, yog', qattiq uzilmalar) ning tiqilib qolishi natijasida tomirlarning bekilib qolishi

--	--

HAZM SISTEMASI

Anasiditas	Meda shirasida ozod xlorit kislotaning bo'lmasligi
Anereksiya	Ishtaxaning butunlay yo'qolishi
Axiliya	Meda shirasda proteolitik fermentlar va xlorid kislotaning bo'lmasligi
Axlorgidriya	Mada shirasida xlorid kilotaning bo'lmasligi
Abdominalnie boli	Qorin bo'shlig'I organlari zararlanganda seziladigan og'riqlar
Bezsari	Medada yot jismlarning paydo bo'lishi
Bryushnaya jaba	O'qtin-o'qtin qoin bo'shlig'ida turadigan og'riqlar
Gastrit	Meda shilliq pardasining yallig'lanishi
Gastroptoz	Medaning kengayib va cho'zilib pastga tushishi
Gastroskopiya	Medaning shilliq pardasini gastroskop

Gastroenterologiya	yordamida tekshirish Hazm organlarini o'rganadigan fan
Giperasiditas	Meda shirasida ozod xlorid kilatasining oshib ketishi
Gipersalivasiya	Suyakning ortiq miqdorda ajralishi
Gipersekresiya	Meda shirasining ko'p miqdorda ajralishi
Gastrokardiakniy sindrom	Ovqatlangandan so'ng yurak ohasida siqilish va og'riqning paydo bo'lishi
Bolezn Gipshpringa	Yo'g'on ichakning idiopatik kengayishi va cho'zilishi
Gipoasiditas, gipoxloridriya	Meda shirasida ozod xlorid kislotasining kamayishi
Giposalivasiya	Suyakning kam miqdorda ajralishi
Giposekresiya	Meda shirasining kam miqdorda ajralishi
Defekasiya	Ich kelishi
Diariya	Ich ketishi
Diskeneziya kishhechnika	Ichaklarning harakat funksiyasining buzilishi
Dispepsiya brodilnaya	Achish dispepsiyasi ichakda uglevodlar hazm bo'lishining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan ich ketishi. Bunda bemorda qorinning kudirishi, qorinda shish paydo bo'lishi, natijasining suyuq holatga kelishi va achchiq reaksiyaga ega bo'lishi bilan birga o'simlik to'qimasi va kraxmal donachalarining ko'payib ketishi
Dempink sindrom	

Dispepsiya gnilostnaya	Vtdasi rezeksiya qilingan bemorlarda ovqat yeyilgandan keyin yoki ovqatlanayotgan paytda birdaniga kuch quvvatsiz bo'lib qolish, yurakning tez-tez urish hollari
Dispepsiya jeludka	Meda shirasida xlorid kislotasi bo'lmaganidan oqsillarning ichakda yetarlicha hazm bo'lmaganligi aloqador patologik holat. Reaksiyasi ishqorli bo'lgan badbo'y hidli tarkibida hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari bo'lgan ich ketishi bilan xarakterkaladi,
Disfagiya	Meda funksiyasining buzilishi, bu, og;riq, bemor ishtaxasining pasayishi, kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish bilan davom etadi.
Duodenit	Ovqatning qizilo'ngachdan o'tishining qiyinlashishi
Dolixosigma	O'n ikki barmoq ichak shilliq pardasining yallig'lanishi (duodenit)
Jeludochnoye krovotecheniya	Sigmasimon ichakning tug'ma uzun bo'lishi
Zapori	Qon aralash qayd qilish
Irrigoskopiya	Ich qotishi (qabziyat)
Izjoga	Yog'on ichakni roentgen orqali rasmga tushirish
Kal	Jig'ildon qaynashi
Kolit	Nafas, axlat, defikasiya paytida yog'on ichakning pastki bo'limidan chiqadigan massa

Kollonoskopiya	Yo'g'on ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
Kolloptoz	Yo'g'on ichak shilliq qavatini kolonoskop yordamida tekshirish
Kreatopiya	Yo'g'on ichakning pastga tushishi
Melena	Najasda hazm bo'lmagan muskul tolalarining ko'plab paydo bo'lishi
Meteorizm	QoramoySimon najas, bu simptom ichakning yuqori qismidan qon oqishidan dalolat beradi
Pankreatit	Qorinning dimlanishi, ichaklarda gaz to'planishi
Proktit	Meda osti bezining yallig'lanishi. O'tkir va surunkali pankreatitlar mavjud
Peritonit	To'g'ri ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
Polifagiya	Qorin pardasining yallig'lanishi
Toshnota	Haddan tashqari ko'p ovqat iste'mol qilish
Ptializm	Ko'ngil aynishi
Pvota	So'lak ajralishining ko'payishi
Rektoskop	Medadagi ovqat aralashmasini beixtiyor qizilo'ngach orqali qayt qilish (qusish)
Salivasiya	To'g'ri va sigmasimon ichaklarning shilliq qavatini tekshirish usuli
Symptom defekta	So'lak ajralishi
Symptom "nishi"	Nuqson simptomi. Bunda rentgenda meda o'smasining tasviri ko'rinadi.

Srigivaniye	“Tokcha” simon simptom. Bu symptom rentgenda meda va o’n ikki barmoq ichak devorida hosil bo’lgan chuqurlik hoida ko’rinadi. U yara hosil bo’lganini ko’rsatadi. Bu kasallikni aniqlash uchun meda va o’n ikki barmoq ichak bariy bilan to’ldiradi.
Steatoreya	
Tenezmi	Ovqatning qizilo’ngachdan tezda og’ir bo’shlig’iga qaytib chiqishi
	Najasda ko’p yog’ bo’lishi
Fibroendoskopiya	Kuchayish. To’g’ri ichakning yallig’lanish kasalligi. Ichakning tez-tez qisqarisi natijasida kuchayish paydo bo’lib, og’riq turishi. Bu symptom ko’pincha dizenteriya kasalligida uchraydi.
Enteroptoz	Fibroskop yordamida birorta ichki organning shilliq qavatini ko’rish, nishonlangan biopsiya va suratga olish yordamida tekshirish. Qizil o’ngachning shilliq qavatini ezofagoskop yordamida tekshirish
Etarit	
Yazvennaya bolezn jeludka I dvenadsatiperstnoy kishki	Ingichka ichakning tushib qolishi
	Ingichka ichak shilliq qavatining yallig’lanishi
	Umumiy xronik va qaytalanuvchi kasallik bo’lib, meda va o’n ikki barmoq ichakning devorida yara paydo bo’lishi bilan davom etadi.

**GEPATOBILIARNAYA SISTEMA.
GEPATOBILIAR SISTEMA.**

Axolichniy kal	Axlatning rangsizlanishi, o’t (safro) ning ichakka tushmasligi natijasida sodir bo’ladi
Bilurubinuriya	Bilirubining siydik bilan birga ajralishi

Gapatargiya	Jigar yetishmovchiligi tufayli markaziy nerv sistemasining zararlanishi keltirib chiqrgan
Gepatit	Jigar to'qimalarining yallig'lanishi
Gepatografiya	Jigarni radioizotop yordamida tekshirish. Bu usul izotopning jigarga kirish tezligi, kirish darajasi, to'planishi va radioaktiv moddaning jigardan ichakka o'tish tezligini grafik rafishda tasvirlashga asoslangan. Radipaktiv modda sifatida Bengal atirguli bo'yog'i va nishonlangan yod 131 ishlatiladi
Gepatolienalniy sindrom	Turli sabablar natijasida jigar bilan taloqning bir vaqtda kattalashishi. Bu sindrom, masalan, qon kasalliklarida, gepatit, sirrozlarda va darvoza vena trombozlarida uchraydi.
Gepatologiya	Jigar o't pufagi va o't yo'llari kasalliklarini o'rganadigan fan
Gepatomegaliya	Jigarning kattalashishi
Giperbilirubinemiya	Qonda bilirubin miqdorining oshishi
Golova meduzi	“Meduza boshi” kindik atrofidagi kengaygan, shishgan chualchangsimon venoz kollaterallarning shulasimon tarqalishi. “Meduza boshi” venada bosimning oshishi va darvoza vena tarmoqlarining kovak venalar bilan anastomozlanishi (birlashishi) natijasida vujudga keladi. Medusa boshi jigar sirrozida uchraydi.
Diskeneziya	O't pufagi va o't yo'llari harakat (motorik) funksiyasining buzilishi. Gipermotor va gipomotor diskeneziya bo'lishi mumkin
Jelchekamennaya bolezni	O't yo'llarida va o't pufagida qattiq toshlar hosil bo'lishi bilan
Interus	

<p>Obtursiya</p> <p>Punksionnaya biopsiya</p> <p>Portalnaya gipertaniya</p>	<p>harakterlanadi.</p> <p>Qonda bilirubin miqdorining oshib ketishi natijasida, teri va shilliq qavatlarining sariq rangga bo'yalishi.</p> <p>O't yo'llarining berkilishi</p> <p>Jigar tuzilishini tekshirish. Bu usulda Vim-Silverman, Mengini ninasi bilan jigar to'qimasining kichik qismini olib, mikroskop ostida tekshirish,</p> <p>Darvoza venada qon bosimining ko'tarilishi</p>
<p>Skanirovaniye pecheni</p>	<p>Skaner (yoki gammatopograf) apparati yordamida jigarning tuzilishi va funksional holatini tekshirish.</p> <p>Radioizotop sifatida oldin 198 va bengal atirguliishlatiladi.</p>

**MOCHEVIDELITELNAYA SISTEMA
SIYDIK AJRATISH SISTEMASI**

<p>Azotemiya</p> <p>Azotistie shlaki</p> <p>Anuriya</p> <p>Amiloidoz</p>	<p>Qonda azot chiqindilarining ko'payishi</p> <p>Organizmdan siydik bilan birga chiqariladigan azot (oqsil almashinuvining) oxirgi maxsulotlari</p> <p>Siydikning tamomila ajralib chiqmasligi (anuriya)</p> <p>Temir devorlarining oraliq substansiyalarida amiloid massalar to'planib, ular diamonokislotalarga boy maxsus oqsildan iborat. Bu massalar oqsil almashinuvining qattiq aynishi natijasida hosil bo'ladi. Amiloid buyraklar kattalashgan, yaltillaydigan,</p>
--	--

	<p>och sariq ko'rinishida bo'ladi. Buyraklar amiloidozi aksari boshqa organlar (jigar, taloq, ichaklar) amiloidozi bilan birga davom etadi (amiloidoz)</p>
Asetonuriya	<p>Siydikda keton tanachalarining paydo bo'lishi. Bularga aseton, asetosirka, betta-oksimoy kislota mansubdir. Asetonuriya – diabetik koma alomatidir.</p>
Gematuriya	<p>Qonning siydik bilan ajralishi (gematuriya)</p>
Gemodializ	<p>Qonning azot chiqindilaridan tozalanishi (gemodializ)</p>
Giperstenuriya	<p>Siydik solishtirma og'irligining (1026 dan ziyod) oshishi (giperstenuriya)</p>
Gipostenuriya	<p>Siydik solishtirma og'irligining (1015 dan kam) pasayishi (gipostenuriya)</p>
Gidronefroz	<p>Buyrak va bo'shliqlari hajmining kattalashishi bilan ifodalanadi (gidronefroz)</p>
Glomerulonefrit	<p>Buyrak koptokchalarining yallig'lanishi (glomerulonefrit)</p>
Glikozuriya	<p>Qandning siydik bilan birga ajralishi (glikozuriya)</p>
Dizuriya	<p>Og'riq bilan qiynalib siyish (dizuriya)</p>
Diurez	<p>Ma'lum vaqt ichida ajralib chiqqan siydik miqdori (bir sutkalik diurez normada 1 dan 2 l gacha ajraladi) diurez)</p>
Izostenuriya	<p>Qon plazmasining solishtirma og'irligiga teng bo'lgan siydikning turli</p>

Anuriya	porsiyalaridagi o'zgarmaydigan, deyarli bir xil solishtirma og'irlik (izostenuriya)
Nefrit	Siydikning siydik pufagida tutilib qolishi (anuriya), kelib chiqishi infeksiyon-allergik bo'lgan buyraklar ko'ptokchalari apparatining yallig'lanishi.
Nefroz	Nefrit albuminuriya, gematuriya, gipoprotenemiya, gipertoniya va shishlar bilan birga kechadi (nefrit)
Nefrologiya	Buyrak kanalchalari epiteliysining distrofik o'zgarishlari (nefroz)
Nefrokleroz	Buyrak kasalliklarining o'rganadigan fan (nefrologiya)
Nefroticheskiy sindrom	Ateroskleroz, gipertoniya kasalligi, nefritlar asorati sifatida rivojlanadigan sindrom. Buyraklartomirlari apparatining zararlanishi bilan xarakterlanib, organning bujmayishi va uremiya bilan tugaydi (nefroskleroz)
Nefrokalsinoz	Ifodalangan proteinuriya va shishlar borligi bilan xarakterlanadigan sindrom (nefrotik sindrom). Kanalli apparat zararlanishi oqibatida rivojlanadi.
Nefroptoz	
Nikturiya	Buyrak to'qimalari (parenximasida) kalsiy tuzlarining yig'ilishi (nefrokalsinoz)
Oksalaturiya	Buyraklarning pastga tushishi (nefroptoz)
Oliguriya	Siydikning asosan tunda ajralishi (nikturiya)
Paranefrit	Oksalat tuzlari va kalsiy tuzlarining siydikda ko'plab ajralishi (oksalaturiya)
Pielonefrit	Bir sutkada ajralib chiqqan siydik miqdorining keskin kamayishi

Pielit	(oliguriya)
Pionefrit	Buyrak atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi (paranefrit)
Piuriya	Buyrak jomlari va parenximasining bakterial yallig'lanishi (pielonefrit)
Poliuriya	Buyrak jomlarining yallig'lanishi (pielit)
Pollakiuriya	Buyrakning yiringli yallig'lanishi (pionefrit)
Protenuriya	Leykositlarning siydik bilan birga ko'plab ajralishi (piuriya)
Renin	Bir sutkada ajraladigan siydik miqdorining ko'payishi (poliuriya) Tez-tez siyib turish (pollakiuriya)
Simptom Pasternaskogo	Siydikda oqsilning paydo bo'lishi (protenuriya)
Uraturiya	Buraklarning yukstaglomerulyar apparati ishlab chiqaradigan, tomir toraytiruvchi ta'sir qiladigan modda (renin)
Uremiya	Bel sohasining qo'l bilan urib turilganda seziladigan og'riq (pasternaskiy simptom)
Urolitiaz	Siydikda amorf-ammniy tuzlari va urat kislota tuzlarining ko'p miqdorda ajralib chiqishi (uraturiya)
Silindruriya	Organizmning azot chiqindilarining to'planishi va zaxarlanishi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi (uremiya)
Sistit	Siydik pufagida toshlarning bo'lishi (urolitiaz)
Ekskretornaya urografiya	

	<p>Bemorning ko'ndalang siydidi tarkibida silindrlar shakliga ega bo'lgan oqsil moddalarining paydo bo'lishi Gialingi donador, epitelial va mumsimon silindrlar bo'ladi (silindruriya)</p> <p>Siydik pufagining yallig'lanishi (sistit)</p> <p>Kontrast modda yuborish vositasida siydik chiqarish yo'llarini rentgenografik tekshirish. Buyrak kosachalari va jomlarning shakllari va o'lchovlari, siydik yo'llari tekshiriladi. Eksretor urografiya kontrast moddani siydik pufagiga kiritish tezligini aniqlash imkonini beradi (ekskretor urogfiya)</p>
--	---

**SISTEMA KROVI
QON SISTEMASI**

Anaplaziya	Hujayraning yetilish qobiliyatini yo'qotishi (anaplaziya)
Anemiya	Kamqonlik. Qon eritrositlar soni va gemoglobin miqdorining amayib ketishi bilan ifodalanuvchi potologik holat. 1 mm kub qonda eritrositlar soni 4 000 000 dan kam bo'ladi (anemiya)
Aniositoz	Qonda kattaligi turli xil bo'lgan eritrositlarning paydo bo'lishi (aniositoz)
Anizoxramiya	Gemoglobinning turli miqdorda bo'lishi tufayli eritrositlarning har xil rangda (ochiq va to'q) bo'lishi (anizoxramiya)
Anezinofiliya	Qonda eozinfillarning bo'lmasligi (anezinofiya)
Aplasticheskaya anemiya	Ko'mikning regeneror funksiyasining susayishi yoki zararlanishi, atrofiyasi (aplastik anemiya)
Aleykemiya	Qonda leykosidlar miqdorining kamayishi (aleykemiya)
Bolezn Shenley'n Genoxa	Qon tomir devorlari o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida qonning organlarga shilliq parda va teriga sizib chiqishi
Gepatomegaliya	Jigarning kattalashishi (gepatomegaliya)
Gematologiya	Qon va qon yaratuvchi to'qima kasalliklarini o'rganadigan fan (gematologiya)
Gemoliz	Eritrositlar qobig'ining yorilishi, bunda ichidagi gemoglobin qon plazmasiga chiqib, uni qip-qizil rangga bo'yaydi (gemoliz)
Gemopoez	

Gemorragicheskiy kapillyarotiksikoz	Qon yaratuvchi to'qimalarda qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (gimopoez)
Gemorragicheskiy diatez	Gemorragik diatez kasallikning bir turi, u tomirlar devorining ortiqcha o'tkazuvchan bo'lishi zaminida teriga va shilliq ardalarga qon quyilishiga namoyon bo'ladi (gemorragik kapillyarotoksikoz)
Gemolicheskaya anemiya	Asosan qon ketishi bilan xataklandigan kasallik . verlrof, Shenleyn-Genox va gemofiliya kasalliklari bunga visol bo'la oladi (gemorragik diatez)
Gemorragiya	Gemoligik kamqonlik erish, eritrositlar qobig'ining yorilishi (eritrositlarning parchalanishi)
Gemofiliya	Qon oqishi, qon ketishi (gemorragiya)
Geofagiya	Qon to'xtamasligi bilan xarakterlanadi, tug'ma kasalliklardan biri bo'lib, bu kasallik qon ivishining buzilishi bilan izoxlanadi, qon ivishining 8, 9, 11, omillari bo'lmasligidan kelib chiqadi (gemofiliya)
Giperplaziya	Xloroz kasalligida uchrab, kasal kesak, bo'r iste'mol qilishga o'ziga xos moyillik sezadi (geofagiya)
Giperproteinemiya	Qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda qon hujayralarining tez va ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi (giperplaziya)
Giperxromiya	Zardobda oqsil moddalarining (8 foizdan ko'p) oshib ketishi giperproteinemiya.
Gipoproteinemiya	Eritrositlarning ortiqcha darajada bo'yalishi (geperxromiya)
Gipoxromiya	
Disproteinemiya	

Kolonexii	Qon zardobida oqsilning (6 foizdan) kam bo'lishi (gipoproteinemiya)
Krov	Eritrositlar bo'yalishining susayishi
Leykoma (leykemiya)	Qon zardobdagi oqsil tanachalarining son va sifat jixatidan o'zgarishi (disproteinemiya o'xshash)
	Tirnoqning qoshiqqa o'xshash shaklga kirishi (kolonexiyalar)
Leykopeniya	Qon
Leykoz	Oq qon tanachalarini ishlab chiqaruvchi to'qimaning system kasalligi, u ko'mik oq tana o'simtasining giperplaziyasi, metaplaziyasi, anaplaziyasi va qonda leykositlarning yetilmagan shakllarining paydo bo'lishi nilan ta'riflanadi.
Leykositarnaya formula	Leykositlar sonining kamayishi, 5 00 dan oz kamayib ketishi (leykopeniya)
Leykositoz	Ko'mikda oq qon tanachalarining rivojlanish jarayoni (leykoz)
Limpofeniya	Leykositlar qyrim shakllarining present nisbati
Limfositoz	1 mm kub qonda leykositlar sonining 8 000 dan oshib ketishi (leykositoz)
Makrositoz	1 mm kub qon limfositlar umumiy sonining 20 % dan kamayib ketishi
Megalositoz	1 mm kub qonda limfositlar sonining 35 % dan oshib ketishi (limfositoz)
Medulla	Qonda diametric katta (9-10mk) bo'lgan eritrositlarning ustun kelishi (makrositoz)
Metaplaziya	Qonda eritrositlardan farqli o'laroq katta diometri (10-12mkga) bir qadar

Mielogramma	ellips shaklidagi va gemoglobinga to'yingan megalositlarning paydo bo'lishi (megalisitoz)
Mikrositoz	Mieloma to'qimasining o'sishi (medulla)
Mieloma	To'qimalar ayrim turlarining boshqa toqima turlariga aylanishi (metaplaziya)
Mieloz	Suyak ko'migi hujayralar elementlarini present nisbatida yozib olish (mielogramma)
Monositoz	Qonda diametric kichik bo'lgan (6 mikron va bundan oz bo'lgan) eritrositlarning ko'p bo'lishi (mikrositoz)
Neytropeniya	Ko'mikning o'sib ketishi.
Neytofillyoz Neytrofilliya	Ko'mik, suyak iligi
Normoblastoz	Monositlarning ko'payib (1 mm kub qonda 8 % dan ko'p) ketishi.
Pernisioznaya anemiya	Neytrofillar sonining kamayishi (1 mm kub qonda 50% dan oz)
Poykilositoz	Qonda neytrofillar sonining (1 mm kub qonda neytrofillar 70 % dan ortiq) ko'payishi
Polixromatofiliya	Qonda normoblastlarning yavni yadro saklovchi eritrositlarning paydo bo'lishi (normoblastoz)
Retikulositoz	Xavfli kamqonlik, bedavo qon kasalligi
Splenomegaliya	Qonda turli shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (poykilositoz)
Transfuziologiya	Qonda kislota va ishqoriy bo'yoqlar bilan kulrang binafsha rangga bo'yaluvchi eritrositlarning ko'p

Trombositoz	miqdorda paydo bo'lishi (polixromatofiliya)
Trombositopenicheskaya purpura (bolezn Verligofa)	1 mm kub qonda retikulositlarning 1% dan ziyod ko'payib ketishi (retikulositoz)
Trombositopeniya	Taloqning kattalashuvi (splenomegaliya)
Trombositopoez	Qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklarni qo'yish, tayyorlash va saqlash metodlarini o'rganadigan fan (transfuziologiya)
Funukual	1 mm kub qonda trombositlarning 400 000 dan ziyod ortib ketishi (trombositoz)
Xloroz	Gemorragik diatezning bir turi bo'lib, qonda trombositlar sonining kamayishi yoki yetilmagan trombositlarning paydo bo'lishi bilan tariflanadi (Verlgof kasalligi, trombositopenik purpura)
Shizositoz	
Eozinofiliya	1 mm kub qonda trombositlarning 220 000 dan kam bo'lishi (trombositopeniya)
Eritropoez	Trombositlarning ko'mikda hosil bo'lishi va rivijlanish jarayoni (trombositopoez)
Eritrositoz	Ingichka shnur, ip arqoncha (funikual)
	Temir moddasining yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik (xloroz)
	Qonda mayda, noto'g'ri shakldagi eritrositlarning paydo bo'lishi (shizositoz)
	Qonda eozinofillar sonining 4 % dan ziyod ko'payib ketishi (eozinofiliya)

	<p>Ko'mikda eritrositlarning hosil bo'lishi va rivojlanish jarayoni (eritropoez)</p> <p>1 mm kub qonda eritrositlar sonining 5 000 000 dan ziyod bo'lishi (eritrositoz polisitemiya)</p>
--	--

ENDOKRIN VA MODDALAR ALMASHINUVI KASALLIKLARI.

Addisonova bolezni	Bu kasallik buyrak usti bezidagi gormonlarning kam yoki umumiy ishlab
--------------------	---

Adanamiya	chiqarilmasligi natijasida kelib chiqadi (Addison kasalligi) Qattiq quvvatsizlik (adinamiya)
Adinaza-genitalnaya distrofiya	Bu kasallik gipotalamogipofiz sistemasining zararlanishi bilan bog'liq bo'lib jinsiy bezlarning chala rivojlanishi va yog' bosishi bilan xarakterlanadi
Akromegaliya	Akromegaliya gipofiz va gipotalamusning zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan neyetroendokrin kasallikdir, u qo'l-oyoq panjalari, yuz skeleti, ichki organlarning kattalashuvi va hamda moddalar almashinuvining buzilishi bilan namoyon bo'ladi (akromegaliya)
Bolezn Isenko Kushinga	Gipofiz va buyrak usti bezi zaralanishidan paydo bo'ladigan kasallik AKTG glyukokortikoidlar va mineralokortikoidlarning ortiqcha ishlanib chiqishi bilan ta'riflanadi.
Bulimiya	Doim ochlik sezish (bulimiya)
Gipotireoz	Qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi (gipotireoz)
Giperterioz	Qalqonsimon bez funksiyasining zo'rayishi (gipertireoz)
Gipotoniya	Qon bosimining pasayishi (gipotoniya)
Giperqlikemiya	Qonda qand miqdorining 120 mg% dan oshishi (giperqlikemiya)
Gipoglikiemiya	Qonda qand miqdorining 80 mg% dan kamayishi (gipoglikiemiya)
Gipertrixoz	Ayollarda sochining badanda va yuzda zo'r berib o'sishi (gipertrixoz)

Glyukozuriya	Qandning siydik bilan birga ajralib chiqishi (glyukozuriya)
Diasepticheskiy rubeoz	Yuzda, peshonada, yuqori qovoq soxasida va iyakda teri kapilliyar to'ring kengayishi oqibatida qizillik kuzatiladi.
Diastema	Tishlar oralig'ining ochilib kattalashishi (diastema)
Zob	Qalqonsimon bezningkattalashib ketishi (bo'qoq)
Ksantomatoz	Qonda yog'ning ko'payishi natijasida gistiositlarning yig'ilishi, natijasida qo'l va oyoq kaftlarida, tirsaklarda va yelkalarda sariq rangli tugunchalarning yig'ilishi (ksantomatozlar)
Klimaktericheskiy	Yog'ning bo'yinda, VII bo'yin uvurtqasining ustida yog'ning yig'ilishi, klimakterik bukurlik
Kushingoidnoye teloslojeniye	Bemorning yuzi (oysimon yuz) ko'krak qafasida, qorinda, bo'yinda yogning yig'ilishi, bunda oyoq-qo'llar nisbatan ozg'in bo'ladi. Kushingsimon gavda.
Makroagnispatiya	Yo'g'on qon tomirlarining zararlanishi (ateroskleroz)
Mikroagnispatiya	Mayda qon tomirlar va kapitallyarlarning zararlanishi (Mikroagnispatiya)
Miksedema	Shilliqli shish. Gipoterioz og'ir turining rivojlanishi natijasida paydo bo'ladigan xastalik (Miksedema)
Nanizm	Organizmدا o'sish gormoni yetishmovchiligidan paydo bo'ladigan kasallik, u skelet, organlar va to'qimalar o'sishining to'xtab qolishiga olib kelai. Katta yoshli erkaklar bo'yi, 130sm dan,

<p>Nevnyatnaya rech I izmeneniya</p>	<p>ayollarniki 120sm dan past bo'ladi, (nanizm)</p> <p>Bemorning tili kattalashib shishishi, labining qalinlashishi va hiqildoq tovush boylamlarining shishi natijasida tovush yo'g'onlashuvi va gaplari tushunarsiz bo'lib qoladi.</p>
<p>Nevropatiya</p>	
<p>Nesaxarniy diabet</p>	<p>Periferik va avtonom nerv sistemasining nervlarni oziqlantiruvchi tomirlarning zararlanishi (Nevropatiya)</p>
<p>Poliuriya</p>	<p>Gipotalamo-gipofizar sohaning zararlanishi va antidiuretik gormon ajralishining kamayishi natijasida rivojlanadigan kasallik. Poliuriya va polidipsiya bilan birga davom etadi (qandsiz diabet)</p>
<p>Ersutizm</p>	<p>Siydikning bir sutkada ko'p miqdorda ajralishi (poliuriya)</p>
<p>Pigmentasiya</p>	<p>Ayollarda mo'ylov va sochlarning o'sishi, boshdagi sochning to'kilishi (Ersutizm)</p>
<p>Polidipsiya</p>	<p>Qo'l kaftidagi chiziqlarda, labda, milkda, yuzda, shilliq pardalarda va ko'p ishqalanadigan joylarda to'q kul rang va qora rangli dog'lar paydo bo'lishi.</p>
<p>Pollakiuriya</p>	
<p>Prognatizm</p>	<p>Qattiq chanqash va suyuqlikni doim ko'p ichish ehtiyoji (Polidipsiya)</p>
<p>Saxarniy diabet</p>	<p>Tez-tez siyish (Pollakiuriya)</p>
<p></p>	<p>Pastki jag' kattalashib, oldinga chiqib ketadi (Prognatizm)</p> <p>Qandli diabet yoki qand kasalligi. Me'da osti bezi kasalligi hisoblanisib, bunda insulinning yetishmasligi natijasida qand almashuvi buziladi.</p>

Simptom delrimpeliya	Asosiy belgilar qand miqdorining 120 mg dan oshib ketishi, siydikda qand paydo bo'lishi, chanqoqlik, tez-tez siyish, o'zni och his qilishdir.
Simptom shtelvega	
Simptom Kkraussa	Ko'zning chaqchayishi (delrimpel simptomi)
Simptom Ellineka	Ko'zning juda kam yumilishi va to'liq yumilmasligi (shtelveg simptomi)
Simptom Rozenbaxa	Ko'z oqining yaltirashi (Kkrauss simptomi)
Simptom telegrafnogo stolba	Ko'z atrofida dog'larning paydo bolishi (Ellinek simptomi)
Simptom Xertoxe	Ko'zning yumiqlik holatda qovoqlarning mayda titrashi (Rozenbax simptomi)
Strii	Butun a'zoi-badanning titrashi
	Qoshning tashqi qismidagi sochning to'kilishi (Xertoxe simptomi)
Splanxnomegaliya	
Splanxnomikriya	Qorinda, yelkada, sut bezlarida, sonning ichki tarafida va badanning boshqa qismlarida to'q qizil va siyox rangli distrofik chiziqlar (striyalar)
Tireotoksikoz	Ichki organlarning kattalashuvi (Splanxnomegaliya)
	Ichki organlarning kichik razmerda bo'lishi (Splanxnomikriya)
Endokrinologiya	Qalqonsimon bez giperfunksiyasida rivojlanadigan sindrom. Taxikardiya, oyoq-qo'llarning titrashi, ko'zlarning chaqchayishi bilan tarflanadi (Tireotoksikoz)
Ekzoftalm	Ichki sekresiya bezlari kasalliklarini o'rganadigan fan (Endokrinologiya)

	Ikkala ko'z olmasining chaqchayib turishi (Ekzoftalm)
--	---

**SOEDINETELNAYA TKAN.
BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA.**

Amilidoz	Oqsil almashinuvining izdan chiqishi, u fizik-ximiyaviy xassalari xarakterli bo'lgan oqsil moddalarning toqimalarda to'planib qolishida (amiloidoz)
Ankiloz	Bo'g'imlar harakatchanligining bo'lmasligi (ankiloz)
Antegeni	Organizmga tushib, immunologik javob reaksiyasi paydo qiladigan moddalar bo'lib, o'ziga xos maxsus antitelolarhosil qiladi (antigenlar)
Antitela	Organizmga antigenlar tushganida qon va to'qimalarda paydo bo'ladigan oqsilli immun moddalar (antitelolar)
Biopsiya	Diagnostika maqsadida mikroskop ostida tekshirish uchun to'qima yoki organning kichik bo'lakchasini kesib olish (biopsiya)
Destruksiya	Biror organ yoki to'qimani parchalash, yo'q qilish (destruksiya)
Dermatomiozit	Mushak, teri, shilliq pardalar, ba'zan esa nerv va qon tomirlarni, DBST turlarining birini zararlantiradigan yallig'lanish jarayoni (dermatomiozit)
Kaxeksiya	Haddan tashqari ozib ketish, jismoniy zaiflik va umumiy hodisalari bilan xarakterlanadigan klinik anatomik

Pnevmoskleroz	sindrom (kaxeksiya)
Punksiya	O'pkalarda biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi, bunda o'pkalarning funksiyasi izdan chiqadi (Pnevmoskleroz)
Sklerodermiya	Kasallikni aniqlash yoki davolash maqsadida to'qimani igna (yoki troakar) bilan teshish (punksiya)
Soedinitelnaya tkan	Teri va uning ostidagi to'qimalarning zichlashuvida- ifodalanadigan kasallik (sklerodermiya)
Fagositoz	Mezenximadan rivojlanadigan to'qima bo'lib, tayanch, trofik va himoya funksiyalarini bajaradi.
Xeylit	Hujayralarning zarrachalarni aktiv ushlab va bu zarrachalar organik bo'lsa ularni hazm qilish jarayoni (Fagositoz)
Eozinofiliyar	Labning qizil jiyagi, shilliq pardasi va terisining yallig'lanishi (xeylit)
	Qonda eozinofillar sonining ko'payishi (Eozinofiliyar)

Baholash mezonlari

1-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Gastritlar. Yara kasalliklari	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

2-mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Surunkali gepatit" C" va "D" simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

		qarsiz	
--	--	--------	--

3 mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Nefritlar. Surunkali buyrak yetishmovch iligi simptomatol ogiyasi	86- 100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71- 85	Yaxsh hi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55- 70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

4 mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Buyrak amiloidozi simptomatolog iyasi	86- 100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71- 85	Yaxsh i	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.

	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

5- mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Rematoid artrit . Bo'g'im sindromi qiyosiy diagnostikasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsi z	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

6- mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
----------------	------	------	--------------------------

Bexterev kasalligi simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

7 mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Sistemali qizil volchanka simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

8 mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Dermatomiozit simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

9 mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabaning bilim darajasi
Dermatomiozit simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

10 mavzu

Mavzuning nomi	Ball	Baho	Talabning bilim darajasi
Sistemali sklerodermiya simptomatologiyasi	86-100	A'lo	Xulosa va qaror qabul qila oladi, ijodiy fikrlay oladi, mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	71-85	Yaxshi	Mustaqil mushohada yuritadi, amalda qo'llay oladi, mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	55-70	Qoni qarli	Mohiyatini tushuntiradi, biladi, aytib bera oladi, tasavvurga ega.
	0-54	Qoni qarsiz	Tasavvurga ega emas, bilmaydi.

Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбалари

Асосий адабиётлар

4. Гадаев А.Г. Ички касалликлар. Дарслик. -Тошкент. Турон Замин Зиё нашриёти. 2018 й.
5. Мухин Н.А., Моисеев В.И. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Москва. ГЭОТАР Медиа. 2012 г.
6. Гадаев А. Г., Каримов М.Ш. Ички касалликлар пропедевтикаси. Дарслик. -Тошкент. Мухаррир нашриёти. 2012 й.

Қўшимча адабиётлар

- 13.Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. - Москва. Медицина. 2011 г.
- 14.Рябов С.И. Внутренние болезни В 2-х т. Санкт-Петербург.: СпецЛит. 2015г.
- 15.Мурашко В.В. Общий уход за больными. Учебное пособие. –Москва. Медицина. 1988 г.
- 16.Гребенев А.Л., Щептулин А.А. Основы общего ухода за больными. – Москва. Медицина. 1991 г.
- 17.Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. Дарслик. Тошкент. 2008; 2010 й.
- 18.Гордиенко А.В. Госпитальная терапия. Учебник. Санкт-Петербург.: СпецЛит. 2016 г.
- 19.Окороков. А.Н., Диагностика и лечение болезней внутренних органов. Учебное пособие. Москва. 2009 г.
- 20.Струтынский А.В., Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы Семиотики внутренних органов. Учебное пособие. Москва. МЕДпресс-информ. 2013 г.
- 21.Скотт Стерн, Адам Сайфу, Дайн Олткорн. От симптома к диагнозу. Руководство для врачей (Перевод с английского). Москва. Геотар Медиа. 2008г.
- 22.Мирзиёев Ш.М. Буюк келажакимизнинг мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
- 23.Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик- ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қонидаси бўлиши керак. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2017 й.
- 24.Мирзиёев Ш.М. Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини биргаликда барпо этамиз. Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг “O’zbekiston” нашриёт матбаа ижодий уйи. 2016 й.

Интернет сайтлар:

8. www.medlibriry.ru
9. www.medline.ru
10. www.medbook.ru

11. www.tma.uz
12. www.ziyonet.uz
13. www.minzdrav.uz
14. www.tma.uz